

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
GENERALITES	7
1. Etat des lieux de la pratique en France	7
1.1 La théorie de l'accompagnement global en France	7
1.1.1 Définition	7
1.1.2 Historique de l'accès aux plateaux techniques par les sages-femmes libérales	8
1.1.3 Le cadre législatif de l'accompagnement global et de l'accès à un plateau technique	8
1.1.4 Le plateau technique, et les modalités d'accès	11
1.2 En pratique	12
1.2.1 Les difficultés rencontrées par les sages-femmes	12
1.2.2 L'accompagnement global vu par le milieu hospitalier	14
1.2.3 La demande des couples	17
1.2.4 Quelques exemples de pratique	19
MATERIEL ET METHODE	21
2. Population et méthode	21
2.1. Les hypothèses de départ	21
2.2. Les objectifs de l'étude	21
2.3. La méthode	21
2.4. La population	21
2.4.1. Le recrutement	21
2.4.2. Les critères d'inclusion	21
2.5. Le questionnaire	22
2.5.1. Son élaboration	22
2.5.2. L'administration	22
2.6. L'analyse des données	22

RESULTATS.....	23
3. Résultats.....	23
3.1. La situation des femmes	23
3.2. Le choix	26
3.3. La grossesse	28
3.4. L'accouchement.....	30
3.5. Les suites de couches.....	34
3.6. En conclusion.....	36
DISCUSSION.....	37
4. Analyse et discussion.....	37
4.1. Critique de l'étude	37
4.2. Le profil de la population étudiée.....	37
4.3. Le choix de l'accompagnement global.....	40
4.4. Le déroulement de la grossesse	42
4.5. Le déroulement de l'accouchement.....	44
4.6. Le déroulement des suites de couches.....	50
4.7. Le ressenti global.....	52
CONCLUSION.....	54
BIBLIOGRAPHIE.....	55
ANNEXES.....	59

Annexe 1 : Groupes de patientes « à bas risque »

Annexe 2 : Plateau technique : *exemple de convention*

Annexe 3 : Eléments pour décider une sortie précoce de la maternité

Annexe 4 : Le questionnaire destiné aux couples

Annexe 5 : Page de garde

ABREVIATIONS

AGN : Accompagnement Global à la Naissance

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales

ATCD : AnTéCéDents

ARS : Agences Régionales de la Santé

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

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens

CNO: Conseil National de l'Ordre

DA : Délivrance Artificielle

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

RU : Révision utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

INTRODUCTION

Depuis quelques années, on constate que l'attente des femmes, des couples concernant l'accompagnement du processus de la parentalité est en nette évolution. Pour beaucoup d'entre eux il y a une réelle réflexion, qui débute même souvent avant le début de la grossesse, sur ce qu'ils souhaitent. Ils ne veulent pas seulement un médecin qui fera quelques consultations médicales. Au contraire, ils souhaitent quelqu'un en qui ils ont confiance, ils veulent être écoutés et compris. Ils veulent pouvoir recevoir des informations claires pour faire leurs propres choix. Les couples sont de plus en plus nombreux à ne pas vouloir subir la doctrine médicale. Parallèlement, on note un retour au côté naturel de la grossesse et de l'accouchement, et par conséquent à la non médicalisation.

Dans leur recherche, quelques-uns se tournent vers l'accompagnement global. Dans ce cas, un seul intervenant (une sage femme) fait le suivi médical de la grossesse dès sa déclaration, ainsi que la préparation à la naissance et à la parentalité. C'est cette même personne qui pratique l'accouchement et prend en charge le suivi dans le post-partum de la femme et du nouveau-né. L'accompagnement se poursuit par la rééducation périnéale, la visite post-natale et pour la plupart, il se met en place un suivi certes plus espacé mais qui perdure dans le temps.

Il existe trois branches de l'accompagnement global. La naissance peut être prévue à domicile, dans un plateau technique, ou dans une maison de naissance mais cette dernière possibilité n'est pas pratiquée en France. Dans ce mémoire, nous allons développer le second aspect qui est, selon moi, un juste milieu entre l'accompagnement classique et l'accouchement à domicile.

L'accompagnement global dans le cadre d'un rattachement à un plateau technique est un mode de suivi peu connu et peu développé en France. Je vais donc vous faire l'état des lieux de la pratique actuelle, de la théorie de cet accompagnement à la pratique quotidienne de quelques sages-femmes libérales. A partir d'une étude réalisée auprès des couples qui ont choisit ce suivi particulier, nous allons tenter de connaître leur ressenti et l'intérêt médical. La dernière partie de notre travail portera sur l'analyse de l'enquête.

1. ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE EN FRANCE

1.1. La théorie de l'accompagnement global en France

1.1.1 Définition [1] [2] [3] [4]

Le terme d'accompagnement signifie au sens courant : se joindre à quelqu'un pour le suivre ou le guider. Dans un suivi médico-social, c'est la présence physique, psychologique et professionnelle d'un intervenant dans une phase d'adaptation, de réadaptation ou d'intégration sociale dans le but d'assurer le bon déroulement de cette phase.

Ce qui est global dans l'accompagnement c'est : le suivi obstétrical du début de la grossesse jusqu'à la période post-natale et la considération de la personne dans sa globalité. La femme enceinte n'est pas qu'un corps, c'est une personne à part entière avec un passé, avec des émotions et qui est à replacer dans un contexte familial et social. L'approche est à la fois médicale, psychologique et humaine.

La notion d'Accompagnement Global à la Naissance (AGN) a été défini par l'ANSFL (Association Nationale des Sages-Femmes Libérales) en 2002 : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.* ». C'est donc une pratique qui investit tout le champ de compétence des sages-femmes et ceci dans de bonnes conditions d'exercice. En effet, la sage-femme a le temps de connaître le couple, d'échanger sur de nombreux sujets, et ainsi, avoir moins de frustrations, ce qui n'est pas le cas en milieu hospitalier où le temps consacré à chaque patiente est parfois insuffisant. C'est ce que fait remarquer le Groupe naissance, qui regroupe sages-femmes, psychologues et obstétriciens, « *les consultations régulières conjuguées à un temps de parole significatif impliquent compréhension et confiance mutuelles. Les femmes bénéficient de toute la sécurité due à une surveillance conforme à toutes les recommandations actuelles (échographies et dosages sanguins). Les techniques médicalisées sont utilisées dès que la situation s'écarte des critères de la physiologie.* »

Pour remarque, ce terme a même été déposé en 2004 à l'INPI (Institut National de la Propriété Industrielle) par le CALIN (Centre Associatif Lorrain pour l'Innovation

autour de la Naissance), le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), l'ONSSF (Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes) et l'ANSFL. C'est donc une marque.

1.1.2 Historique de l'accès aux plateaux techniques par les sages-femmes libérales [5] [6]

L'AGN ainsi que l'accès aux plateaux techniques est le résultat d'un long combat de l'ANSFL. En 2008, sa présidente Laurence Platel rappelait son engagement dans la revue *Vocation sage-femme* : « *Nous encourageons donc les sages-femmes à exercer toutes leurs compétences afin de proposer aux femmes un accompagnement et un soutien continu, du tout début de la grossesse aux mois suivant la naissance.* »

C'est en Février 1984 que débute les actions de l'ANSFL auprès du ministère de la santé, en exposant les difficultés des sages-femmes libérales notamment pour trouver un lieu où pratiquer leurs accouchements. En 1986, l'association demande à rencontrer la ministre de la santé de l'époque. Un dossier est de nouveau déposé au ministère en Juillet 1987. Les démarches se poursuivent en Septembre 1988, l'ANSFL fournit un dossier complet sur l'exercice des sages-femmes libérales. Tout ceci aboutit au décret du 8 Août 1991 (portant sur le code de déontologie des sages-femmes) autorisant leur accès aux plateaux techniques. Il sera suivi d'une circulaire complémentaire le 29 Juillet 1992.

1.1.3 Le cadre législatif de l'accompagnement global et de l'accès à un plateau technique [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13]

Le premier texte autorisant la pratique de l'AGN avec un rattachement à un plateau technique date du 31 juillet 1991. Cette loi a été rédigée dans le cadre d'une réforme hospitalière. C'est l'article L.711-5 du Code de la Santé Publique, qui a été abrogé en juin 2000 pour être remplacé par l'article L.6112-4 (dont la dernière modification date de février 2010). Il stipule entre autre que « *Les médecins et les autres professionnels de santé non hospitaliers peuvent être associés au fonctionnement des établissements assurant le service public hospitalier. Ils peuvent recourir à leur aide technique. Ils peuvent, par contrat, recourir à leur plateau technique afin d'en optimiser l'utilisation. Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des*

patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 6146-2.»

En effet l'article L6146-2 (modifié par la loi Hôpital Patient Santé Territoire HPST du 21 juillet 2009) précise que « ... *le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral,...* » « ...*à participer à l'exercice des missions de service public* ». Ceci « ...*dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.* »

Les compétences des sages-femmes leur permettent de suivre seules une patiente tout au long de sa grossesse. Elles sont autorisées à réaliser l'accouchement et à poursuivre le suivi dans le post-partum, en incluant celui du nouveau-né. Ceci est précisé dans l'article L4151-1 (modifié par la loi HPST) : « *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.* »

Dans notre profession, ce qui est important de préciser c'est que nous sommes soumis à des limites. Comme définit dans l'article L4151-3 (modifié par la Loi n°2004-806 du 9 août 2004), « *En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin.* »

Pour définir les compétences des sages-femmes, on se base principalement sur la notion de grossesse à bas risque obstétrical. Mais la définition de grossesse à bas risque n'est pas clairement définie, et les critères sont nuancés. Selon l'HAS (Haute Autorité de Santé) le bas risque obstétrical se définit à posteriori : la grossesse est classée normale seulement si l'enfant est né à terme, bien portant et si la mère est rentrée chez elle et qu'elle est en bonne santé. Il se définit également par défaut : le bas risque est désigné par élimination du haut risque c'est à dire existence d'antécédents pathologiques significatifs et/ou pathologie de la grossesse en cours (notion quantitative et évolutive). La complexité supplémentaire est qu'une grossesse à haut risque peut finalement être normale et inversement une grossesse à bas risque peut finalement être pathologique.

Les situations à risque sont à évaluer au cas par cas : soit la sage-femme doit passer le relais à un obstétricien soit un avis de sa part peut suffire.

Selon un article dans la revue Gynécologie Obstétrique & Fertilité « *pour identifier une grossesse à bas risque, il faut pouvoir définir de la façon la plus exhaustive possible les situations à risque et savoir réapprécier ce niveau de risque tout au long de la grossesse.* » et voici la liste des situations à risque qu'ils décrivent :

Situations à risque accru détectables dès la première visite :

- Antécédents (ATCD) obstétricaux : pré-éclampsie, retard de croissance in-utéro, hématome rétro placentaire, mort foetal in-utéro, prématurité, fausses couches à répétition
- Pathologie médicale : hypertension artérielle, diabète, néphropathie, lupus, dysthyroïdie, épilepsie, virus de l'immunodéficience humaine, thrombopénie, hémoglobinopathie, phlébite, troubles psychiatriques, etc.
- Alcoolisme, toxicomanie
- Prise de médicaments tératogènes
- ATCD personnels ou familiaux de maladie génétique
- ATCD de maladie psychiatrique

Situations à risque apparaissant au cours de la grossesse

- Grossesse multiple
- Pathologies maternelles : pré-éclampsie, diabète, menace d'accouchement prématuré, etc.
- Infections urinaires ou génitales à répétition
- Séroconversion toxoplasmose, rubéole, iso-immunisation rhésus
- Dépistage montrant un risque élevé d'anomalies chromosomiques
- Pathologies fœtales : anomalies morphologiques, anomalies de quantité de liquide amniotique, retard de croissance in-utéro, malformations.

L'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG) a, quand à lui, défini les critères de grossesse à bas risque. (Annexe 1)

Les patientes ont évidemment aussi des droits. Et selon la loi on ne peut ni leur imposer un praticien, ni l'établissement où elles accoucheront sauf les cas de nécessité médicale. Comme le stipule l'article R4127-306 du code de la santé publique, « *la sage-femme doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son praticien, sage-femme ou médecin, ainsi que l'établissement où elle souhaite recevoir des soins ou accoucher ; elle doit faciliter l'exercice de ce droit.* »

1.1.4 Le plateau technique, et les modalités d'accès [6] [2]

Au cours d'un colloque organisé par le CASSF (Collectif des Associations et des Syndicats de Sage-Femme) en mai 2010, Madeleine MOYROUD (secrétaire de l'ANSF) a défini un plateau technique comme un « *Lieu permettant aux sages-femmes d'assurer, en toute autonomie, l'accouchement des patientes au sein d'une maternité publique ou privée.* » et qu'il y ai une « *Mise à disposition, à titre locatif, du matériel et des locaux nécessaire à l'exercice de leur art.* »

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

A la base, il y a une réflexion au sein de l'établissement de santé sur la possibilité d'ouverture du plateau technique à une sage-femme libérale. Il y a différents intervenants dans cette discussion : tout d'abord la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui représente les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres et les sages-femmes hospitalières exerçant dans l'établissement, puis le chef de pôle et le directeur de l'établissement de santé. Une fois l'autorisation d'exercice donnée, il est impératif d'élaborer une convention avec le service hospitalier. Cette convention doit être approuvée par la CME et par le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé (ARS). Elle est valable pour une durée limitée et doit être par conséquent renouvelée si besoin. Les sages-femmes libérales peuvent s'appuyer sur des exemples pour établir leur convention, mais l'ANSFL a le projet de travailler avec un juriste et valider un document type pour faciliter cette démarche (Annexe 2)

En plus de cette convention, l'ANSFL conseille de rédiger « *une charte de fonctionnement établie après discussion avec l'équipe, afin de bien fixer les modalités pratiques d'utilisation du plateau technique, la place et les limites de chacun dans toutes les situations possibles.* »

Bien que l'accouchement puisse avoir lieu parfois dans un établissement public, la responsabilité civile de la sage-femme libérale est toujours engagée. Elle doit par conséquent être couverte dans tous les cas par son assurance privée professionnelle.

1.2. En pratique

1.2.1. Les difficultés rencontrées par les sages-femmes [6] [14] [2] [15]

Quelques chiffres reflètent la réalité de la pratique de l'accompagnement global et de l'accès aux plateaux techniques en France. En effet, on recense environ 20 plateaux techniques ouverts actuellement pour les sages-femmes libérales, ce qui est peu face aux 589 maternités de France (chiffres datant de janvier 2010). De plus, les listes qui circulent ne comptent qu'une trentaine de sages-femmes proposant l'accès à un plateau technique à leurs patientes. Une enquête du Conseil National de l'Ordre (CNO) paru en 2008, précise qu'en 2007 : 5% des sages-femmes ont déclaré avoir accès à un plateau technique et en 2008 : 4,4% des sages-femmes ont déclaré avoir cet accès.

En 2005, Marion Babin a réalisé une étude auprès des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global en France (avec accès ou non à un plateau technique).

D'après les sages-femmes interrogées, voici les principales difficultés qu'elles ont rencontrées :

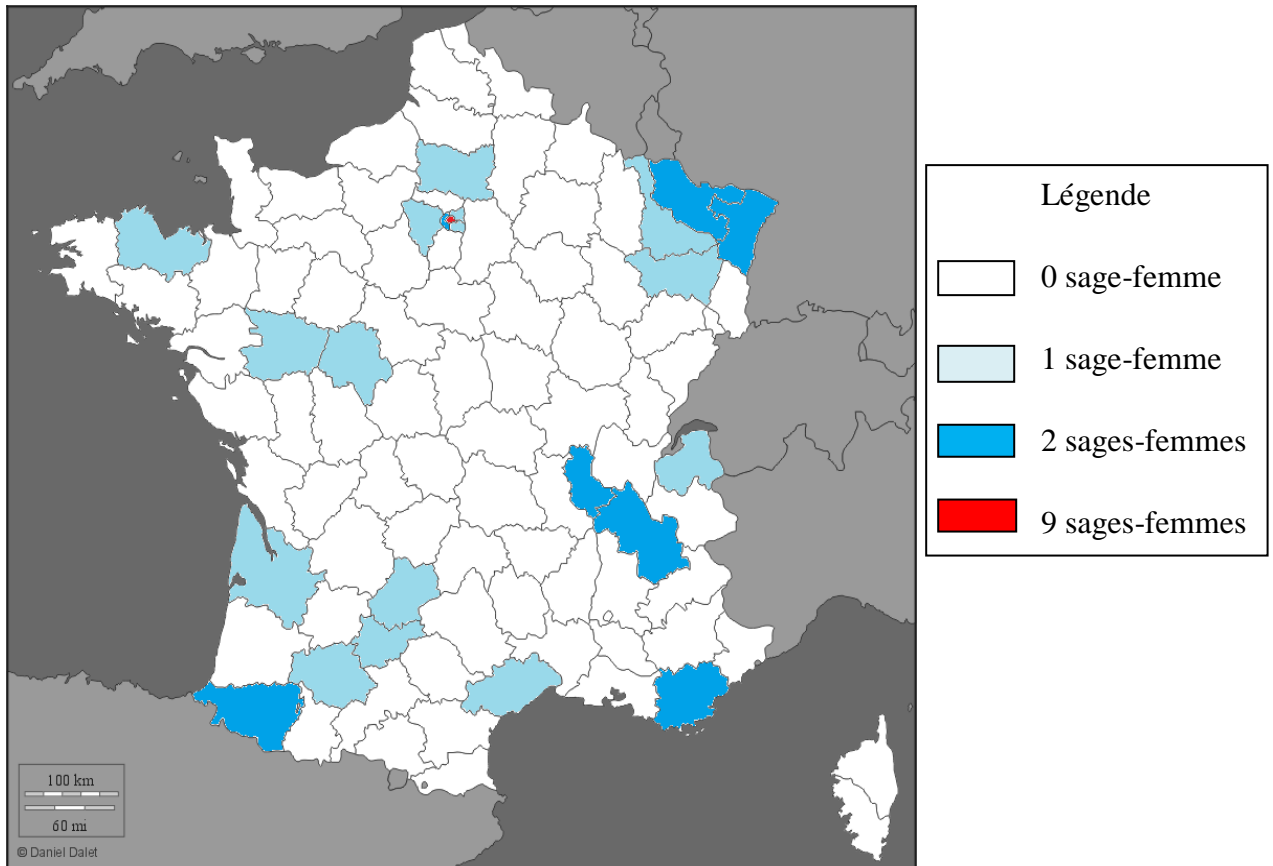
- Les difficultés d'accès au plateau technique (principalement liées aux lourdeurs administratives et à l'opposition de l'équipe.)
- L'organisation familiale et les horaires. En effet c'est une activité qui impose d'être disponible à toute heure et tous les jours, tout en gérant son cabinet.
- Les lourdeurs administratives
- La couverture assurance onéreuse : le coût de l'assurance en 2011 avec accès au plateau technique est de 2955€ par an (contre 411€ sans accès au plateau).
- La solitude, la marginalisation et la non-reconnaissance de leurs compétences.
- La faible demande. Mais au contraire, à l'heure actuelle, les sages-femmes déclarent refuser de plus en plus de demandes, pour se limiter à un nombre d'accouchements par mois.

On peut ajouter à cela la grande responsabilité et la faible rentabilité financière qui sont évoquées par les sages-femmes libérales qui ne pratiquent pas l'AGN. Pour ce qui est de l'aspect financier, le tarif conventionnel de la sécurité sociale pour la surveillance du travail, l'accouchement et la surveillance du post-partum immédiat s'élève à 312,70 euros. Sachant qu'une redevance de 10 à 20%, en fonction des conventions, est versée à l'établissement hospitalier.

Par contre, à l'heure actuelle où l'on doit réduire les dépenses de santé, cet accompagnement est un bon moyen pour les pouvoirs publics d'économiser sur les forfaits accouchements des maternités (2200,34€ pour la mère + 872,68€ pour le nouveau-né, tarifs en vigueur en 2010) car même en rajoutant les consultations à domicile par les sages-femmes libérales dans le post-partum le coût global est bien inférieur.

Alors que cette pratique présente de nombreux avantages pour les couples, du côté des sages-femmes, c'est un investissement professionnel et personnel avec de nombreux inconvénients. En retour, c'est une pratique très gratifiante, avec une mise en valeur de ses compétences. Mais on comprend que dans les conditions actuelles cette pratique reste marginale. Et pour les sages-femmes qui veulent tenter l'expérience c'est un vrai combat.

Voici la répartition, par département, du lieu d'exercice des sages-femmes libérales ayant accès à un plateau technique. Cette carte montre clairement l'inégalité d'accès à cette pratique pour les couples. (Remarque : le département où est situé le cabinet des sages-femmes peut être différent de celui où se trouve le plateau technique.)



1.2.2. L'accompagnement global et l'accès au plateau technique vu par le milieu hospitalier [16] [17] [18] [19] [20]

Au sein du milieu hospitalier, l'accompagnement global à la naissance avec un rattachement à un plateau technique n'est pas toujours bien perçu. Bénédicte Lafont a interrogé des praticiens du milieu hospitalier (dans les maternités de niveau 1, 2 et 3) concernant l'AGN. Voici ce que l'on peut résumer de ces entretiens :

- Du point de vu des pédiatres, il y a surtout une réticence concernant le retour précoce à domicile.

- Pour les médecins responsables des salles de naissance, il se pose le problème de la responsabilité. Le droit de regard des obstétriciens sur le travail des sages-femmes libérales durant le travail et l'accouchement peut être mal perçu, mais malgré l'indépendance de celles-ci, le médecin engage également sa responsabilité en cas d'incident. On peut se dire que le problème est le même au quotidien avec les sages-femmes hospitalières. Mais ce qui inquiète d'autant plus les médecins c'est la façon dont les sages-femmes libérales dirigent le travail : *« il y a des choses qui vont être contre mes opinions médicales alors que ça se passe sous ma responsabilité dans la pièce à côté »*.
- Pour les anesthésistes, ils n'y voient pas d'inconvénient, tant que la consultation pré-anesthésique est réalisée dans les temps.
- Les cadres sages-femmes des salles de naissance insistent sur le respect des protocoles. De même pour les sages-femmes hospitalières qui veulent également pouvoir connaître leurs consœurs et qu'elles soient intégrées à l'équipe.

Notons que le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) a plutôt un avis favorable concernant l'ouverture des plateaux techniques. Comme le prouve ce communiqué de presse datant de 2008, *« nous sommes prêts à favoriser la création d'espaces physiologiques dans les services de gynécologie-obstétrique où les couples qui en feraient la demande pourraient :*

- *vivre une naissance la plus physiologique possible ;*
- *bénéficier du suivi par une sage-femme libérale de leur choix si celle-ci était autorisée à exercer dans l'établissement, ce que nous souhaitons ;*
- *bénéficier de la sécurité de l'équipe médicale et du plateau technique de l'établissement qui serait unique, qu'il y ait ou non hospitalisation prolongée après la naissance. »*

Pour les réfractaires à l'ouverture des plateaux techniques, il existe deux risques principaux. Tout d'abord celui encouru si la surveillance et la gestion du travail s'éloignent trop des règles de bonne pratique. Mais également le risque éventuel d'un retour précoce à domicile.

Concernant le travail et l'accouchement, la sage-femme avec la patiente sont dans le respect de la physiologie. Mais la sage-femme doit aussi respecter les

protocoles, ce qui peut compliquer les choses. Comment respecter le rythme naturel et empêcher une stagnation de la dilatation de plus de 2heures ? Comment réduire les efforts expulsifs à moins de 30minutes ? Comment faciliter la déambulation mais avoir un monitoring fœtal régulier ? Comment accompagner la femme dans sa douleur et devoir parfois lui administrer des ocytociques ? Il faut donc faire des compromis.

Alors que, selon les sages-femmes (extrait d'un manifeste de 2003 via le CNGOF) « *on a voulu faire croire que l'unique garantie de la sécurité se réduisait à la concentration des moyens dans des structures hospitalières gigantesques alors qu'elle est d'abord dépendante de la conception du suivi de la grossesse et de l'accouchement* ».

Les sorties précoces correspondent à un retour à domicile entre le premier et le troisième jour suivant l'accouchement par voie basse et entre le premier et le cinquième jour qui suivent un accouchement par césarienne. Le suivi postnatal à domicile permet le rapprochement familial. L'autonomie de la mère et de la famille est davantage soutenue ainsi que le lien mère-enfant. Il y a également une diminution du risque d'infections nosocomiales. Dans le cadre d'un accompagnement global, cette prise en charge est la continuité du suivi personnalisé qui s'était mis en place.

Les inconvénients sont davantage ciblés, ce sont les risques médicaux potentiels :

-le retard de diagnostic et de prise en charge de la mère et du nouveau-né.

-la douleur, la charge familiale et le sentiment d'isolement peuvent être source d'anxiété pour les parents.

-le temps d'éducation est réduit lorsqu'il n'est pas pris en charge correctement à domicile.

-l'arrêt prématuré de l'allaitement maternel peut être un risque par manque de soutien et d'encouragement (mais pour l'AGN, les sages-femmes portent une grande attention à l'allaitement et se rendent très disponibles pour soutenir la femme).

Pour les mères, le taux de réadmission varie de 0 à 1,19% des femmes selon les études. Il s'agit principalement de complications infectieuses et hémorragiques, plus fréquentes avec les accouchements par voie haute que par voie basse. Pour les nouveau-nés, le taux de ré-hospitalisation concerne de 1 à 4% de la population selon les études. Il s'agit principalement d'ictères, de problèmes d'alimentation ou de retard de prise en charge de pathologies néonatales comme les infections ou les cardiopathies. Pour les premières 48

heures, les enfants sortis avant la 30^{ème} heure de vie ont plus de risque de ré-hospitalisation, qui diminue très nettement après 72 heures de vie.

Il est donc important de bien sélectionner le couple mère-enfant ayant un risque faible de complication (Annexe 3). Même si les parents ont choisit l'accompagnement global, le retour précoce n'est pas forcément une évidence pour eux et pour que celui-ci se passe dans les meilleures conditions il faut que ce soit un vrai choix de leur part.

Certains établissements de santé trouvent un grand intérêt à l'ouverture de leur plateau aux sages-femmes libérales. Ce sont ceux qui ont un nombre d'accouchement annuel faible et qui risquent la fermeture de leur maternité. Cette ouverture attire des patientes qui sont prêtes parfois à faire de nombreux kilomètres et fuir les grands centres hospitaliers pour réaliser leur projet.

1.2.3. La demande des couples [21] [22] [14] [6] [23]

Les émissions de télévision, les sites internet, la littérature et le discours des couples ces dix dernières années montrent à quel point les personnes s'impliquent dans la naissance et la parentalité.

A partir de 1930, la grossesse et la naissance se médicalisent avec une baisse du nombre d'accouchements à domicile au profit des maternités, ce phénomène s'accroît surtout dans les années 1950. Au cours des années 1970-80, se produisent d'autres transformations fondamentales : par le développement de l'échographie, du monitoring, et surtout de la généralisation de la péridurale.

Face à cela, de plus en plus de couples recherchent à maîtriser l'excès de médicalisation surtout depuis les années 2000. Certains même se regroupent en association, pour « revendiquer » leurs droits de choisir une naissance autrement. Avec des noms éloquentes : association Naitre Autrement, Naitre Librement, Naissance et Liberté... D'ailleurs selon la sociologue B.Jacques, *«la mise en cause des progrès médicaux et de leur iatrogénicité, la dénonciation des conséquences de la médicalisation sur l'accompagnement " humain " de la naissance s'inscrivent dans une critique plus générale de la société technologique occidentale. Plusieurs associations d'usagers sont nées à partir des années 2000 dans ce contexte. Leur conception de la naissance, qui repose sur le paradigme de la physiologie, semble incompatible avec le suivi proposé par le système médical. »*. Ces revendications amenèrent donc les couples

quelques fois à une radicalisation de leurs choix. Des choix qui sont souvent mal perçus par le milieu médical, comme l'accouchement à domicile accompagné ou non par quelqu'un du milieu médical, l'accompagnement par une doula...

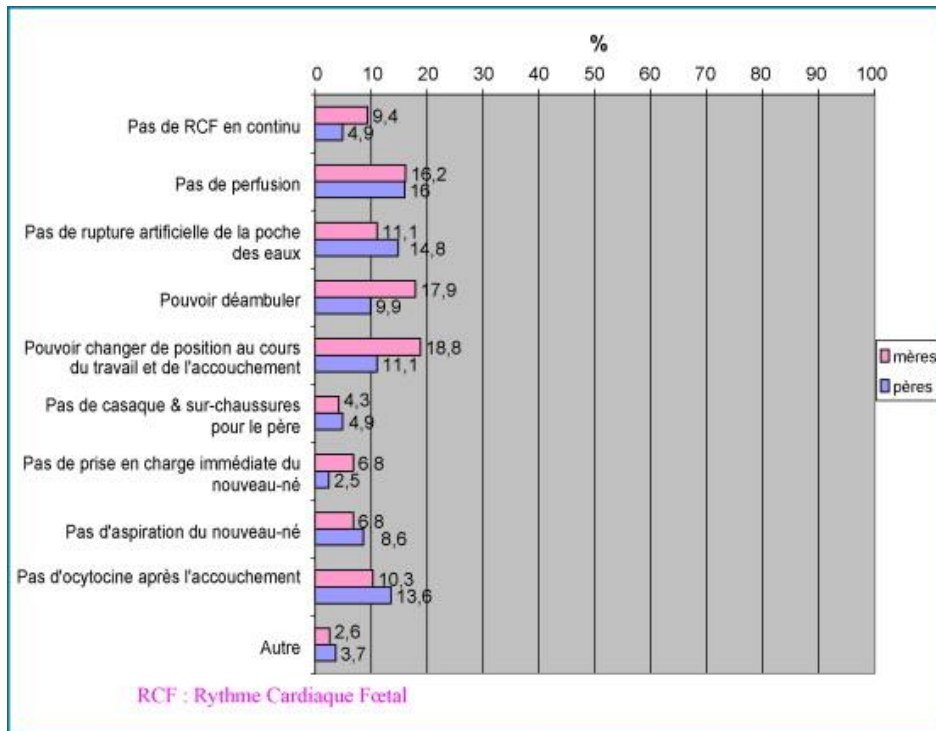
Pour répondre aux souhaits des parents, de nombreuses sages-femmes suivent la mouvance, se forment à des pratiques alternatives, et certaines proposent l'AGN.

En pratique, comment se manifeste cette demande ?

D'après une étude auprès des sages-femmes libérales de Normandie en 2005 : 76.9 % d'entre elles déclarent avoir déjà été sollicitées par des patientes pour un accompagnement global.

Selon l'enquête du CNO de 2008, on note une augmentation significative de 30% de la demande d'un accompagnement global par les couples.

D'après une étude auprès d'une maternité francilienne les usagers ont pu exprimer leurs attentes. Voici ce que souhaitent les usagers concernant la démedicalisation de l'accouchement :



1.2.4. Quelques exemples de pratique [14]

Comme nous avons pu le voir jusqu'à présent, proposer un suivi global et accéder à un plateau technique n'est pas si simple pour les sages-femmes libérales. Par conséquent, elles adaptent leurs pratiques, ne pratiquent pas toujours l'accompagnement global comme on a pu le définir. Ceci pour pouvoir accompagner les couples au mieux tout en limitant les inconvénients.

Ainsi, certaines sages-femmes font les consultations prénatales, mais c'est une de leur collègue qui prend en charge la patiente pour les préparations à l'accouchement. D'autres s'associent et organisent un système de gardes pour les accouchements. La patiente connaît les deux sages-femmes, dans l'hypothèse où, celle qui a fait principalement le suivi ne soit pas de garde le jour où elle va accoucher. Dans certains cas, la patiente fait ses séances de rééducation périnéale avec une autre sage-femme (plus prêt de son domicile par exemple) ou bien la visite post natale à lieu avec une autre personne. Le retour ultra précoce à domicile n'est pas toujours pratiqué, beaucoup de femmes restent à la maternité. Pour autant, la sage-femme ne rompt pas le lien, elle se déplace souvent dans les services de suite de couche, s'assure régulièrement par téléphone du bien-être de sa patiente, voire même continue le suivi post-natal par des visites à domiciles après le retour de la maternité.

De façon plus générale, on peut dire que les sages-femmes libérales travaillent en réseau, ce qui renforce la garantie d'un suivi complet : la sage-femme peut demander l'avis d'un autre praticien qu'elle connaît, voire passer le relais en cas de dépassement de ses compétences. En 2005, 73.8% des sages-femmes qui pratiquent l'AGN déclaraient travailler en réseau avec des gynécologues obstétriciens, des pédiatres, et des ostéopathes.

Il est également courant que les sages-femmes pratiquent des dépassements d'honoraires pour compenser la faible rentabilité. Ce qui peut créer une inégalité d'accès à cet accompagnement par les couples. Ainsi certaines sages-femmes prennent en compte le contexte économique des femmes et peuvent, à l'exception, ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires.

Enfin, une visite au sein de la maternité au 8^{ème} ou 9^{ème} mois est très souvent imposée, c'est souvent l'un des termes du contrat avec le plateau technique. Cette consultation permet de créer le dossier obstétrical à la maternité, de connaître la patiente et de donner

un avis favorable ou non à la poursuite de l'accompagnement par la sage-femme libérale.

On voit bien qu'il existe un écart entre la théorie de l'accompagnement global avec l'accès à un plateau technique et sa pratique. Mais on peut se demander quel est l'opinion de ceux pour qui ce mode de suivi est mis en place. Est-ce que cela vaut la peine de défendre cette pratique ? Nous allons chercher quelques éléments de réponses par notre étude.

2. POPULATION ET METHODE

2.1 Les hypothèses de départ

Nous avons supposé que les patientes étaient satisfaites de l'accompagnement global, de l'accès et de la prise en charge médicale au sein des plateaux techniques par les sages-femmes libérales.

2.2 L'objectif de l'étude

L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge global dans le cadre d'un rattachement à un plateau technique par les sages-femmes libérales. En cherchant d'une part à connaître le ressenti des couples sur leur accompagnement, et d'autre part à évaluer l'intérêt médical.

2.3 La méthode

C'était une étude rétrospective. Elle a été réalisée à l'aide d'entretiens téléphoniques sur une période s'étendant du 21 septembre 2010 au 4 janvier 2011.

Dans cette étude cinq plateaux techniques sont représentés: 2 en Rhône Alpes, 1 dans le Midi Pyrénées, 1 en Aquitaine et le dernier dans les Pays de la Loire.

2.4 La population

2.4.1 Le recrutement

Nous avons tout d'abord contacté des sages-femmes libérales, d'après une liste de professionnels de santé qui pratiquent l'accompagnement global, fourni par le site internet de l'ANSFL. Neuf sages-femmes parmi les 25 ont été contactées et 5 d'entre elles ont participé à l'étude en fournissant les coordonnées de leurs patientes.

2.4.2 Les critères d'inclusion

La population était constituée de 55 femmes qui avaient débuté un AGN avec le souhait d'être accouchées par leur sage-femme dans une maternité. Les patientes avaient toutes accouché au moment de l'entretien. Les accouchements avaient eu lieu entre 1999 et octobre 2010. Nous avons choisi de nous intéresser uniquement à la dernière grossesse.

2.5 Le questionnaire

2.5.1 Son élaboration

Notre questionnaire comprend six parties : la première regroupe les renseignements généraux des couples, la seconde concerne leurs souhaits sur le mode d'accompagnement de la maternité. Les trois parties suivantes développent le déroulement de la dernière grossesse ainsi que l'accouchement et les suites de couches. La partie finale permet de synthétiser le ressenti des couples. (Annexe 4)

2.5.2 L'administration

La liste fournie par les sages-femmes libérales regroupait 55 femmes. Elles ont été contactées par téléphone. Nous avons pu joindre 49 (89%) d'entre elles qui ont toutes accepté de répondre au questionnaire. Après leur avoir expliqué notre démarche, nous leur avons demandé l'autorisation de les interroger. La durée des entretiens a été au minimum de 20 minutes et au maximum de 1H15.

2.6 L'analyse des données

A partir du logiciel Excel, nous avons tout d'abord réalisé un masque de saisie, puis nous avons saisi les données. Ces données ont ensuite été analysées.

L'analyse statistique a été effectuée à partir du logiciel d'épidémiologie d'Atlanta «Epi-Info ».

3. RESULTATS

3.1 La situation des femmes [24]

Les femmes ont en moyenne 2,02 enfants chacune (+/- 0,97) avec un minimum de 1 et un maximum de 4 enfants. Il y avait 4 grossesses en cours durant l'enquête.

Pour la première grossesse : les patientes ont entre 19 et 39 ans, soit un âge moyen de 28,69 ans (+/- 4,06 années). Médiane de 28

Pour la deuxième : les patientes ont entre 22 et 36 ans, avec un âge moyen de 30,25 (+/- 3,46 années). Médiane de 30

Pour la troisième : les patientes ont entre 24 et 40 ans, avec un âge moyen de 31,77 (+/- 3,77 années). Médiane de 32

Pour la quatrième : les patientes ont entre 28 et 36 ans, avec un âge moyen de 33,5 (+/- 3,70 années). Médiane de 35

Si nous prenons en compte uniquement la dernière grossesse, suivi dans le cadre de l'accompagnement global, c'est-à-dire celle incluse dans notre étude, l'âge moyen des femmes est de 31,41 ans (+/- 3,45 années).

Tableau I : La situation familiale (vie en couple)

	Effectif	Pourcentage
1 ^{ère} grossesse	49	100%
2 ^{ème} grossesse	32	100%
3 ^{ème} grossesse	13	100%
4 ^{ème} grossesse	4	100%

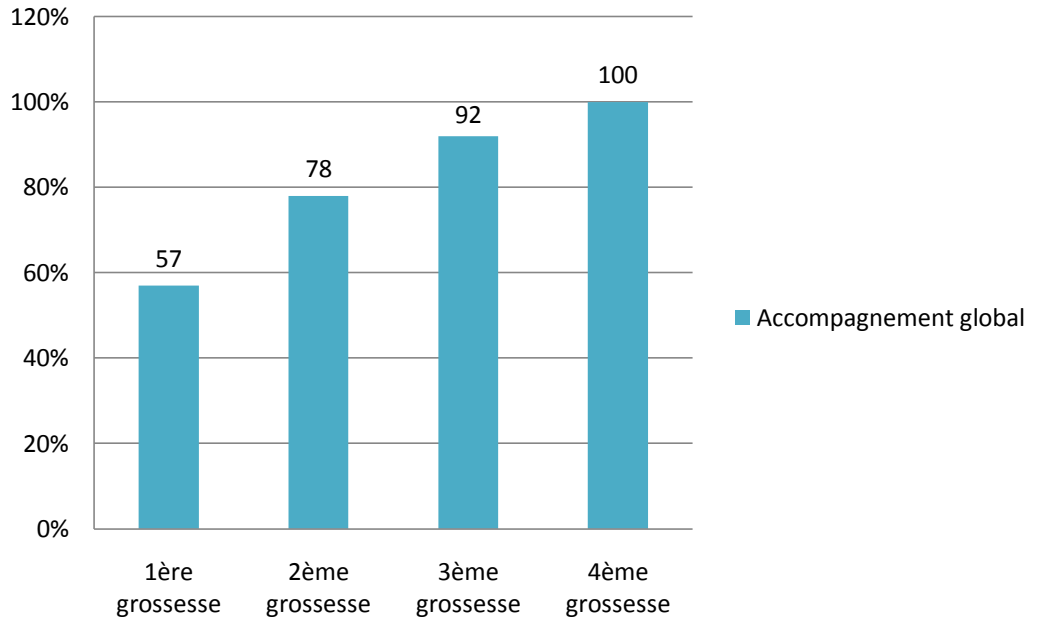


Figure 1 : Le mode d'accompagnement

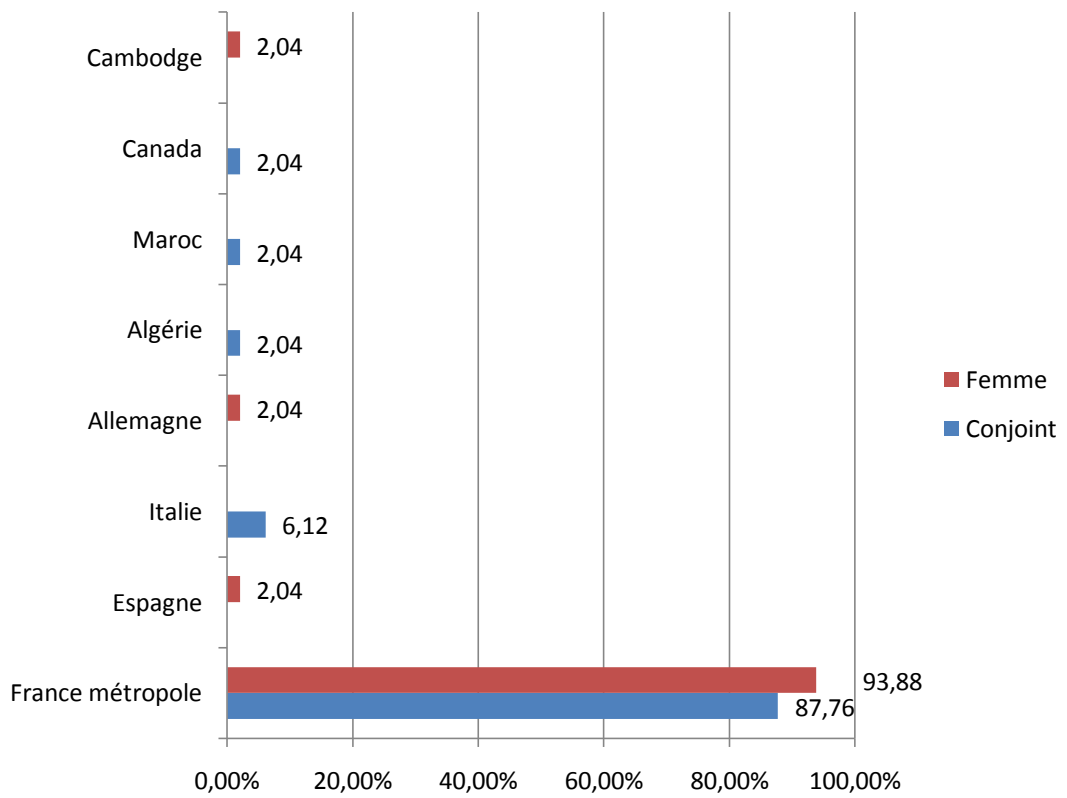


Figure 2 : Origine géographique des parents

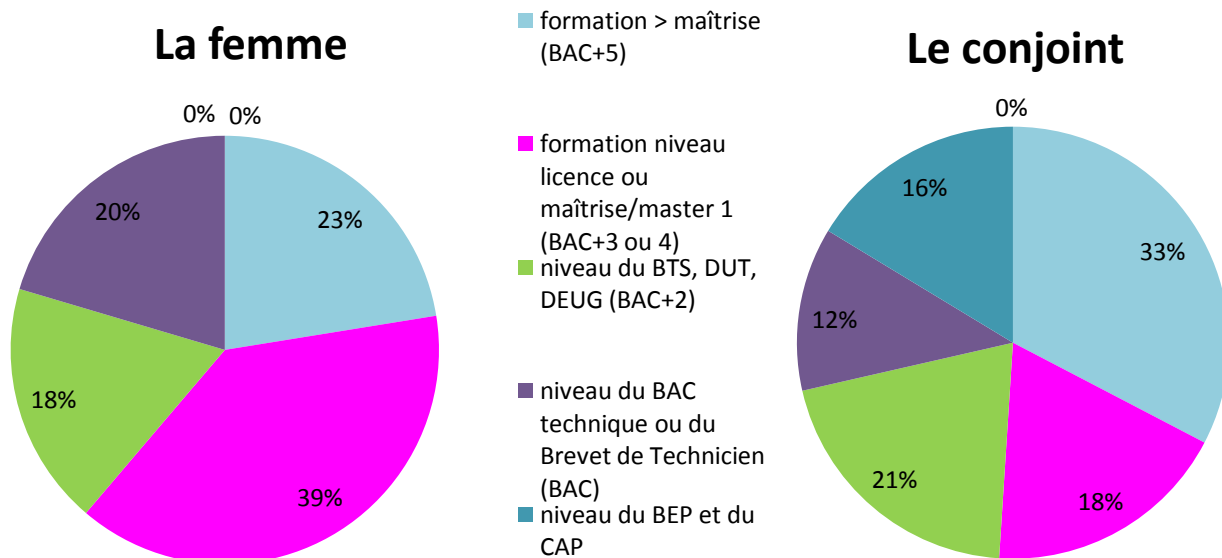


Figure 3 : Niveau d'étude des parents

Quarante-cinq femmes soit 91,84% d'entre elles exerçaient une profession au moment où elles ont fait le choix de débiter un accompagnement global, et une d'elles était en congés maternité. Alors que 47 soit 95,92% des pères travaillaient et un faisait ses études.

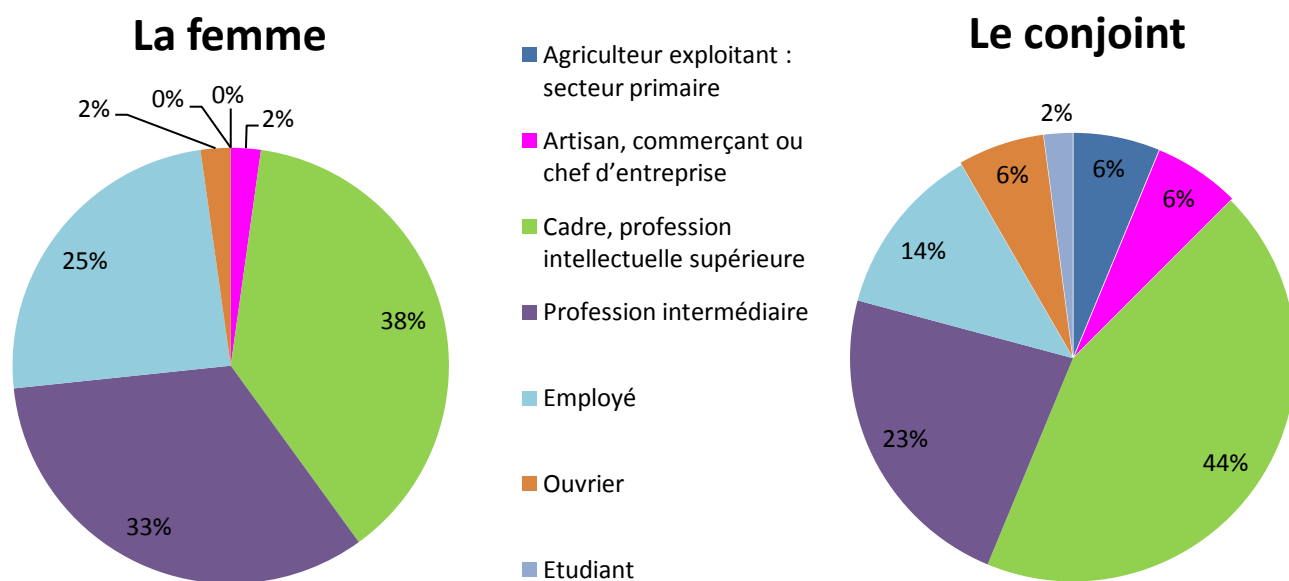


Figure 4 : Domaine d'activité des parents

Tableau II : Conduite addictive au cours de la grossesse

	Effectif	Pourcentage
Tabac	2	4,08%
Alcool	8	16,33%
Drogue	0	0%

L'indice de masse corporel moyen est de 21,92 kg/m² (+/- 3,20) avec un minimum de 17,7 kg/m² et un maximum de 33,87 kg/m². Le nombre de femmes maigres est de 3, de femmes en surpoids est de 6 et de femmes obèses est de 1.

3.2 Le choix

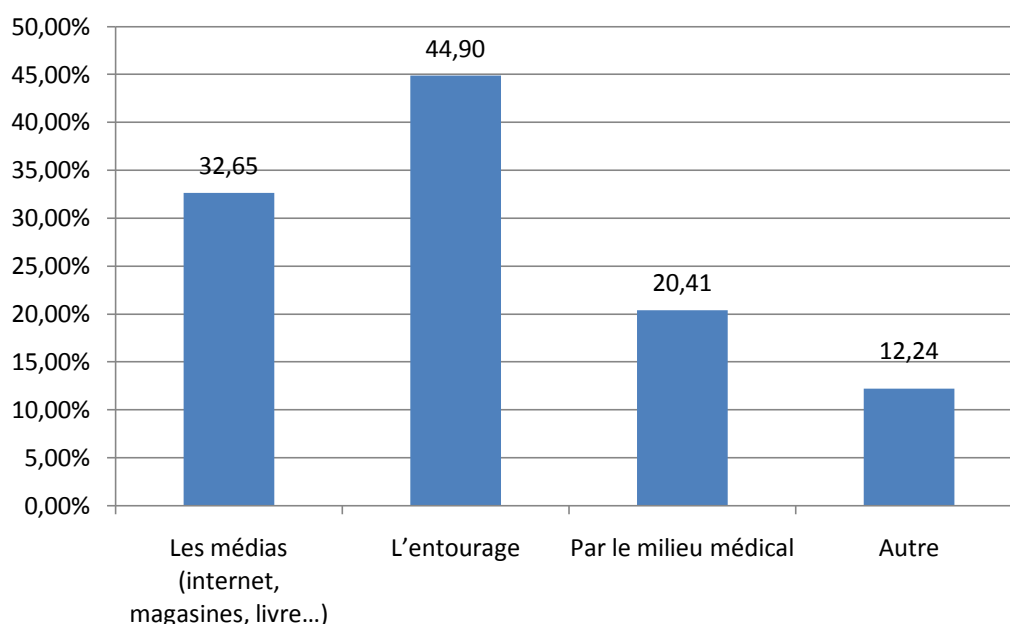


Figure 5 : Moyens par lesquels les femmes ont connu l'accompagnement global et le rattachement à un plateau technique

Quelques patientes ont connu l'accompagnement global par d'autres moyens que les médias, leur entourage ou une personne du milieu médical. En effet, 3 d'entre elles travaillent dans une maternité et ont donc été informé de cette pratique, une en a eu connaissance par la Lèche Ligue, une autre par un reflexologue et la dernière a connu cette pratique lorsqu'elle résidait en Espagne.

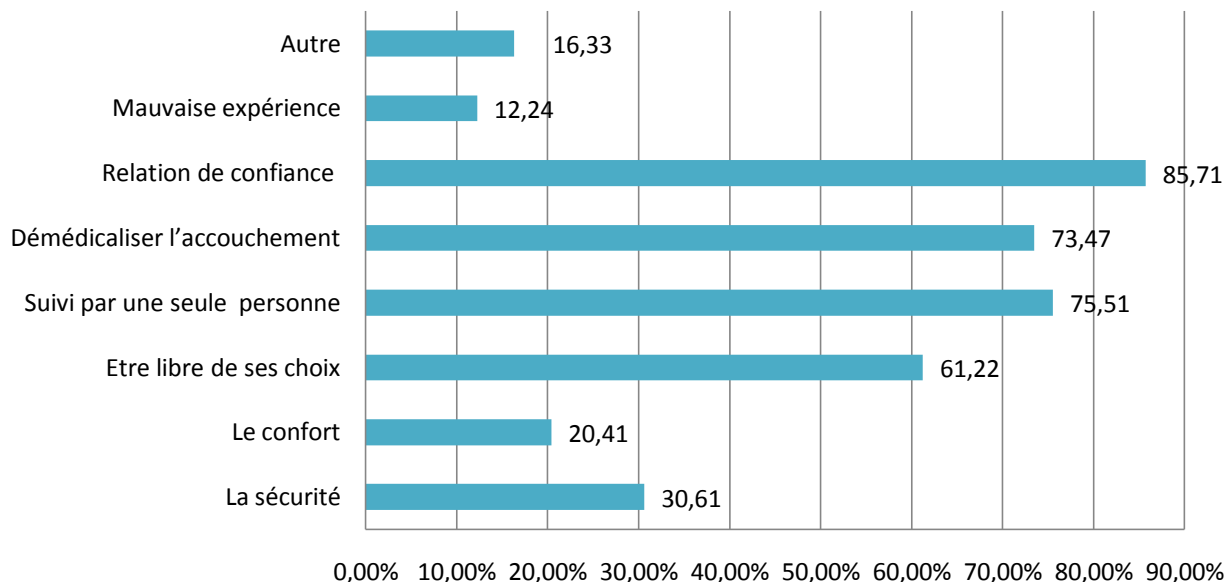


Figure 6 : Les raisons du choix de l'accompagnement global

Les autres raisons qui ont amené les femmes à se tourner vers l'AGN sont notamment un désir d'intimité et de respect à la fois du bébé dans son intégralité et du couple par l'écoute de leurs choix. Les femmes veulent un suivi personnalisé, et que la sage-femme soit une aide dans la réalisation de leurs propres souhaits. Certains cherchent juste une nouvelle expérience.

Vingt quatre femmes soit 48,98% avaient envisagé un accouchement à domicile. Les raisons évoquées pour la non réalisation de ce projet : pour 10 d'entre elles c'est parce que le mari était réticent ; 7 car elles n'ont pas trouvé de sages-femmes qui pratiquaient l'accouchement à domicile ; 8 pour le risque éventuel ; 2 parce qu'elles voulaient que se soit leur sage-femme qui les accouche or celle-ci ne pratiquait pas l'accouchement à domicile ; 2 pour contre-indication et 1 parce que sa maison est trop isolée.

Concernant les maisons de naissances, les couples ne se sont pas posé la question car elles n'existent pas en France actuellement.

Trente huit couples soit 77,55% de ceux qui ont été interrogé avaient établi un projet de naissance mais seulement 2 par écrit. En effet, ce projet n'a pas été formalisé comme on peut le voir parfois dans les maternités. Les couples parlent plus d'un échange avec la sage-femme et que le choix de l'accompagnement global est en soi un projet de naissance.

3.3 La grossesse

Tableau III : Le type de grossesse

	Effectif	Pourcentage
Grossesse spontanée	46	93,88%
Grossesse unique	49	100%

En moyenne les patientes ont rencontré la sage-femme pour la première fois à 3,14 mois (+/- 1,32). Avec un minimum d'1 mois et un maximum de 7 mois de grossesse.

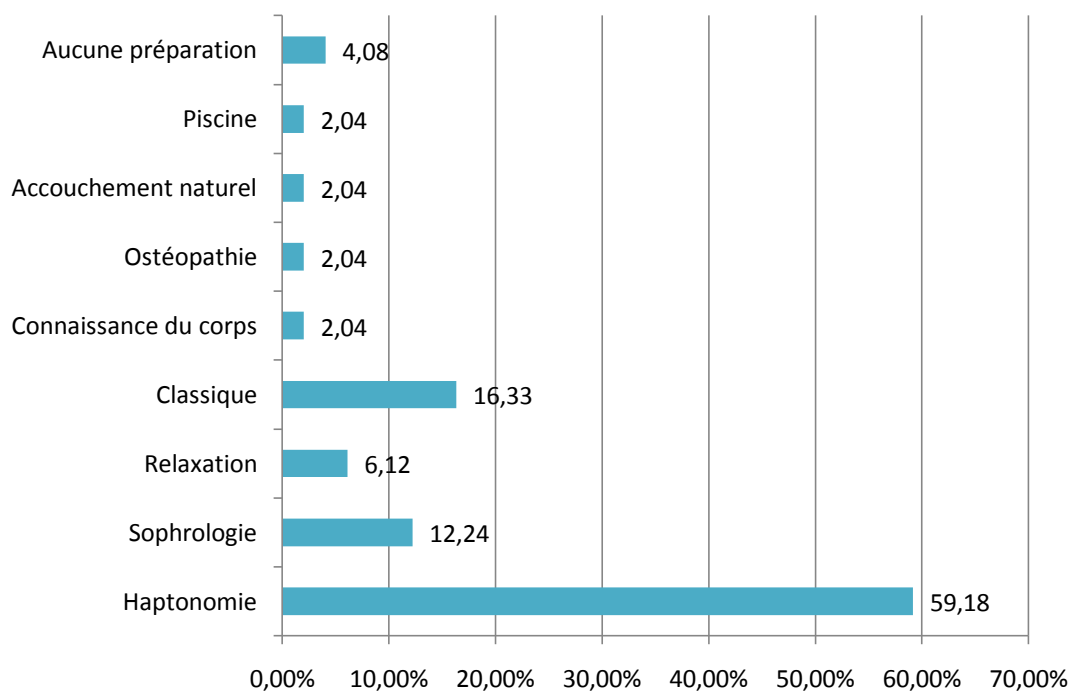


Figure 7 : Le type de préparation à l'accouchement

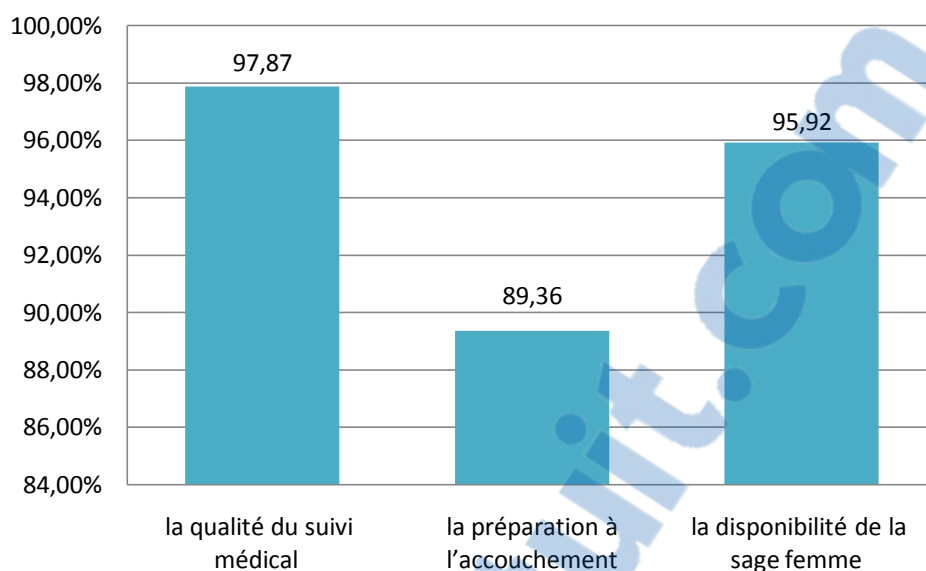


Figure 8 : Satisfaction des patientes

Quarante huit patientes soit 97,96% déclarent avoir établi une relation de confiance avec leur sage-femme.

Tableau IV: Surveillance médicale de la grossesse

	Effectif	Pourcentage
Sage-femme contactée hors des consultations prévues	28	57,14%
Consultation aux urgences	13	26,53%
Avis de la sage-femme	5	38,46%
Hospitalisation	3	6,12%

Les raisons pour lesquelles les patientes ont consulté aux urgences au cours de la grossesse: pour décollement placentaire en début de grossesse ; pour suspicion de fausse couche ; pour douleur au niveau de la cicatrice de césarienne ; pour une chute ; 2 femmes ont consulté pour des métrorragies à 7 SA ; une femme avait des contractions

mais la sage-femme libérale était en vacances au même moment ; une des patientes a dû consulté pour une séroconversion toxoplasmique et une autre pour des douleurs au niveau de l'estomac. Trois consultations aux urgences de la maternité ont nécessité une hospitalisation : la première pour des modifications cervicales (2 jours d'hospitalisation) ; la deuxième pour des métrorragies associées à une diminution des mouvements actifs fœtaux à 39 semaines d'aménorrhée (SA) et la troisième pour un bilan de retard de croissance in utero diagnostiqué à l'échographie.

Le nombre moyen d'échographie réalisé en cours de grossesse est de 4,16 (+/- 1,43) avec un minimum de 3 et un maximum de 10 échographies.

Toutes les patientes qui ont débuté l'accompagnement global ont continué jusqu'au bout il n'y a pas eu de contre indication.

3.4 L'accouchement

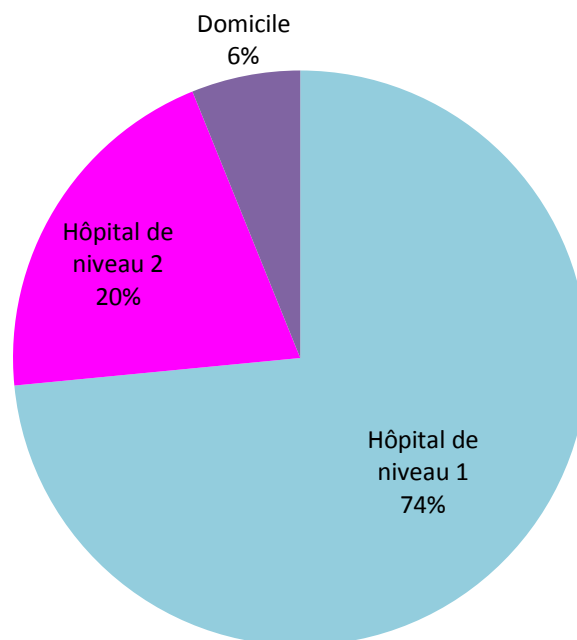


Figure 9 : Le lieu d'accouchement

Le terme de l'accouchement est compris entre 38 SA et 42 SA, la moyenne étant de 40 SA et 5 jours (+/- 7 jours).

Le taux d'accouchement par voie basse est de 95,92% (47 femmes sur les 49). Le motif de la première césarienne est un échec de déclenchement (après deux gels de maturation) associé à une tachycardie fœtale (pour remarque la sage-femme libérale était alors en vacances). La seconde césarienne a eu lieu dans un contexte de stagnation de la dilatation avec des anomalies du rythme cardiaque fœtal (notons ici que c'est la seule patiente de notre étude pour qui la relation de confiance avec la sage-femme ne s'est pas établie).

Trois des patientes suivies par les sages-femmes libérales avaient pour antécédent une césarienne.

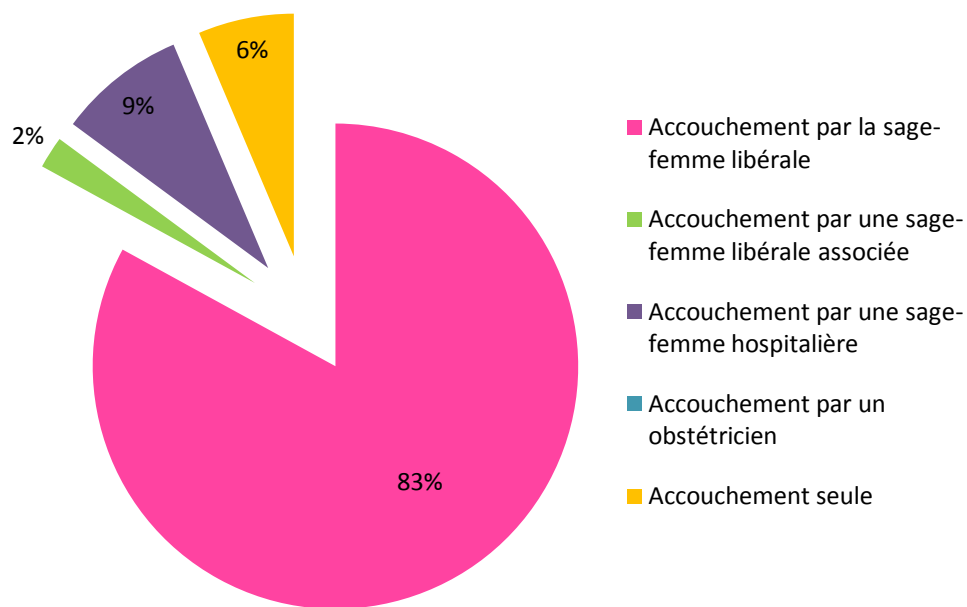


Figure 10: La personne qui a pratiqué l'accouchement par voie basse

Tableau V : Déroulement du travail

	Effectif	Pourcentage
Présentation céphalique	47	95,92%
Déclenchement artificiel du travail	4	8,16%
Travail dirigé	3	6,12%
Extraction instrumentale	0	0%

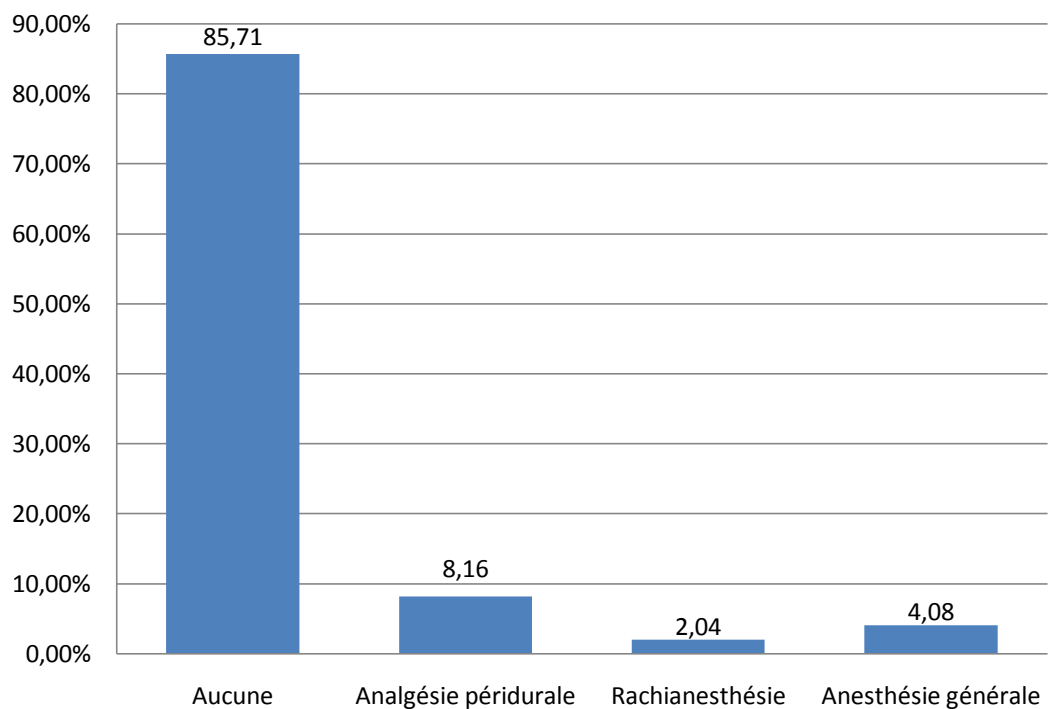


Figure 11 : Le mode d'analgésie

Les 2 anesthésies générales ont été réalisées pour délivrance artificielle (DA) et révision utérine (RU).

Parmi les femmes, 4 (8,16%) ont eu une prise en charge particulière de la douleur par l'homéopathie. Par contre, elles ont été nombreuses à citer l'haptonomie, la respiration et la déambulation comme moyens pour gérer la douleur.

Pour 3 patientes (6,12%) la délivrance n'a pas été naturelle et a nécessité une DA-RU pour non décollement. Le pourcentage d'hémorragie de la délivrance est de 10,20%. Selon les femmes, l'équipe médicale n'a pas jugé nécessaire de pratiquer un geste technique pour 3 des 5 cas car la quantité des pertes sanguines était à la limite basse de la définition de l'hémorragie. On compte une hémorragie sévère pour laquelle la patiente a été transfusée de 6 culots et transférée en service de soins intensifs.

Au total le nombre de DA et/ou de RU est de 5 soit 10,20%.

Tableau VI : Les relations avec la sage-femme

	Effectif n=45	Pourcentage
Respect du projet de naissance	44	97,78%
Respect de la physiologie	43	95,56%
	(2 non réponses)	
Sage femme toujours présente	33	78,33%
Sa présence était :		
Indispensable	21	46,67%
Rassurante	29	64,44%
Gênante	0	0%
Un peu trop envahissante	0	0%
Autre	4	8,89%

La présence de la sage-femme, était selon une des femmes « une erreur », car elle ressentait comme un mal-être entre elle, une incompréhension mutuelle, de plus la sage-femme découvrait depuis peu le plateau technique et semblait, selon la patiente, un peu perdu avec le matériel, ce qui ne la mettait pas en confiance. Pour 3 autres femmes c'était : nécessaire, parfait ou non oppressant.

Les nouveau-nés pesaient entre 2650g et 4600g, avec un poids moyen de 3441,22g (+/- 452,97g). On compte seulement 4 enfants macrosomes.

Quarante-huit d'entre eux ont été mis en peau à peau tout de suite après la naissance. Seulement 2 enfants ont été aspirés et remis tout de suite en peau à peau contre leur maman. La durée du peau à peau est de 15 minutes pour le plus court et de 3 jours pour le plus long (ce qui s'apparente à la méthode kangourou). En moyenne, les bébés sont restés 5,01 heures (+/-14 avec une médiane de 2heures) nu contre les parents.

3.5 Les suites de couches

Le temps d'hospitalisation après l'accouchement est en moyenne de 3,47 jours. La durée la plus courte étant de 8 heures et la plus longue de 7 jours (après césarienne).

Pour 12 couples (24,49%), un retour précoce à domicile a été organisé, avec un suivi par la sage-femme libérale qui durait en moyenne 4,48 jours (+/-1,78, avec un maximum de 8 jours et un minimum de 3). La sage-femme passait tous les jours chez 9 d'entre eux, et 1 jours sur 2 chez 3 d'entre eux.

Tableau VII : Sentiment sur le retour précoce à domicile

	Effectif	Pourcentage
Accompagnement suffisant	12	100%
Rassurée	12	100%

Tableau VIII : Les suites de couche

	Effectif	Pourcentage
Pathologie (enfant et mère) en suite de couches	10	20,41%
Hospitalisation	7	70%
Résolution par la sage-femme libérale	2	20%

Les pathologies qui touchent les enfants et qui surviennent en suite de couches sont les suivantes : 3 ictères néonataux traités par photothérapie ; une prise en charge néonatale suite à une séroconversion toxoplasmique durant la grossesse ; 2 allaitements maternels difficiles dont un qui a nécessité une hospitalisation pour perte de poids chez l'enfant.

Les pathologies touchant les mères de notre étude en suite de couches sont les suivantes : une hospitalisation en soins intensifs après une hémorragie de la délivrance massive ; une anémie maternelle sévère ; une infection maternelle et une hypertension maternelle.

Il n'y a eu aucune réhospitalisation après un retour précoce à domicile.

Tableau IX : Le mode d'allaitement

	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel	48	97,96%
Aide de la sage femme	23	47,92%

Pour celles qui avaient arrêté l'allaitement maternel, la durée de cet allaitement était en moyenne de 8,33 mois (+/- 5,14 mois) avec un minimum de 4 jours chez une patiente qui avait subi auparavant une réduction mammaire et un maximum de 20 mois. Au cours de notre étude, 18 femmes allaitaient toujours leur enfant, la moyenne de ce groupe est alors de 9,22 mois, l'enfant le plus jeune ayant 1 mois et les plus âgés 2 ans.

Tableau X : La rééducation périnéale

	Effectif	Pourcentage
Pratique	46	93,88%
Par une autre sage-femme	9	19,57%

3.6 En conclusion

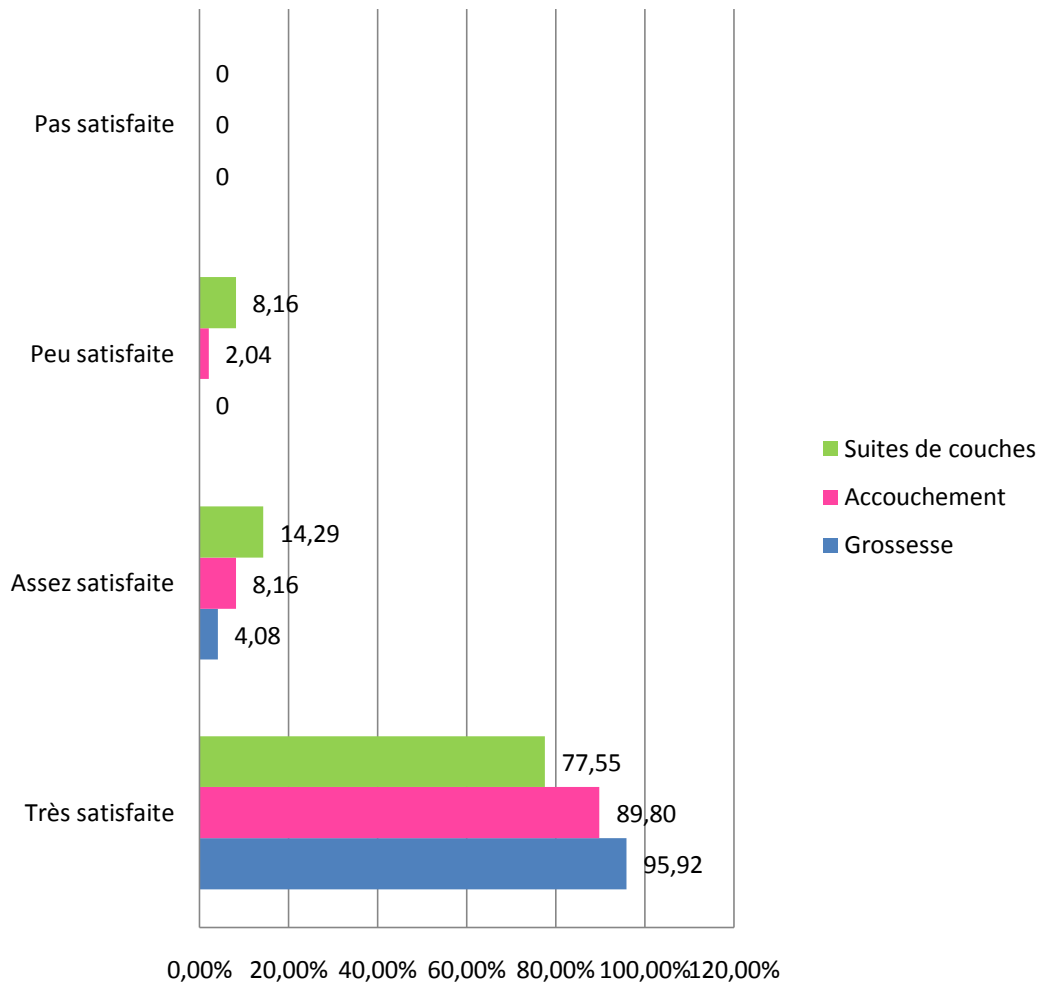


Figure 12 : ressenti global des femmes sur l'accompagnement global

Enfin, 39 couples soit 79,59% déclarent choisir de nouveau l'accompagnement global avec un rattachement à un plateau technique par la sage-femme libérale dans l'éventualité d'une nouvelle grossesse. Cinq autres souhaiteraient un accouchement à domicile. Il y a eu 3 non réponses (2 ont eu un accouchement difficile et une a jugé que la maternité qu'elle avait découverte répondait également à ses attentes).

4. ANALYSE ET DISCUSSION

4.1 Critique de l'étude

L'entretien par téléphone a permis d'avoir un taux de réponse de la part des couples très satisfaisant. Les questions ont également pu être reformulées si besoin, ce qui assure une meilleure compréhension. Ces entretiens étaient plus sous forme d'un échange que d'un interrogatoire stricte, la discussion était donc ouverte et ne se restreignait pas aux seules questions.

Ce que l'on peut reprocher à cette étude c'est notamment une population peu importante en nombre. On remarque que peu de sages-femmes libérales ont participé, tout d'abord car nous avons eu des difficultés à les contacter. Ensuite, plusieurs avaient le souhait de participer mais n'ont pas regroupé les coordonnées des patientes ou ne souhaitaient pas communiquer les coordonnées sans avoir l'avis de leur patiente auparavant, ce qui complique la tâche. Il est probable que le mode de recrutement de la population introduise un biais dans notre étude : les sages-femmes libérales ont pu intentionnelle choisir les patientes avec qui nous avons été mis en contact. Autre inconvénient : la population est majoritairement représentative du département Rhône-Alpes (29 patientes sur les 49 interrogées).

En ce qui concerne le questionnaire, il allie à la fois des questions médicales et non médicales. Ainsi, les femmes ont pu partager leur ressenti, ce que nous recherchions dans notre étude. Mais au cours de l'étude, on s'est aperçu que certains aspects avaient été oubliés lors de l'élaboration du questionnaire.

De plus, les informations recueillies ne sont pas issues du dossier médical mais proviennent des patientes ce qui rend imprécis certaines données comme le terme de l'accouchement, la notion d'hémorragie de la délivrance ou l'état de l'enfant à la naissance.

4.2 Le profil de la population étudiée [25] [26] [27] [28] [29]

Le nombre moyen d'enfants pour les femmes de notre étude correspond au taux de fécondité français en 2009 qui était égal à 2.

Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) l'âge moyen des Grossesses est de 29,9 ans en 2008 et de 29,5 pour l'enquête périnatale de 2003. Dans notre étude, nous retrouvons un âge moyen un peu supérieur car nous avons inclus la dernière grossesse suivie dans le cadre de l'accompagnement global, ce sont donc majoritairement des multipares ce qui fait accroître l'âge moyen. D'après une étude de Karine Troxler en 2003, l'âge moyen des patientes pratiquant l'AGN (avec un accès à un plateau technique par la sage-femme libérale) était de 32 ans, ce qui est comparable au résultat de notre étude (31,41 ans).

Concernant la situation familiale, les femmes de notre étude étaient toutes en couple alors que le taux dans l'enquête périnatale était de seulement 92,7%. On comprend alors que l'AGN est un projet de couple.

Les patientes se sont tournées vers l'AGN surtout pour leur 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} enfant car les taux d'accompagnement global augmentent à chaque grossesse (57% puis 78% puis 92% et enfin 100% pour la 4^{ème} grossesse). Cela signifie également que les femmes ont renouvelé cet accompagnement pour leur grossesse suivante.

Les parents sont majoritairement d'origine française et européenne au total 97,93% des femmes et 93,88% des hommes. Contre 90,9% de femmes européennes dans l'enquête périnatale. L'accompagnement global attire une population plutôt occidentale, une influence culturelle est probablement la cause de cette recherche d'un accompagnement plus personnalisé.

Le niveau d'étude du couple de notre enquête est élevé, en effet 100% des femmes ont un niveau supérieur au BAC et 83,67% des hommes. Alors que ce taux est de seulement 42,6% pour les femmes de l'enquête périnatale. Autre paramètre, 91,84% des femmes de notre étude exerçaient une profession alors que pour l'enquête périnatale, on trouve des taux plus inférieurs car 66% d'entre elles travaillaient. Nous observons donc une différence significative avec $p=10^{-5}$, un $RR=7,17$ [2,58-19,93]. Concernant les hommes, la différence est beaucoup moins marquante car 95,92% des conjoints de notre étude travaillaient et ce taux tombe à 90,4% pour l'enquête périnatale.

Tableau XI : Comparatif de l'activité professionnelle des parents

	FEMMES		CONJOINTS	
	Notre étude	Enquête périnatale 2003	Notre étude	Enquête périnatale 2003
Agriculteur exploitant : secteur primaire	0%	0,7%	6,25%	2,2%
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	2,22%	2,3%	6,25%	7,5%
Cadre, profession intellectuelle supérieure	37,78%	11,8%	43,75%	16,7%
Profession intermédiaire	33,33%	21,3%	22,92%	16,8%
Employé	24,44%	47,6%	12,50%	22,5%
Ouvrier	2,22%	7,5%	6,25%	32,2%
Etudiant	0%	1,7%	2,08%	0,7%

D'après ces différents indicateurs (le niveau d'étude, l'exercice d'une profession et le domaine d'activité), on constate que le niveau social des couples, se tournant vers l'AGN et recherchant une sage-femme ayant un accès à un plateau technique, est particulièrement élevé, en comparaison à la population générale française. Plusieurs raisons peuvent être évoquées, tout d'abord ce projet est une vraie réflexion au sein du couple, c'est une population qui par son niveau intellectuel a plus facilement un regard critique sur le système médicale, elle a la démarche de s'informer et peut-être qu'elle a plus facilement accès à cette information. D'un point de vue financier, cet accompagnement impose soit d'avoir une complémentaire santé qui prend en charge les dépassements d'honoraires pratiqués par les sages-femmes, soit de pouvoir soi-même

payer cette part non remboursée par l'assurance maladie. Ce qui explique aussi que les couples ayant peu de revenus se dirigent principalement vers les hôpitaux.

Pour ce qui est des conduites addictives au cours de la grossesse, 4,08% des femmes déclaraient continuer à fumer ce qui est inférieur aux 20,8% des femmes de l'enquête périnatale et ce de manière significative $p=0,003$. Ce qui est intéressant c'est le nombre de femmes qui a consommé de l'alcool (consommation plus qu'occasionnelle, plusieurs fois par mois voire par semaine), leur taux étant de 16,33%. La consommation d'alcool est donc plus fréquente que le tabagisme. Dans d'autres études, n'ont été prises en compte que les femmes qui consommaient plus de 3 verres par jour et ce taux est de 0,2%. Nous n'avons donc pas de point de comparaison mais on remarque que les femmes qui ont choisi l'AGN sont sensibles au risque du tabac pendant la grossesse et, semble-t-il, moins informé sur celui de l'alcool. Aucune d'entre elle ne consomme de drogue.

Selon l'INSEE, en 2003 l'indice de masse corporelle moyen des femmes françaises est de 24 kg/m^2 , les femmes de notre étude sont plus maigres en moyenne ($21,92 \text{ kg/m}^2$). Le taux de femmes en surpoids ou obèses est de 14,28% pour notre enquête et de 41,1% selon l'enquête ObEpi de 2009. On peut penser que les femmes qui choisissent l'AGN font parti d'une population pour qui l'hygiène de vie est importante. Leur niveau social est également un facteur protecteur contre l'obésité.

4.3 Le choix de l'accompagnement global [27]

Selon le témoignage des couples, on s'aperçoit que beaucoup d'entre eux avaient le souhait d'autre chose. Après avoir entendu de nombreuses expériences plus ou moins agréables des grossesses et accouchements de leurs amies ou pour avoir elle-même connu un suivi classique, ces femmes ont ressenti le besoin d'avoir un accompagnement différent, « *ce que je voyais autour de moi ne me plaisait pas* ». Pour une majorité d'entre eux (42,86%), ils ont eu connaissance de l'AGN par l'intermédiaire de leur entourage, car ceux qui ont déjà vécu l'expérience véhiculent autour d'eux une image positive de cet accompagnement. Beaucoup d'autres (32,65%) ont dû trouver eux-mêmes des alternatives au suivi classique via les médias. Le même constat est fait dans l'étude de K. Troxler où 50% des couples ont eu une démarche personnelle de recherche. Dans nos 2 études, on remarque que le milieu médical informe peu les

couples sur l'AGN (20,41% pour notre étude et 12% pour l'autre), probablement car il y a une méconnaissance voire une réticence de ce milieu concernant l'AGN.

Les femmes recherchent surtout une personne en qui elles auraient confiance (85,71% d'entre elles). Alors qu'en 2003 la confiance était la raison principale de l'orientation vers l'AGN pour seulement 20% des femmes. Pourquoi tant d'écart en 9 années ? Pourquoi les personnes ont de moins en moins confiance dans le système médical ? Nous pensons que depuis la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients, on a permis aux français de remettre en question l'avis médical et ils s'interrogent beaucoup plus sur le bienfait de ce qu'on leur fait, surtout pour la grossesse qui n'est pas une maladie. Une autre raison essentielle du choix de l'AGN est le souhait d'être suivi par une seule personne pouvoir « *créer un lien, une intimité pour l'accouchement* ». On retrouve cette importance dans l'étude de K. Troxler, car l'organisation en secteurs dans les établissements de santé multiplie grandement le nombre d'intervenants, ce qui est mal vécu par les patientes. La démedicalisation de l'accouchement est recherchée pour 73,47% des femmes, « *ne pas l'aborder comme un problème* ». Mais pour 30,61% des couples, la sécurité du plateau technique reste quand même un facteur important dans leur décision, « *la sécurité est à côté mais pas dans la même pièce, c'est en recours* ». Les femmes expriment le désir d'être libre de leurs choix (61,22%), surtout pour l'accouchement, « *je ne veux pas que l'on m'impose une péridurale, que l'on m'impose la position couchée* », « *j'ai été frustré pour ma première grossesse car j'ai été complètement assisté, du coup j'ai mis du temps à être en confiance avec ma fille* ». Lorsqu'on laisse la femme choisir ce qui est bien pour elle, lorsque la sage-femme est là seulement pour l'aider, la future mère prend confiance en elle et a moins peur, par la suite, de prendre seule des décisions pour son enfant, « *on est beaucoup plus acteur de son accouchement, ça donne confiance en soi et également pour la suite, pour l'éducation* ». Quelques unes des patientes ont choisi l'AGN après une expérience passée décevante, elles parlent de frustration, de déception du système, d'un manque de communication, d'un milieu où elles ne se sentaient pas en sécurité malgré la médicalisation.

L'AGN avec un accouchement à domicile avait été envisagé pour 48,98% d'entre elles, car on a vu que la sécurité du plateau technique n'est pas forcément une priorité pour elles, les femmes recherchent surtout une expérience humaine. Mais le

poids du risque éventuel a quand même penché en faveur d'un rattachement à un plateau technique. La proximité d'une sage-femme ayant cet accès, a également été un facteur décisif.

Le projet de naissance, dans le cadre de l'accompagnement global, est plutôt un échange avec la sage-femme, « *nous avons plutôt discuté d'une philosophie* », « *je n'ai pas ressenti le besoin de donner des précisions* ». Les couples sont ouverts à un éventuel changement, « *on peut écrire beaucoup de choses, mais on ne sait jamais comment ça va se passer* », pour eux si la sage-femme décide de pratiquer une épisiotomie ou qu'une césarienne est nécessaire, cela sera justifié car ils ont confiance dans les décisions prises par la sage-femme. Par contre, le projet de naissance a été mis par écrit avec des choix bien arrêtés, lorsque la sage-femme pouvait ne pas être présente à l'accouchement (à l'approche des vacances par exemple).

4.4 Le déroulement de la grossesse [27] [26]

Les grossesses incluses dans notre étude sont toutes uniques, en effet les grossesses gémellaires imposent une certaine médicalisation, et l'intervention d'un médecin dans le suivi de la grossesse et l'accouchement. Au cas par cas, un accompagnement global pourrait être envisagé. Comme l'exemple d'une des patientes interrogée : grossesse gémellaire bichoriale biamniotique (non incluse dans l'étude car elle a eu une autre grossesse suivi dans le cadre de l'accompagnement global après celle-ci) prise en charge par la sage-femme libérale. On note une hospitalisation à 32 SA pour des modifications cervicales durant laquelle sa sage-femme venait régulièrement pour la préparation à la naissance. L'accouchement a eu lieu à l'hôpital à 35 SA ½, la rapidité du travail n'a pas permis de débiter la péridurale, l'accouchement du premier enfant a été fait par la sage-femme mais le deuxième par l'obstétricien qui a dû pratiquer une grande extraction sous anesthésie générale. Même si pour cet exemple on s'éloigne de l'AGN, comme on a pu le décrire, la patiente elle-même l'a ressenti comme tel car il y a eu tout au long de la prise en charge une continuité avec la sage-femme libérale et elle a pu défendre ses souhaits pour l'accouchement : c'est-à-dire que son mari soit présent auprès d'elle, ce qui avait pour conséquence, dans cette maternité, que la patiente ne soit pas transférée au bloc opératoire pour la naissance.

La première consultation avec la sage-femme libérale a eu lieu en moyenne à 3 mois de grossesse, c'est une rencontre où le couple et la sage-femme apprennent à se connaître et échangent leurs idées. Les femmes apprécient aussi les consultations suivantes c'est « *un moment de détente, de discussion sur la famille, d'écoute de la part de la sage-femme, et d'attention pour chaque membre de la famille* », c'est « *presque une psychologue* » mais elles ne se sentent « *pas maternées non plus mais responsabilisées et considérées comme un adulte* ». D'ailleurs, 97,96% des femmes déclarent avoir établi une relation de confiance avec leur sage-femme. Le suivi médical est également de qualité pour 97,87% d'entre elles, « *c'est aussi une relation sérieuse, s'il y avait un doute la sage-femme intervenait médicalement* ». C'est l'avantage de ce suivi, qui allie un accompagnement psychologique et médical de la grossesse. La disponibilité de la sage-femme a été ressentie dans 95,92% des cas : en dehors des consultations organisées elle reste joignable si la femme a des questions, ce qui a été le cas pour 28 des 49 patientes et en fin de grossesse pour l'accouchement elle peut évidemment être contactée à toute heure et tous les jours de la semaine. Cette satisfaction des couples sur le suivi se retrouve dans l'étude de K.Troxler, car plus de 94% d'entre eux étaient satisfaits en ce qui concerne les informations données pour la grossesse, la préparation à la naissance et le soutien à l'allaitement et les femmes étaient également très satisfaites de pouvoir joindre leur sage-femme par téléphone 24h/24 lorsqu'elles avaient besoin.

Le type de préparation à la naissance et à la parentalité est à titre informatif car il est fonction de ce que proposent les sages-femmes libérales qui ont participé à l'étude. Mais on remarque que le taux de participation (96%) est plus élevé que dans la population de l'enquête périnatale : 66,6% des primipares et 24,9% des multipares ont fait une préparation à l'accouchement. Cette différence notable s'explique par le fait que la préparation est partie prenante de l'AGN et que les femmes qui veulent accoucher de manière naturelle veulent être préparées, entre autre, à gérer la douleur. Ces femmes ont appréciées les séances dans 89,36% des cas.

Parmi les patientes de notre étude, 13 ont dû consulter aux urgences de la maternité au cours de leur grossesse. Cinq d'entre elles ont demandé l'avis de leur sage-femme auparavant, 4 ne la connaissaient pas encore, 1 n'a pas réussi à la joindre, pour une autre la sage-femme était en vacances à ce moment là et la dernière a été envoyée

par l'échographiste. Au final, une seule des 13 patientes n'a pas souhaité contacter sa sage-femme avant de se rendre aux urgences. Cette dernière présentait une douleur au niveau de son ancienne cicatrice de césarienne. Ce qui permet de dire que les patientes ont confiance d'un point de vu médical dans le jugement de leur sage-femme et qu'elle est pour elles leur référent au cours de la grossesse. Dans l'étude de K.Troxer, seulement 15% des femmes suivies dans le cadre de l'AGN ont ressenti le besoin de consulter un obstétricien (pour pathologies gravidiques, échographies, pour connaître l'obstétricien s'il devait intervenir ou parce qu'une d'elles pensait que c'était obligatoire).

Les grossesses suivies dans le cadre de l'AGN sont majoritairement physiologiques, car le taux d'hospitalisation est de seulement 6,12%. De plus, les hospitalisations ont été de courte durée (un maximum de 48 heures). Dans l'enquête de K.Troxer, ce taux est de 9,6% et dans l'enquête périnatale il est de 18,6%, donc 2 à 3 fois supérieur par rapport à l'AGN ($p=0,02$). Ce qui montre qu'il y a bien une sélection par les sages-femmes libérales, qu'elles prennent en charge uniquement les grossesses à bas risque obstétrical.

Le nombre moyen d'échographies réalisées en cours de grossesse est de 4,16, nous retrouvons un résultat similaire dans l'enquête périnatale (4,5 échographies). Les 3 échographies minimum recommandées ont, pour toutes les femmes, été réalisées.

4.5 Le déroulement de l'accouchement [26] [27] [2] [30] [31] [32] [33]

Les plateaux techniques ouverts aux sages-femmes libérales sont majoritairement des hôpitaux de niveaux 1. Aucune des sages-femmes de notre étude n'a accès à un hôpital de niveau 3. Les 3 accouchements qui ont eu lieu à domicile étaient inopinés, en l'absence de la sage-femme, le rattachement au plateau technique n'est donc pas un moyen de recours en cas d'accouchement dystocique prévu, initialement, à domicile.

Le terme de l'accouchement est compris entre 38 SA et 42 SA, il n'y a donc eu aucun accouchement prématuré, de même dans l'étude de K.Troxer sur l'AGN de 2003.

Le taux de césarienne de 4,08% est bas, il est comparable à celui d'une étude réalisée par l'ANSFL. Sur 2245 dossiers de patientes ayant accouché dans le cadre de

l'AGN, il était alors de 4,9%. Alors que le taux de césarienne en France en 2009 était de 20,2%. Si nous prenons comme point de comparaison uniquement les grossesses à bas risque obstétrical (selon AUDIPOG), en 2003 le taux de césarienne chez les primipares était de 15,1% et de 2% chez les multipares. Si nous rapportons le taux de césarienne de notre étude à la parité, nous obtenons un résultat de 11,76% chez les primipares et nul chez multipares. On observe une différence entre notre enquête et celle d'AUDIPOG sur les grossesses à bas risque mais statistiquement la différence n'est pas significative.

Tableau XII : Comparaison des taux de césarienne

	Notre étude	Etude de K.Troxer sur l'AGN	Etude de l'ANSFL sur l'AGN	Taux français (2009)	Grossesses à bas risque obstétrical (2003)
Taux de césarienne	4,08%	4%	4,9%	20,2%	11,52%

Sans pouvoir conclure d'une relation de cause à effet, nous remarquons seulement que pour les deux césariennes pratiquées dans notre enquête, la sage-femme était absente pour l'une et pour l'autre la relation de confiance n'avait pas pu s'établir entre les deux femmes, *« nos routes étaient parallèles de A à Z, on ne s'est pas trouvés, donc c'était évident que l'accouchement se passe mal »*. Peut-il y avoir une relation entre la présence bienveillante de la sage-femme et la bonne évolution du travail et de l'accouchement?

L'accouchement par voie basse a pu être pratiqué par la sage-femme libérale dans 82,98% des cas. Parmi les accouchements qui ont eu lieu à l'hôpital, 5 n'ont pas pu être réalisés par la sage-femme libérale car elle était en vacances ou en arrêt maladie. C'est le grand inconvénient de l'AGN pour les patientes : il y a toujours le risque que leur projet d'être accompagné par leur sage-femme au moment de l'accouchement ne puisse pas se réaliser. Les patientes ont quand même été satisfaites par la prise en

charge par les sages-femmes hospitalières, qui ont respecté leurs souhaits, mais « ça aurait été encore mieux si la sage-femme aurait été là, j'aurai moins souffert et été plus rassurée », « j'étais un peu perdue et dépassée et j'aurai eu besoin de la sage-femme ».

Dans notre cohorte, deux patientes ont accouché d'un enfant en position du siège. Durant leur grossesse, ces patientes ont refusé la version par manœuvre externe. Dans les deux cas la sage-femme a elle-même réalisé l'accouchement sans manœuvre, pour l'une l'obstétricien était présent dans la salle mais à distance. La présentation du siège imposait la pose d'une péridurale à la patiente, une d'elle a pu y échapper car le travail a été trop rapide.

Le travail a dû être déclenché artificiellement pour 4 des femmes : 3 pour terme dépassé et 1 pour rupture des membranes de plus de 12 heures chez une femme porteuse du streptocoque B. Le taux de déclenchement est donc de 8,16% dans notre étude (5,88% des primipares et 6,5% des multipares) et de 4,5% pour l'étude de l'ANSFL sur l'AGN, contre 19,7% selon l'enquête périnatale (21,5% des primipares et 18,8% des multipares). Concernant uniquement les grossesses à bas risque obstétrical ce taux est de 18,66% (20,4% pour les primipares et à 14% des multipares) selon AUDIPOG, il reste donc significativement supérieur ($p=0,01$), au taux de déclenchement dans le cadre de l'AGN.

Tableau XIII : Comparaison des taux de déclenchement

	Notre étude	Etude de K.Trojer sur l'AGN	Etude de l'ANSFL sur l'AGN	Enquête périnatale (2003)	Grossesses à bas risque obstétrical (2003)
Taux de déclenchement	8,16%	2,66%	4,5%	19,7%	18,66%

Nous remarquons seulement que les sages-femmes libérales préconisent beaucoup l'utilisation des méthodes naturelles pour préparer le col à l'accouchement ou pour déclencher le travail à l'approche du terme (tisanes, homéopathie, acupuncture...).

La direction du travail, par l'emploi d'ocytociques ou par la rupture artificielle de la poche des eaux, est peu pratiquée par les sages-femmes libérales car elle est contraire à la progression physiologique du travail. Malgré cela, les sages-femmes respectent le protocole du service et sont amenées à diriger le travail en cas de stagnation trop prolongée de la dilatation.

Aucune extraction instrumentale n'a été pratiquée chez les 47 patientes qui ont accouché par voie basse. Ce taux reste bas dans l'étude réalisée par l'ANSFL (4,6%). A l'hôpital de Villeneuve la Garenne, où 600 accouchements ont été réalisés dans le cadre de l'AGN entre 1990 et 1995, le taux d'extraction par forceps était de 0,5%. Le taux d'extraction instrumental est de 11,1% dans l'enquête périnatale. Ce taux est de 23,3% chez les primipares à bas risque obstétrical et de 2,3% chez les multipares à bas risque en 2003. La différence, ne serait-ce que par rapport aux grossesses à bas risque, est significative $p=0,001$. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées à cette différence entre les accouchements réalisés dans le cadre de l'AGN et ceux réalisés après un suivi classique. Tout d'abord les femmes accouchent essentiellement sans analgésie péridurale ni rachianesthésie, ce qui leur permet de sentir la poussée durant la phase d'expulsion et diminue les variétés de présentation postérieures, de plus les positions d'accouchement sont plus libres et favorisent la descente et la rotation du mobile fœtal.

Tableau XIV : Comparaison des taux d'extraction instrumental

	Notre étude	Etude de K.Troxer sur l'AGN	Etude de l'ANSFL sur l'AGN	Enquête périnatale (2003)	Grossesses à bas risque obstétrical (2003)
Taux d'extraction instrumental	0%	2,77%	4,6%	11,1%	17,59%

Le souhait d'accoucher sans aucune analgésie fait souvent partie du projet de naissance des patientes interrogées et 85,71% d'entre elles ont pu le réaliser. A Villeneuve la Garenne le taux d'analgésie péridurale était de 6 à 8 %. Sur les dossiers étudiés par l'ANSFL ce taux est de 7,1%, ils sont donc comparables à celui de notre étude (8,16%). Le taux d'analgésie péridurale s'élève à 62,6% dans l'enquête périnatale. Voici quelques témoignages des femmes : « *on franchit les limites de soi-même et pour ça il faut être encadré par quelqu'un de confiance* », « *quand les contractions étaient trop fortes, la sage-femme restait à mes côtés, elle me soutenait* », « *comme douleur c'est supportable grâce à la sage-femme* ». On voit à quel point la présence d'une personne qui les accompagne et en qui elles ont confiance, leur donne la force de gérer la douleur. Selon plusieurs femmes, l'intimité au sein de la salle d'accouchement leur a permis de lâcher prise, « *avoir une seule et même personne, être totalement libre de mes mouvements, être désinhibée* ».

Tableau XV : Comparaison des taux d'analgésie ou d'anesthésie

	Notre étude	Etude sur l'AGN	A Villeneuve la Garenne (1990-1995)	Enquête périnatale (2003)	Grossesses à bas risque obstétrical (2003)
Analgésie péridurale	8,16%	7,1%	6 à 8%	62,6%	69,98%
Rachi-anesthésie	2,04%	NC*	NC*	12,3%	5,94%
Anesthésie générale	4,08%	NC*	NC*	1,9%	0,49%

*NC : Non communiqué

L'absence d'une analgésie péridurale impose la réalisation d'une anesthésie générale en cas d'urgence obstétrical. Ce qui fut le cas pour 2 des patientes de notre étude pour la réalisation d'une DA-RU. Si nous comparons le taux d'anesthésie générale dans notre étude à celui des grossesses à bas risque obstétrical, il est significativement supérieur, $p=0,03$. Trois patientes ont souhaité que la DA-RU soit faite sans anesthésie, seulement avec du protoxyde d'azote au masque.

Le taux de DA pour notre enquête est de 6,12%. En 2003, les maternités, qui composent le réseau sentinelle AUDIPOG, obtenaient un taux de 5,2%. Le nombre de RU pratiquée est inférieur à la population générale (4,08% lors de l'AGN, contre 8,4 selon l'étude AUDIPOG). Le pourcentage d'hémorragie de la délivrance de 10,20%, est dans la moyenne française. Le risque accru d'hémorragies de la délivrance, lié à la non réalisation de la délivrance dirigée, est contre balancé par le bénéfice de la faible utilisation d'ocytocique durant le travail. Selon Audipog, le taux d'hémorragies sévères (pertes supérieures à 1 litre) est de 2,6%, on retrouve un chiffre similaire dans notre étude (2,04%).

La sage-femme libérale a respecté les souhaits des couples lors de l'accouchement dans 97,78% des cas. Pour 43 femmes sur 45, la physiologie du travail et de l'accouchement a été respectée. Pour les deux autres, la physiologie n'a pas été totalement respectée par nécessité, donc elles acceptent le choix fait par la sage-femme. La présence de la sage-femme tout au long du travail est majeure, car elle se consacre à une seule patiente et ceci est surtout rassurant pour les femmes (64,44%) voire indispensable (46,67%) mais en aucun cas gênant ou envahissant.

Les nouveau-nés pesaient en moyenne 3441,22g (+/- 452,97g). Le pourcentage d'enfants hypotrophes est nul et le taux d'enfants macrosomes est de 8,16%. Ce qui explique que le poids moyen soit légèrement supérieur par rapport aux maternités du réseau AUDIPOG, pour qui le poids de naissance était de 3284g (+/- 541g) pour les grossesses uniques. Dans ces mêmes établissements le taux d'hypotrophie est de 4,8%, et chute à 3,88% pour les grossesses à bas risque obstétrical. En 2003, le pourcentage d'enfants pesant plus de 4000g était de 7,5%. On peut évoquer le milieu social favorisé et le faible pourcentage de femmes tabagiques dans notre étude, comme facteurs protecteurs contre l'hypotrophie fœtale.

Les sages-femmes libérales prônent la mise en peau à peau précoce de l'enfant, car 95,92% d'entre eux ont été posé contre leur mère dès la naissance. De plus, avec une durée prolongée (avec une médiane de 2 heures) ce qui a des bénéfices (selon une étude publiée par la Cochrane) :

- sur le taux d'allaitement maternel à 1 mois et 3 mois OR=2.15,
- sur la durée de l'allaitement maternel en général,
- sur la régulation de la température du nouveau-né OR=12.18,
- sur la régulation glycémique,
- sur la diminution des pleurs OR=21.89,
- et sur l'augmentation des scores d'attachement maternel précoces.

Enfin, nous ne connaissons pas le score d'Apgar des enfants à la naissance mais, d'après le témoignage des mères, seulement 2 enfants ont été aspirés, on peut donc conclure que pour la grande majorité des nouveaux nés l'adaptation à la vie extra-utérine fut bonne. D'après l'étude réalisée par l'ANSFL, 95,4% des enfants avaient un score d'Apgar supérieur à 7 à 1 minute de vie.

4.6 Le déroulement des suites de couches [31] [34] [27] [26] [2] [35]

Le temps d'hospitalisation après l'accouchement étant en moyenne de 3,47 jours, on s'aperçoit alors que les femmes souhaitent bénéficier de quelques jours de repos à la maternité. Elles apprécient beaucoup les visites de la sage-femme en suite de couches, sinon l'accouchement est vécu comme une rupture avec la sage-femme.

Seulement 12 femmes, ont souhaité un retour précoce à domicile, toutes à la suite d'un accouchement par voie basse et on compte une seule primipare. Le suivi est en moyenne plus long que s'il avait eu lieu uniquement à l'hôpital : 5,52 jours en comptant le temps d'hospitalisation et le suivi à domicile par la sage-femme, alors qu'il est en moyenne de 4 à 5 jours dans les maternités. Tous les couples ce sont sentit suffisamment accompagné et rassuré, « *s'il y avait eu un problème, je savais qu'elle était disponible* », « *c'était un suivi de qualité, elle restait le temps qu'il fallait, elle s'occupait aussi des aînés* ».

Concernant les pathologies en suite de couches, cela concerne 8,16% des mères et 12,24% des nouveaux nés. Alors qu'en 2003 selon AUDIPOG, le taux de pathologies

néonatales était de 20,9% et de pathologies maternelles de 13,6%. Cette différence, non significative statistiquement, tient à plusieurs facteurs, tout d'abord les grossesses suivies par les sages-femmes libérales sont à bas risque obstétrical, puis le taux de césarienne dans notre étude est bas, ce qui limite les complications maternelles en suite de couches.

Le taux d'allaitement maternel est très significativement supérieur au taux national : 97,96% dans notre étude et 66,3% en 2007, en France, d'après les certificats de santé de l'enfant au 8^{ème} jour de vie, remis aux centres de protection maternelle et infantile. L'allaitement maternel est en accord avec le projet de naissance de ces femmes : privilégier la physiologie et respecter l'enfant. Les allaitements sont prolongés, avec une moyenne de 8,33 mois, cela répond aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Tableau XVI : Comparaison des taux d'allaitement maternel

	Notre étude	Etude de K.Trojer sur l'AGN	Etude de l'ANSFL sur l'AGN	Enquête périnatale (2003)	Taux nationaux (2007)
Taux d'allaitement maternel	97,96%	>96%	72,5%	62,6%	66,3%

La rééducation périnéale est pratiquée par 93,88% des patientes. Ce taux de participation élevé s'explique par le fait que les femmes sont informées de l'intérêt de la rééducation périnéale par leur sage-femme, mais aussi parce que les séances sont des moments de retrouvailles et d'échanges. Dans notre enquête, 9 patientes ont préféré rencontrer une autre sage-femme plus proche de leur domicile pour des raisons de commodité.

4.7 Le ressenti global [27]

Au vu des témoignages, on peut dire que les couples sont satisfaits du suivi dont ils ont bénéficié. Seulement une patiente est peu satisfaite de son accouchement par césarienne. Et seulement 4 patientes se disent peu satisfaites des suites de couches : une suite à un transfert en soins intensifs, deux autres ont été déçu par la maternité, et une des femmes a ressenti un manque après l'accouchement et aurait souhaité que la sage-femme lui rende visite.

Dans l'étude de K. Troxer, 100% des couples referaient cette expérience car ils sont pleinement satisfaits, ils conseilleraient tous ce suivi à des proches et enfin ils conserveront tous un bon souvenir.

Les couples déclarent à 89,80%, choisir de nouveau un accompagnement global pour une éventuelle prochaine grossesse. Parmi eux, 5 couples souhaiteraient que l'accouchement ait lieu à domicile. Ce qui ressort dans les témoignages, c'est le lien de confiance qui s'est établi avec la sage-femme, l'intimité et la personnalisation du suivi. Quelques citations des femmes :

« Mes choix étaient respectés, le bébé est respecté. C'était un confort pour moi d'être libre de mes mouvements. »

« Je trouve que c'est nous qui prenons en main cet événement de la vie. On est dans un contexte favorable pour qu'on aille bien. Il y a une continuité entre la grossesse et l'accouchement. L'accouchement est précieux, on est dans un noyau intime, on se connaît. On se donne toutes les chances pour que ça se passe bien. »

« Je trouve que c'est un très bel accompagnement. Il va dans le sens du corps, de la vie, c'est serein, ça apaise. Et on ne peut mettre au monde un enfant que de façon apaisée car soit même on est bien. Ça va de soi, c'est cohérent avec ce que nous sommes, c'est l'idéal. »

« Il y a une qualité d'écoute. Du fait qu'il y ait qu'un seul intervenant, on a le temps de se connaître. »

« J'avais l'impression qu'elle n'avait que moi comme patiente. Elle m'a chouchouté. »

Les pères se sentent acteur, trouvent leur place pendant la grossesse et l'accouchement.

« Il a apprécié l'accouchement, de pouvoir être présent, de me soutenir et me soulager, être actif. »

« Il a beaucoup apprécié d'être présent pour l'accouchement, que ça se déroule de cette façon, avec cette sage-femme. Il s'est senti devenir père. Il a participé d'une certaine manière et la sage-femme l'a fait participer. On était 3 pour donner naissance. »

« La sage-femme s'occupait autant de lui que de moi. »

CONCLUSION

Au cours de cette étude, notre intention était d'évaluer la prise en charge globale dans le cadre d'un rattachement à un plateau technique. Bien que notre population fût faible, il s'est dégagé un sentiment, quasi unanime, de grande satisfaction de la part des couples concernant le suivi dont ils ont bénéficié. Le second aspect qui ressort de notre enquête est le bénéfice médical de l'accouchement démedicalisé, naturel dans un espace sécurisé pour la mère et son enfant.

D'après les résultats de notre enquête, la proportion de physiologie est supérieure, dans le cadre de l'AGN, par rapport à un suivi classique. De ce point de vue, ce suivi a un intérêt médical pour les femmes. En aucun cas, ce mode d'accompagnement cause un sur-risque de pathologies. Bien que les sages-femmes prennent en charge uniquement les grossesses à bas risque obstétrical, il persiste un risque éventuel, car on ne peut les définir comme tel seulement à fortiori. Comme on a pu le constater dans notre étude, le risque de césarienne ou d'hémorragie de la délivrance ne peut pas être nul. C'est pourquoi le rattachement à un plateau technique semble la solution la plus raisonnable. Et c'est justement en restreignant cette pratique et en ne proposant aucune alternative au suivi classique, que l'on incite les femmes enceintes à se tourner vers des pratiques plus risquées. Mais il est certain que l'AGN répond à une demande particulière de certains couples et qu'il ne peut pas se généraliser à la population des femmes à bas risque obstétrical.

Le bénéfice majeur de l'AGN concerne le vécu psychologique des couples. Les sages-femmes accompagnent les futurs parents durant cette période de fragilité. Or un vécu positif de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche semble avoir une incidence sur les liens précoces d'attachement entre l'enfant et ses parents.

Avec l'élargissement des compétences des sages-femmes, concernant le suivi gynécologique, on peut imaginer une continuité dans la prise en charge gynéco-obstétricale des femmes.

Malgré l'intérêt certain de cet accompagnement par les couples, l'AGN reste une pratique peu répandue. Il faut espérer que le combat des sages-femmes et des couples permette l'ouverture d'un plus grand nombre de plateaux techniques et une plus grande acceptation de cette pratique par les professionnels de la périnatalité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Université de Rennes1. Service international scientifique de réadaptation sur l'autoroute de l'information. [Consulté le 10/10/2010]. Disponible à partir de : URL : www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/1034.html
- [2] Association nationale des sages-femmes libérales. [Consulté le 01/08/2010]. Disponible à partir de : URL : www.ansfl.org/
- [3] Groupe naissances. La philosophie du Groupe Naissances. [Consulté le 20/09/2010]. Disponible à partir de : URL : www.groupenaissances.org/notrephilosophie.html
- [4] Centre Associatif Lorrain pour l'Innovation autour de la Naissance. L'accompagnement global à la naissance. [Consulté le 20/09/2010]. Disponible à partir de : URL : www.calinaissance.fr/
- [5] PLATEL L. L'association des sages-femmes libérales. Vocation Sage-femme. Vol 7, N° 64 - août 2008 pp. 4-5.
- [6] MOYROUD M. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. Premier colloque du Collectif des Associations et Syndicats des Sages-Femmes. Paris, le 5 mai 2010.
- [7] République française. Code de la santé publique. Sixième partie, livre 1^{er}, titre I, chapitre II : Missions de service public des établissements de santé, article L.6112-4. Le 23 février 2010.
- [8] République française. Code de la santé publique. Sixième partie, livre 1^{er}, titre IV, chapitre VI : Organisation interne, article L.6146-2. Le 21 juillet 2009.
- [9] République française. Code de la santé publique. Quatrième partie, livre 1^{er}, titre V, chapitre I : Conditions d'exercice, article L4151-1. Le 21 juillet 2009.
- [10] République française. Code de la santé publique. Quatrième partie, livre 1^{er}, titre V, chapitre I : Conditions d'exercice, article L4151-3. Le 9 août 2004.

- [11] Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [Consulté le 20/11/2010]. Disponible à partir de : URL : www.has-sante.fr
- [12] LANGER B, GAUDINEAU A, WEINGERTNER S, DAVID E. Contre la notion de grossesse et d'accouchement à bas risque ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Vol 37, Issue 2 - Février 2009 pp. 195-99
- [13] République française. Code de la santé publique. Quatrième partie, livre 1^{er}, titre II, chapitre VII, section 3, sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes, article R4127-306. Le 8 août 2004.
- [14] BABIN M. L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes qui le pratiquent. Mémoire : Maïeutique : Université de Caen. 2005
- [15] GAMELIN-LAVOIS S. Qu'est qu'un plateau technique ? [Consulté le 23/09/2010]. Disponible à partir de : URL : www.projetdenaissance.com
- [16] LAFONT B. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. Mémoire : Maïeutique : Université Lyon 1. 2010
- [17] Collège national des gynécologues et obstétriciens de France. Expérimentation de maisons de naissance, mise en garde du CNGOF. [Consulté le 30/10/2010]. Disponible à partir de : URL : www.cngof.org.
- [18] Collège national des gynécologues et obstétriciens de France. Libres opinions, manifeste des sages-femmes. Mars 2003. [Consulté le 30/10/2010]. Disponible à partir de : URL : www.cngof.org.
- [19] BATTUT A. Les sorties précoces postnatales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral. Mémoire : Maïeutique : Ecole de cadre sage-femme de Dijon. 2007
- [20] Haute Autorité de Santé. Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Mai 2004. [Consulté le 20/11/2010]. Disponible à partir de : URL : www.has-sante.fr
- [21] Société d'histoire de la naissance. Histoire de la naissance. [Consulté le 10/12/2010]. Disponible à partir de : URL : <http://histoire.naissance.free.fr/index.htm>

- [22] JACQUES B. De la matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? La santé de l'homme. N° 391- septembre-octobre 2007 pp. 20-22.
- [23] DUTRIAUX N, CHEVALIER I, MURAY JM, DRAN C. Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne. La revue Sage-femme. Vol 7, numéro 4- Septembre 2008 pp. 177-186
- [24] Institut national de la statistique et des études économiques. Nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles des emplois salariés d'entreprise 2003. [Consulté le 10/09/2010]. Disponible à partir de : URL : www.insee.fr
- [25] Institut national de la statistique et des études économiques. Population-Taux de fécondité [Consulté le 04/01/2011]. Disponible à partir de : URL : www.insee.fr
- [26] BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G. Enquête nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998, INSERM-U.149. Février 2005.
- [27] TROXLER K. « Science sans conscience n'est que ruine de l'âme »...et du portemonnaie...ou de l'intérêt de l'accompagnement global de la maternité en France. Mémoire : Maïeutique : Université de Nancy. 2003
- [28] Institut national de la statistique et des études économiques. Conditions de vie- Société- L'obésité en France : les écarts entre catégories sociales s'accroissent, 2003. [Consulté le 10/01/2011]. Disponible à partir de : URL : www.insee.fr
- [29] INSERM, TNS HEALTHCARE (KANTARHEALTH), ROCHE. Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité, ObEpi-Roche. 2009.
- [30] Direction de la Recherche des Etudes de l'Évaluation et des Statistiques. Statistique annuelle des établissements de santé – diffusion 2009. [Consulté le 25/01/11]. Disponible à partir de : URL : www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2009/
- [31] Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. La Santé Périnatale en 2002-2003, évaluation des pratiques médicales, INSERM U369. Avril 2004.
- [32] BIZIEAU S. Accoucher autrement à Villeneuve-la-Garenne. Les dossiers de l'obstétrique. N° 239-Mai 1996 pp2-17.

[33] MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2007. Issue 3, article n° CD003519. 18 juillet 2007

[34] COLLET M, VILAIN A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les certificats de santé de l'enfant au 8ème jour validités 2006 et 2007. N° 12 – juin 2010.

[35] Organisation Mondiale de la Santé. Allaitement. [Consulté le 30/01/11]. Disponible à partir de : URL : www.who.int/fr/

Annexe 1

Groupes de patientes « à bas risque »

Définition :

- **à bas risque initial**
 - = âge \geq 18 ans et $<$ 35 ans
 - sans antécédent médical
 - sans antécédent gynécologique
 - sans antécédent prématurité, mort-né, mort néonatale

- **à bas risque gravidique**
 - = à bas risque initial
 - et sans pathologie de la grossesse
 - ni grossesse multiple
 - ni MAP
 - ni HTA
 - ni diabète
 - ni anomalie du liquide amniotique
 - ni anomalie de croissance utérine

- **à bas risque en fin de grossesse**
 - = à bas risque initial
 - à bas risque gravidique
 - sans utérus cicatriciel
 - et fœtus en présentation céphalique

N.B. l'âge gestationnel n'est pas pris en compte dans cette définition (afin de pouvoir estimer un "taux plancher" de prématurité chez les femmes à bas risque)

Annexe 2

Plateau technique : *exemple de convention*

(Modèle établie par une des adhérentes de l'ANSFL)

Convention entre Etablissement.....
et Madame..... sage-femme libérale

- Vu la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et notamment l'article L.711-5 du code de la Santé Publique permettant d'associer des professionnels de santé non hospitaliers au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé.

- vu l'avis favorable de la Commission Médicale d'Etablissement
- vu l'avis favorable du Conseil d'Administration de l'Etablissement

Il est convenu et arrêté ce qui suit:

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1er :

- Dans le cadre d'une réponse à une démarche éthique de la profession de sage-femme et dans le respect de leur compétence médicale et obstétricale définie par l'article L.374 du code de la Santé Publique d'une part

- dans le cadre de la volonté de (établissement) d'ouvrir ses pratiques à des partenaires extérieurs d'autre part

Le Directeur de (établissement) autorise à Mme sage-femme libérale, l'accès du plateau technique et de ses structures pour l'exercice de son activité.

DE L'ACCES AU PLATEAU TECHNIQUE

Article 2

L'accès au plateau technique obstétrical garanti par la présente convention comprend la mise à disposition des locaux, du matériel et du personnel paramédical et administratif, nécessaire à Mme pour sa pratique professionnelle au profit de ses patientes.

Article 3

Madame pratique l'accompagnement global de la naissance, dans le respect de la physiologie, avec comme objectif l'intégralité de la mère et de l'enfant en utilisant les connaissances de la médecine obstétrique (scientifique et sociale)

Notamment :

- elle accouche les patientes qu'elle a suivies dans l'exercice de son activité libérale en cabinet

- elle assure la sécurité de la mère et nouveau-né pendant un délai minimum de deux heures après la naissance

- elle participe à toutes les autres actions conformes au décret n°91-779 du 8 août 1991 relatif à l'exercice du métier de sage-femme.

Si la parturiente se présente à l'hôpital sans la sage-femme, elle est accueillie par la sage-femme de garde jusqu'à l'arrivée de la sage-femme libérale qui prend la responsabilité de la patiente.

Article 4

Madame appellera le(s) médecin(s) spécialiste(s) de garde (d'astreinte) pour tous conseils ou problèmes professionnels ne relevant plus de sa compétence. Elle collaborera alors avec le(s) médecin(s) appelé(s) dans la surveillance et le traitement de la pathologie, sous la responsabilité du médecin prescripteur.

DES CONSULTATIONS PRENATALES

Article 5

Avant tout accouchement, la sage-femme libérale doit organiser une consultation prénatale auprès d'un des médecins obstétriciens ou sage-femme de (établissement). Cette consultation donne lieu à l'ouverture du dossier médicale et administratif.

Article 6

Au cours de la 37^e semaine d'aménorrhée, les patientes de la sage-femme seront vues à la même consultation de sécurité anesthésie que les parturientes suivies dans l'établissement.

Cette consultation donne lieu à la constitution d'un dossier sécurité anesthésie.

Article 7

Au cours de la grossesse, la sage-femme libérale informe la patiente de l'accès possible à l'information sur l'analgésie péridurale et les réunions publiques organisées dans ce sens par l'hôpital.

DU SEJOUR EN SUITES DE COUCHE

Article 8

A l'issue du délai de deux heures mentionné à l'article 3, les équipes médicales et paramédicales deviennent responsables des soins en post-partum, des soins au nouveau-né et du séjour de la mère et de l'enfant.

La sage-femme libérale s'engage à fournir toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la mère et de l'enfant durant leur séjour

La sage-femme libérale assure un suivi de sa patiente et du nouveau-né chaque fois qu'elle l'estime nécessaire pendant le séjour, en concertation avec la sage-femme chef d'unité et/ou la sage-femme de garde.

Article 9

La sage-femme libérale participera à la mise en place du réseau de qualité de soins en périnatalité du secteur sanitaire et acceptera les termes de fonctionnement et les modalités induites pour la prise en charge de sa patiente.

DE LA RESPONSABILITE

Article 10

La responsabilité juridique (civile et pénale) de Mme _____ est engagée pour les actes qu'elle effectue dans le cadre de la présente convention et dans la limite du respect de ses compétences professionnelles. A cet effet, elle est couverte par une assurance personnelle.

Les médecins appelés par Mme _____ voient leur responsabilité juridique engagée pour leurs actes professionnels au même titre que pour tout autre patient de l'établissement.

L'hôpital voit sa responsabilité engagée dans le cadre d'un mauvais fonctionnement du service au niveau des locaux, du matériel et du personnel médical, paramédical et administratif.

DE LA REMUNERATION DE LA SAGE FEMME LIBERALE

Article 11

Les honoraires de Mme _____ sont conformes au tarif conventionnel de la sécurité sociale et à la nomenclature générale des actes professionnels.

Mme _____ reverse une redevance de 20% à l'hôpital selon la réglementation en vigueur.

Article 12

La présente convention est établie pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être résiliée avant ce terme par chacune des deux parties sur préavis de trois mois.

La présente convention prend effet à partir du _____ . Elle fera l'objet d'une évaluation contradictoire après un an de fonctionnement.

Signature des deux parties



Annexe 3

ÉLÉMENTS POUR DÉCIDER UNE SORTIE PRÉCOCE DE LA MATERNITÉ

(RECOMMANDATIONS ISSUES DE L'HAS)

Absence de signes d'infection pour la mère

- Contrôle du risque hémorragique (Anémie du post-partum, Hémorragie des suites de couches)
- Contrôle de la douleur
- Instauration du lien mère-enfant
- Prise en compte de l'état psychique
- Risque d'échec de l'allaitement maternel
- Prise en compte de l'ictère et du risque lié à l'hyperbilirubinémie
- Prise en compte du risque infectieux néonatal
- Dépistage des cardiopathies
- Prise en compte du risque de déshydratation
- Réalisation des tests de dépistage

Annexe 4

Le questionnaire destiné aux couples

Cochez la ou les réponses (n'hésitez pas à préciser votre réponse par des commentaires).

QUELQUES PRÉCISIONS SUR VOTRE SITUATION :

Combien d'enfants avez-vous ? (y compris interruption médicale de grossesse et mort fœtale in utéro).....

Pour chaque grossesse :

	1 ^{ère} grossesse	2 ^{ème}	3 ^{ème}	4 ^{ème}
quel âge aviez-vous ?
vivez-vous en couple	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vous avez choisi l'accompagnement global	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

De quelle origine géographique êtes-vous ?.....

Et votre conjoint, quelle est son origine ?.....

Votre niveau d'étude et celui de votre conjoint :

	Vous	Votre conjoint
formation > maîtrise (BAC+5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
formation niveau licence ou maîtrise/master 1 (BAC+3 ou 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niveau du BTS, DUT, DEUG (BAC+2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niveau du BAC technique ou du Brevet de Technicien (BAC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niveau du BEP et du CAP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niveau du diplôme national du brevet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exerciez-vous une profession au moment de votre choix de l'accompagnement global ?

Oui Non

Si oui, dans quel domaine :

	Vous	Votre conjoint
Agriculteur exploitant : secteur primaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artisan, commerçant ou chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre, profession intellectuelle supérieure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profession intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etudiant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Concernant vos habitudes de vie au cours de votre grossesse :

- Est ce que vous fumiez ? Oui Non
Avez-vous consommé de l'alcool ? Oui Non
Avez-vous consommé des produits stupéfiants ? Oui Non

Quel est votre taille ? Et quel était votre poids avant la grossesse ?

LE CHOIX :

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

- médias (internet, magazines, livre...)
 votre entourage
 par quelqu'un du milieu médical (sage-femme, médecin...)
 autre, merci de préciser :

Quelles sont les raisons de ce choix (plusieurs réponses possibles) :

- La sécurité
 Le confort
 Etre libre de ses choix
 Etre suivi par une seule personne
 Démédicaliser l'accouchement
 Avoir une relation de confiance avec la personne qui vous accouche
 Suite à une mauvaise expérience
 Autre :

Auriez-vous voulu accoucher : à domicile ou en maison de naissance

Si oui pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?

Aviez-vous établi un projet de naissance ? Oui Non

LA GROSSESSE :

Etait-ce une grossesse : spontanée ou induite

Etait-ce une grossesse : gémellaire ou unique

A quel moment de votre grossesse avez-vous rencontré votre sage femme ?

Quel type de préparation à l'accouchement avez-vous fait ?

Etes-vous satisfaite par la qualité du suivi médical : Oui Non

Par la préparation à l'accouchement : Oui Non

Par la disponibilité de la sage femme : Oui Non

Avez-vous réussi à établir une relation de confiance avec la sage femme ?

Oui Non

Si non pourquoi ?
.....
.....

Avez-vous contacté la sage femme en dehors des consultations prévues ?

Oui Non

Avez-vous consulté aux urgences de l'hôpital durant la grossesse ?

Oui Non

Si oui pour quelles raisons ?

Avez-vous demandé l'avis de votre sage femme avant ?

Avez-vous été hospitalisé au cours de votre grossesse ?

Oui Non

Si oui pour quel motif ?

Combien d'échographies anténatales avez-vous passé ?

Avez-vous poursuivi l'accompagnement global ? Oui Non

Si non pour quelles raisons ?

.....

Ya t'il eu des contre indications médicales à sa poursuite ?

.....

L'ACCOUCHEMENT :

Où avez-vous accouché ?

à domicile, au cabinet de votre sage femme, à l'hôpital (précisez)

A quel terme avez-vous accouché ?

Avez-vous accouché : par les voies naturelles ou par
césarienne ?

Avez-vous eu une césarienne précédemment ? Oui Non

Pour cette grossesse, en cas de césarienne : Etait elle programmée ou en
urgence ?

Pour quelle raison avez-vous eu une césarienne ?

.....

En cas de voie basse : Qui vous a accouché ?

la sage femme qui vous a suivi, une autre sage-femme un obstétricien,
seule

Comment se présentait votre enfant : Présentation céphalique ou siège

L'entrée en travail s'est faite spontanément ou par un
déclenchement

Le travail a-t-il été dirigé (emploi d'ocytociques ou rupture artificielle de la poche des eaux) ?

..... Oui Non

Y a-t-il eu besoin de forceps ou ventouse ? Oui Non

Avez-vous eu : une péridurale une rachianesthésie une anesthésie générale

Y a-t-il eu une prise en charge particulière de la douleur (hypnose, acupuncture...)?

Oui Non

Si oui, laquelle

Y a-t-il eu une hémorragie du post-partum ? Oui Non

Y a-t-il eu besoin d'une délivrance artificielle et /ou d'une révision utérine ? Oui Non

La sage femme a-t-elle respecté votre projet de naissance ?

Oui Non

Si non pourquoi :

.....
.....

et avez-vous été déçu ? Oui

..... Non

La physiologie a-t-elle été respectée selon vous ?

Oui Non

La sage femme était elle toujours présente à vos côtés?

Oui Non

Cette présence vous a paru (plusieurs réponses possibles) :

Indispensable

Rassurante

Gênante

Un peu trop envahissante

Autre, précisez

.....
.....

Concernant votre enfant :

Quel était son poids de naissance ?

Est-il resté en peau à peau contre vous à la naissance,

Oui Non

Si oui, pendant combien de temps ?

LES SUITES DE COUCHES :

Après combien d'heures ou de jours êtes vous rentré chez vous ?

En cas de sortie précoce (moins de 2 jours après l'accouchement) :

La sage femme est elle venu faire votre suivi à domicile ?

Oui Non

Si c'est le cas : pendant combien de temps ?

et à quelle fréquence (par jour) ?

Vous êtes vous senti suffisamment accompagnée ?

Oui Non

Rassurée ?

Oui Non

Y a t'il eu des problèmes particuliers dans les suites de couches que ce soit pour vous ou votre enfant ?

Oui Non

Si oui, lesquels ?

.....

.....

Est ce que la sage femme a pu y remédier ?

Oui Non

Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire ?

Oui Non

Quel mode d'alimentation aviez vous choisi pour votre enfant ? Allaitement maternel artificiel

En cas d'allaitement maternel : pendant combien de temps avez-vous allaité votre enfant?

La sage femme a-t-elle joué un rôle dans cet allaitement ? Oui Non

Avez-vous pratiqué une rééducation périnéale avec la sage femme ? Oui Non

EN CONCLUSION :

Quel est votre ressenti ?

	Pas satisfaite	Peu satisfaite	Assez satisfaite	Très satisfaite
De la grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De l'accouchement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des suites de couches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour une éventuelle nouvelle grossesse referiez-vous ce choix ?

Oui Non

Pour quelles raisons ?

.....

.....

.....

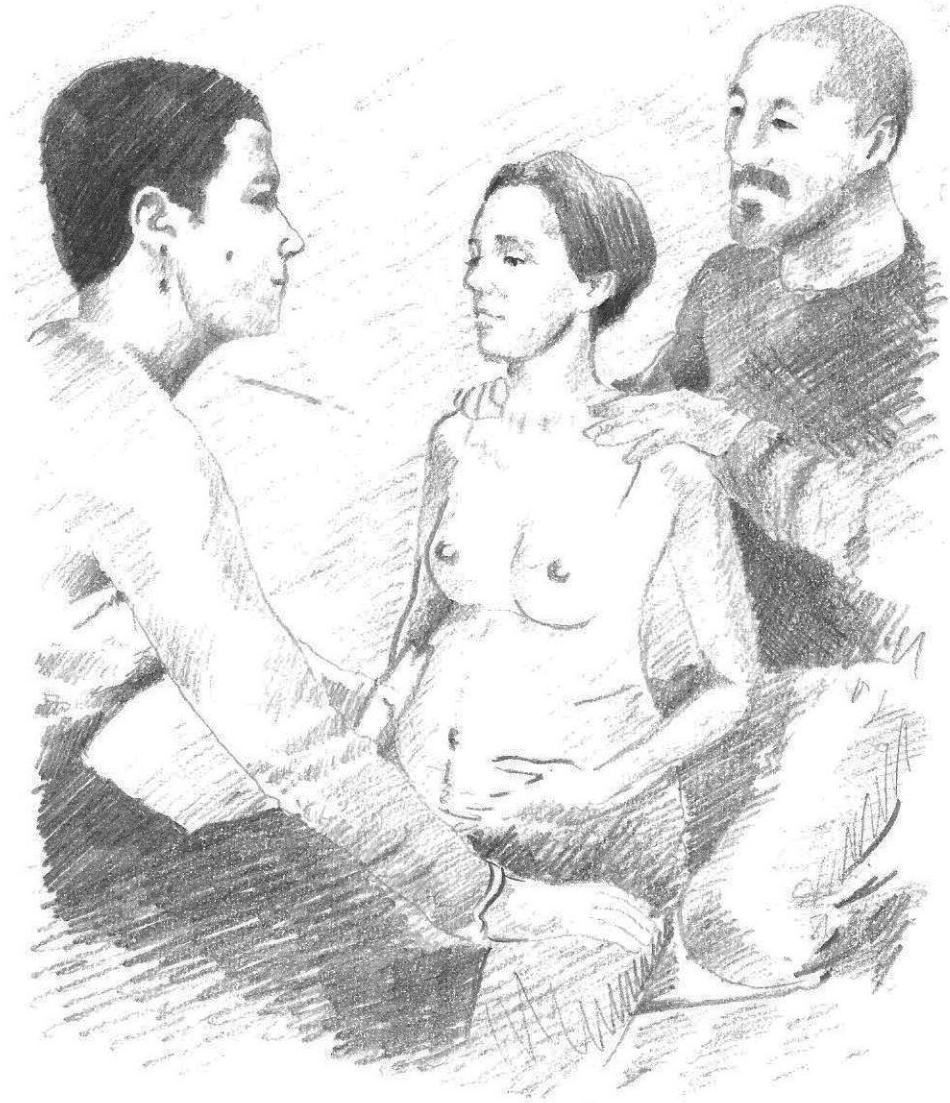
Quel a été le vécu du papa dans cette expérience ?

.....

.....

.....

Annexe 5
Page de garde



Dessin de Nicolas VIDIE

RESUME

Objectif : Evaluer l'accompagnement global à la naissance avec l'accès à un plateau technique par les sages-femmes libérales. En cherchant à connaître le ressenti des couples et en évaluant l'intérêt médical.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête téléphonique auprès de 49 couples ayant bénéficié de l'accompagnement global à la naissance en France sur une période de 11 ans.

Résultats : Un niveau social et économique supérieur à la population française est retrouvé dans notre population. On constate que le taux d'hospitalisation est significativement inférieur (6,12%) à celui retrouvé pour les grossesses à bas risque obstétrical ayant un suivi classique. Le pourcentage de césarienne est 3 fois moindre dans l'accompagnement global que pour les grossesses à bas risque en France. Le taux d'extraction instrumental est nul. Le déclenchement du travail est plus rarement nécessaire et les femmes accouchent majoritairement sans analgésie (85,71%). L'inconvénient est que le recours à une anesthésie général est plus fréquent. Les suites de couche sont majoritairement physiologiques. Concernant le ressenti de leur suivi les patientes sont très satisfaites de la grossesse (95,92%), de l'accouchement (89,80%) et des suites de couches (77,55%). Elles sont prêtes à renouveler l'expérience (79,59%).

Conclusion : Cette étude a mis en évidence les bénéfices de l'accompagnement global dans le cadre d'un rattachement à un plateau technique. Il y a tout d'abord un avantage médical à cette pratique mais aussi un impact positif sur le vécu de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches par les patientes.

Mots clés : Accompagnement global à la naissance, plateau technique, sage-femme, démedicalisation.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the global accompaniment at the birth with access to a technical platform by the liberals midwives. By trying to know the felt of the couples and by evaluating the medical interest.

Method: We realized a phone survey including 49 couples which benefited from the global accompaniment in the birth in France over a period of 11 years.

Result: The social and economic standing is higher than French population. The rate of hospitalization is significantly lower (6,12%) than that found the pregnancies at low-risk obstetrical having a classic health care. The percentage of caesarian is 3times lesser in the global accompaniment than for the pregnancies at low-risk in France. The instrumental extraction rate is no. The induction of delivery is more rarely necessary and the women give birth mainly without analgesia (85,71%). The inconvenience is than the appeal to a general anesthesia is more frequent. The post partum period is mainly physiological. Concerning the felt of their follow-up, the patients are very satisfied with the pregnancy (95,92%), the delivery (89,80%) and post partum period (77,55%). They are ready of renewing this experience (79,59%).

Conclusion: This study brought to light the profits of the global accompaniment within a fastening with a technical program. There is first of all a medical advantage in this practice but also a positive impact on the personal experience of the pregnancy, the delivery and post partum period by the patients.

Key words: global accompaniment at the birth, technical platform, midwife, demedicalisation