

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2012

MÉMOIRE N°

CONNAISSANCES ET POINTS DE VUE DES GYNECOLOGUES
OBSTETRICIENS ET DES SAGES-FEMMES DANS LA REGION LIMOUSINE
SUR LES MAISONS DE NAISSANCE

MÉMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

le 24 mai 2012

par

Marine BRAUGE

née le 28 Août 1987, à Tulle

M. Pierre-Alexandre LAJOUX.....Directeur du mémoire
M. Vincent FOURGEAUD.....Guidant du mémoire

REMERCIEMENTS

Je remercie Monsieur le professeur AUBARD, chef de service de Gynécologie-Obstétrique du CHU de Limoges pour avoir accepté et permis la mise en place de notre étude.

Je remercie Monsieur Pierre-Alexandre LAJOUX, mon directeur de mémoire, pour son aide, sa disponibilité et sa participation active à l'élaboration de ce mémoire.

Je remercie Monsieur Vincent FOURGEAUD, mon guidant de mémoire, pour son aide, sa patience et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Je remercie les enseignants de l'École de Sages-femmes pour leur encadrement et leur enseignement.

Je remercie Madame CHEVALIER, Madame EBADI et Madame BEN BRAHIM de s'être confiées à nous sur le fonctionnement de leurs maisons de naissance.

Je remercie la maternité de Saint Nazaire pour avoir accepté de participer au test de notre questionnaire.

Je remercie tous les étudiants sages-femmes qui m'ont aidé dans la distribution des questionnaires.

Je remercie ma famille, Johan, Samuel, Marion et tous ceux qui m'ont permis de réaliser ce mémoire.

Je remercie Camille, Laure et Stéphanie, pour ces quatre ans passés ensemble.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. L'ALTERNATIVE A L'ACCOUCHEMENT HOSPITALIER
 - 1.1 Les raisons de ce choix
 - 1.2 L'accouchement à domicile : une solution qui a ses dérivés
 - 1.3 Une solution médiane : la maison de naissance
2. HISTORIQUE DES MAISONS DE NAISSANCE : DE 1940 A AUJOURD'HUI
 - 2.1 A l'étranger
 - 2.2 La France
3. LA SITUATION ACTUELLE : LES EXPERIENCES FRANÇAISES
 - 3.1 Remiremont : la maison de naissance hospitalière
 - 3.2 Les autres projets

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. CONSTAT
2. OBJECTIFS
3. HYPOTHESES
4. INTERET DU MEMOIRE
5. METHODOLOGIE
 - 5.1 Type d'étude
 - 5.2 La population étudiée
 - 5.3 Modalités de recueil
6. L'ANALYSE DES DONNEES
7. LISTE DES DONNEES COLLECTEES
 - 7.1 Les variables étudiées
8. LES RESULTATS
 - 8.1 Méthodes statistiques
 - 8.2 Présentation de la population étudiée

8.3 Les caractéristiques de la population étudiées

8.4 Les connaissances des professionnels de santé sur les maisons de naissance

8.5 Etat des lieux des points de vue

8.6 Les maisons de naissance en Limousin

9. REPONSES AUX HYPOTHESES

9.1 Hypothèse principale

9.2 Etudes des variables liées à l'hypothèse principale

9.3 Hypothèse secondaire : les connaissances sur les maisons de naissance

ANALYSE ET DISCUSSION

1. ANALYSE

1.1 Le point fort : la population

1.2 Les limites

1.3 Les connaissances et les moyens d'information

1.4 L'utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytociques

1.5 Une maison de naissance en Limousin : une réponse aux attentes de certaines patientes ?

2. DISCUSSION

2.1 Critères essentiels pour une telle structure

2.2 Présentation à Perinat'Lim

2.3 Au-delà de la politique, qui serait intéressé pour s'unir ?

CONCLUSION

ANNEXES

1. ANNEXE I : LES DIFFERENTES STRUCTURES VUES PAR LE CIANE

2. ANNEXE II : REVUE DE LA LITTERATURE DE P.VIOSSAT : LES RESULTATS

3. ANNEXE III : LES PROPOSITIONS DU RAPPORT MATTEI

4. ANNEXE IV : LE QUESTIONNAIRE

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Force est de constater que depuis les années 70, il existe une médicalisation croissante autour du suivi de la femme enceinte et de son accouchement dans nos maternités françaises. Ceci nous mène, associé aux regroupements des maternités en structure de plus en plus grandes à mettre parfois entre parenthèse une des compétences des sages-femmes : l'accompagnement.

Aussi, certaines patientes considèrent leur prise en charge comme une surmédicalisation, entraînant parfois des comportements allant de l'anxiété de la blouse blanche jusqu'au refus de soins conventionnels...

Dès lors, nous étudierons dans une première partie les choix alternatifs à l'accouchement hospitalier offerts actuellement aux femmes, ce qui nous amènera à retracer l'historique des maisons de naissance de 1940 à aujourd'hui, qui demeure le sujet principal de notre mémoire.

Nous conclurons cette première partie par un bilan de la situation française actuelle concernant ces structures.

La seconde partie présentera la méthodologie de mon étude et l'analyse des résultats d'un questionnaire diffusé auprès des praticiens en gynécologie-obstétrique de la région Limousine. L'objectif de ce travail est donc d'évaluer les connaissances des professionnels de santé sur le fonctionnement des maisons de naissance.

Enfin notre analyse se conclura par une troisième partie discursive, incluant, une réflexion autour des modalités et possibilités d'ouverture de maisons de naissance en incluant les résultats retenus.

PREMIERE PARTIE

1. L'ALTERNATIVE A L'ACCOUCHEMENT HOSPITALIER

1.1 Les raisons de ce choix

1.1.1 L'hypermédicalisation

L'arrivée de nouvelles techniques, comme le monitoring fœtal, l'échographie, l'analgésie péridurale et autres, a amélioré et modifié profondément la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, diminuant ainsi la morbidité et la mortalité périnatale. Mais cette technologie peut être mal perçue par des futures mères, qui se sentent exclues des soins et victimes « d'une maladie » d'un nouveau genre.

Cette maladie serait en rapport avec une vision maximaliste du risque (toute grossesse serait à haut risque), ce qui a entraîné une surmédicalisation des grossesses normales alors que 80% d'entre elles se déroulent normalement.

Face à ce constat, un grand nombre de femmes refuse cette prise en charge, argumentant autour du caractère naturel et physiologique de la grossesse et replace l'accouchement comme un phénomène normal. Elles déplorent l'hypermédicalisation autour de cet événement qu'elles considèrent comme naturel et familial : la surveillance médicale a pris le pas, pour elles, sur l'accompagnement humain.

Depuis quelques années, à la suite de ce phénomène d'hypermédicalisation, plusieurs associations de parents ont vu le jour soutenant des projets de solutions alternatives qui permettraient de répondre à cette demande.

1.1.2 Les associations de Parents : autour du CIANE

Le CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la Naissance) est né lors des Etats Généraux de la naissance en juin 2003. Ce collectif est constitué de 34 associations françaises qui sont toutes impliquées dans les perspectives d'évolution de la prise en charge liées à la grossesse, la naissance et les premiers jours de vie tout en promouvant les responsabilités et les droits des usagers du système périnatal [1].

Le CIANE prône la simplicité de l'accouchement qui est, selon lui, un processus normal et avant tout, un acte privé intime qui se doit d'être respecté et qui mérite donc d'y apporter la plus grande attention. C'est un moment important et intense dans la vie d'un couple. Les valeurs défendues se concentrent sur la mère, le bébé et la famille tout en se préoccupant de leur bien-être et de la qualité de leurs soins. Elle se base sur des données factuelles et probantes.

Le CIANE considère comme un facteur primordial *le suivi personnalisé* qui permet l'établissement d'une relation de confiance mutuelle avec le professionnel de santé. Cette relation permettra au couple la rédaction d'un projet de naissance en collaboration avec un professionnel pour que le projet soit personnalisé, réaliste et adapté à la situation médicale. Les autres demandes sont *la prévention* et *la responsabilisation* de chacun des professionnels qui sont engagés et qui améliorent la qualité des soins. Cette responsabilisation concerne aussi le couple qui doit se projeter dans le rôle de futurs parents, afin de les sensibiliser à leurs devoirs.

Les objectifs du CIANE sont construits par un dialogue avec le corps médical. C'est ainsi que depuis sa création, il soutient auprès des pouvoirs publics une régulation des accouchements entre les acteurs hospitaliers de la physiologie et ceux de la pathologie. Selon eux, cela permettrait une prise en charge plus optimale en renforçant l'aspect sécuritaire des naissances, plus particulièrement la sécurité technique, médicale et psycho affective.

Un modèle, qui pour le collectif, semble être assuré par les maisons de naissance intégrées dans le réseau de périnatalité.

Cette année, le CIANE se positionne à plusieurs reprises en faveur de l'expérimentation des maisons de naissance et insiste sur l'intérêt de créer ce type de structure. Il se bat pour faire entendre la voix de ses usagers [2].

1.2 L'accouchement à domicile : une solution qui a ses dérives

1.2.1 L'accouchement programmé à domicile (AAD) par une sage femme

Il est marginal aujourd'hui (56/an en France) [3]. Il se démarque des accouchements en maison de naissance et en plateau technique (maternité) par le fait que la mère accouche dans un environnement familial qui joue, pour elle, le rôle rassurant que la médicalisation peut jouer pour d'autres.

Il est essentiellement pratiqué par une sage-femme, parfois un médecin, entraînés et compétents.

Les compétences de la sage-femme sont énoncées dans **le code de la santé publique**. Il n'existe pas d'énoncé spécifique dans ce code quant à la pratique de l'accouchement à domicile mais les compétences ne vont pas à l'encontre de cette pratique.

Ainsi, l'article L.4151-1 affirme que « 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 [...] suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession [...]. L'examen post-natal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique [...]. » [4].

Cette dernière doit être aussi consciente de ses limites. L'article L4151-3, modifié par l'article 104 de la loi n°2004-806 du 9 Août 2004 assure que « 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. [...] » [5].

L'autonomie de la profession est affirmée par l'article R4127-307 : « La sage-femme ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».

De plus, l'article R4127-306 énonce : « 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 [...]. [4]

L'accouchement à domicile concerne 90% des accouchements dans le monde. Dans les pays développés, le taux d'AAD a reculé depuis le XXème siècle, car l'accouchement à l'hôpital s'est généralisé sous l'influence des progrès techniques et des transformations sociales.

Cependant, de nos jours, s'il y a une recrudescence des demandes d'AAD auprès des sages-femmes libérales, peu prennent le risque de les effectuer. En effet, peu d'assurances acceptent de les prendre en charge ou sinon à des tarifs si onéreux qu'ils deviennent supérieurs au salaire annuel des sages-femmes. Même si la loi impose donc aux sages-femmes libérales pratiquant l'accouchement à domicile de souscrire à une assurance, peu en bénéficient.

Dès la prise de contact avec le couple, la sage-femme se doit donc de les informer de l'absence d'assurance. Le risque est connu et partagé par la sage-femme et le couple et ils sont seuls à décider de prendre ce risque ensemble.

Au total en France, nous ne sommes pas encore prêts à voir naître nos enfants ailleurs que dans des structures différentes de nos établissements de santé (maternités, cliniques ou hôpitaux). La majorité des médecins et de la population considèrent l'AAD comme dépassé ou trop dangereux. Il est synonyme d'archaïsme et peu envisagent ce type de prise en charge souvent par manque d'informations. C'est une pratique qui reste non reconnue et non acceptée par le corps médical français. En comparaison, 1/3 des femmes accouchent chez elles aux Pays-Bas, et la sécurité sociale encourage les futures mères à accoucher en maison de naissance en Belgique.

Cette difficulté d'accès à l'accouchement à domicile malgré sa possibilité peut entraîner des dérives ayant parfois de lourdes conséquences.

1.2.2 Les dérives : les doulas

Ainsi, en l'absence d'accompagnement par une sage-femme, des patientes prennent le risque d'accoucher toutes seules ou accompagnées d'une doula. En 2006, 138 naissances sur 800 000 ont été accompagnées par une doula.

Ces femmes qui ont eu généralement plusieurs enfants apportent leurs expériences, répondent aux questions des parturientes et peuvent parfois les aider dans leurs tâches quotidiennes. Leurs tarifs non remboursés par la sécurité sociale est de l'ordre de 500 euros. Elles se rendent au domicile 4 à 5 fois pendant la grossesse et 4 à 5 fois après la naissance. Elles agissent comme les sages-femmes et deviennent joignables en permanence pour répondre aux attentes des femmes [6].

Cette tendance est la conséquence d'une surcharge de travail pour les sages-femmes. En effet, de nouvelles tâches leurs sont de plus en plus imposées au détriment du temps accordé aux patientes.

La principale association est «doulas de France», association de loi 1901 qui propose aux parents de favoriser l'humanisation dans les domaines de la naissance et de la petite enfance [7]. Elle propose seulement des formations théoriques (144 h pour devenir doula contre 5 ans pour une sage-femme), et milite pour l'obtention d'un statut légal. Mais tandis que certaines bénéficient de cette formation, d'autres s'improvisent doulas après quelques stages ou simplement après qu'elles aient eu un ou plusieurs enfants.

Le danger subsiste dans l'absence de reconnaissance officielle et légale de la formation reçue.

Elles n'ont pas de compétences médicales reconnues. Il est donc difficile de séparer les conseils médicaux que sont autorisés à délivrer les sages-femmes de ceux non médicaux délivrés par les doulas. Ainsi, lorsque ces dernières veulent prendre la place de la sage-femme, des accidents dramatiques peuvent arriver. Cela fut le cas en septembre 2008, dans le département de l'Ariège. Un accouchement suivi à domicile par une doula s'est terminé par le décès du nouveau-né. La doula a été jugée pour «exercice illégal de la profession de sage-femme» et «usurpation de titre» pour avoir réalisé une dizaine d'accouchements dans l'illégalité.

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes conclue sur l'importance d'une sensibilisation de la population, portant sur les dangers que peuvent représenter le suivi des grossesses et la réalisation d'accouchements mal encadrés par des personnes dont la compétence se résume à leur seule expérience personnelle [8]. Il estime que les doulas sont une mauvaise réponse au problème de surcharge de travail des sages-femmes.

Parfois, une sage-femme libérale est appelée au tout dernier moment par la doula, se mettant elle-même, la parturiente et le nouveau-né dans une situation compliquée.

En conclusion, l'accouchement à domicile, aussi rare soit-il, doit être un acte préalablement préparé, le plus tôt possible pendant la grossesse. Les couples doivent prendre conscience de l'importance d'une prise en charge précoce, stricte et bien encadrée permettant d'assurer l'accouchement avec un maximum de sécurité pour la mère, le nouveau-né et la sage-femme.

L'accouchement à domicile est cependant encadré par un référentiel de bonnes pratiques dont le but est de dicter des règles de prudence, d'éviter tout accident périnatal et enfin de sécuriser la naissance [9].

1.3 Une solution médiane : la maison de naissance

1.3.1 Controverse de l'appellation

Le plan périnatalité 2005/2007 définit la maison de naissance comme un lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. Elle est ouverte à tous sans distinction culturelle, religieuse ou économique. Les femmes sont responsables et libres de leurs décisions. Son but est de préserver le droit des femmes d'accoucher dans un milieu moins médicalisé et de recevoir des soins et des services axés sur la santé globale.

Les sages-femmes les accompagnent vers une naissance plus naturelle. Il préconise l'expérimentation de « Maisons de Naissance attenantes à des plateaux techniques », c'est-à-dire soit « attenantes », soit « au sein du service d'obstétrique » [10].

En 2006, le CIANE insiste pour que l'appellation « Maison de naissance » soit réservée à des structures situées à l'extérieur d'un hôpital ou d'une clinique, conformément à son usage dans d'autres pays et ceci afin de respecter la notion de « structure autonome située en dehors des établissements hospitaliers ».

La confusion des maisons de naissance avec des pôles physiologiques situés « à l'intérieur des murs de l'hôpital ou dans leur enceinte » est trop importante et le CIANE s'exprime sur le fait que « la confusion des appellations serait une tromperie pour les usagers ».

De ce fait, le CIANE, en partenariat avec le Collectif Maison de Naissance, publie en 2006 une définition des maisons de naissance avec ses conséquences et les conditions propres à l'expérimentation. Ils y rappellent la distinction d'appellation entre pôles physiologiques et maisons de naissance et l'ambiguïté face à ces définitions. **(Annexe I)**.

Ils stipulent que « la structure « maison de naissance » est physiquement, juridiquement et administrativement différenciée de sa maternité partenaire, elle peut se situer au sein ou à proximité, dès lors que les transferts des femmes peuvent se faire dans des délais compatibles avec l'urgence » [11] et que les pôles physiologiques sont situés dans des blocs obstétricaux.

Au total, les structures qui dépendent d'un établissement de santé sont désignées par les termes « espace d'accompagnement global » ou « espace d'accompagnement global à la naissance » ou encore « unité de sages-femmes », le fonctionnement voulant à se rapprocher de celui des Maisons de Naissance [12].

1.3.2 Les objectifs des maisons de naissance

Les buts d'une maison de naissance [13] ont été définis en premier lieu à l'étranger, comme par exemple en Belgique par l'union professionnelle des accoucheuses. Ils se résument en 6 points fondamentaux qui reprennent les grands principes des définitions françaises :

- Promouvoir le déroulement normal de la grossesse, de la naissance et de l'accouchement
- Promouvoir la qualité, la créativité et la continuité des soins
- Centraliser la dispense de soins
- Créer un lieu de rencontre pour femmes enceintes et de mères accouchées et promouvoir la confiance en soi
- Offrir un lieu sécuritaire pour accoucher (en alternative du domicile de la patiente)
- Réaliser la revalorisation de la profession d'accoucheuse.

En France, la définition exacte du label déposé est la suivante :

- « Une maison de naissance est un lieu d'accueil des femmes enceintes et de leur famille dans la mesure où la grossesse, l'accouchement et le post partum restent dans le cadre de la physiologie. Les sages-femmes en assurant la responsabilité médicale, en toute autonomie et conformément à leur compétence légale. La Maison de Naissance doit être un service accessible à tous.

- Le suivi des femmes s'inscrit dans une démarche d'accompagnement global de la naissance, qui associe une femme et une sage-femme référente, pendant le déroulement de la grossesse, l'accouchement et l'après-naissance.
- Une maison de naissance est un établissement sans autre équipement médical que celui utilisé par la sage-femme. C'est une structure autonome située en dehors des services hospitaliers
- Une maison de naissance travaille en réseau avec l'ensemble du système et des praticiens de santé.
- Une maison de naissance est un lieu convivial qui respecte la liberté et le besoin d'intimité des parents.

Par définition et en accord avec la philosophie selon laquelle la grossesse n'est pas une maladie, une maison de naissance s'inscrit dans une filière physiologique de soins et n'a pas à être considérée comme un établissement de santé, avec toutes les contraintes que cela représente ».

En conclusion, le suivi des femmes répond à la notion d'accompagnement global et singulier de la naissance.

1.3.3 L'accompagnement global

Dans la définition des maisons de naissance nous avons souligné à plusieurs reprises la notion d'accompagnement global mais en quoi consiste-t-il réellement ?

C'est une notion donnée et défendue par l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) pour préciser la pratique de ses adhérentes depuis 1983 et revue plus récemment 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. » [14].

Le terme d'accompagnement contraste avec celui de prise en charge par les professionnels qui agissent selon des protocoles. Ici, les patientes sont actrices de leur grossesse et de leur accouchement, les professionnels sont là pour les seconder, les orienter dans leurs choix par une information complète, claire et précise. Les patientes sont toutes différentes, ayant des souhaits et des besoins particuliers.

Le terme de global s'oppose à incomplet, partiel, ce qui implique une prise en charge chronologique, la grossesse, le travail, l'accouchement et le post partum. Ce terme sous entend une offre médico-psycho-socio-pédagogique [15] à l'égard des patientes rendu possible par la pluridisciplinarité des études de sage-femme.

Tout ceci a pour but de conforter la sage-femme dans son rôle propre de spécialiste de la physiologie et permet une affirmation de l'autonomie de la profession. Il redonne en plus au couple la confiance dans leurs capacités à assumer leurs rôles de parents en leur permettant de devenir acteurs responsables de la naissance de leur enfant.

Cette relation de confiance mutuelle est le garant d'un suivi de qualité où prédomine la prévention et permet à la sage-femme de prendre en compte l'individu dans sa globalité et de considérer les « dimensions physiques, psychiques, familiales et sociales de chaque femme et de chaque couple ». La femme peut ainsi s'imprégner progressivement d'une sensation de sécurité et « préparer à son rythme la naissance de son enfant » [16].

1.3.4 Résultats concernant les études sur les opinions des femmes enceintes sur l'accouchement en Maison de Naissance

1.3.4.1 Enquête d'opinion auprès des femmes enceintes du réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

Marie Hebbinckuys, a réalisé sur l'année 2010 une étude en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme à Clermont-Ferrand. Son objectif était de savoir si les femmes interrogées étaient favorables ou non à un suivi de grossesse et/ou à un accouchement en maison de naissance. Ainsi qu'à un suivi post-natal proposé par ce type de structure. Pour répondre à son objectif, elle a distribué aux femmes enceintes un formulaire comprenant une information sur les maisons de naissance et un auto-questionnaire à remplir.

Etant d'une région voisine à la notre, il nous a paru intéressant d'étudier ses résultats de plus près. Elle a récolté 62,9% des questionnaires distribués (soit 288 sur 450) avec une équivalence de pourcentage entre les structures de niveau III, II et libérales autour de 30% et un minimum de 9,2% de réponses dans les niveaux I ce qui reflète correctement l'ensemble de la répartition des femmes en fonction de l'activité de chaque structure.

Elle conclue son analyse statistique par un bilan plutôt positif : « elle a pu noter que $\frac{3}{4}$ des femmes enceintes étaient globalement favorables aux maisons de naissance et pensent que ces structures ont leur place dans le système de santé français. Ces mêmes femmes étaient favorables à une expérimentation en France.

A l'opposé, seule une minorité de femmes n'envisageaient pas un suivi de grossesse et un accouchement en maison de naissance pour elles-mêmes, que ce soit au moment de l'enquête ou pour une grossesse et un accouchement futurs. » [17]. Marie Hebbinckuys émet des réserves quant au fait que son étude incluait l'ensemble des parturientes et que les maisons de naissance sont une alternative à l'accouchement hospitalier destinée exclusivement à des femmes à faible niveau de risque obstétrical.

Il est important de préciser, qu'après avoir lu l'information, une grande partie des femmes émettaient une opinion globale favorable sur les maisons de naissance soit 78,1% de la population contre 20,5% d'opinions défavorables.

Les femmes ont exposé plusieurs arguments encourageants en faveur de l'accouchement en maison de naissance qui ont été regroupés en plusieurs thèmes :

- *Le choix concernant le déroulement du travail et de l'accouchement avec le choix de la position d'accouchement, la liberté de mouvements, des postures...*
- *Les qualités de la structure à 42,7% : lieu et environnement à petite échelle, proche d'une maternité avec un matériel adéquat en cas de problème...*
- *Les qualités du personnel et de l'accompagnement à 45,9% : la notion d'accompagnement global, de disponibilité, de respect et de partage avec un personnel compétent, qualifié en toute sécurité...*
- *Les pratiques associées aux maisons de naissance : absence de ventouse, de forceps, d'analgésie péridurale, retour à domicile précoce...*
- *Les valeurs associées aux maisons de naissance : liberté, autonomie, respect du choix des couples, prise en compte de ses attentes et de ses besoins...*
- Respect de la physiologie de l'accouchement.

Quant aux arguments contre, ils concernent surtout l'absence de péridurale 26,5% et les inconvénients liés au transfert 17,3%. Vient ensuite les arguments sur le manque de matériel médical, la durée de la période post natale à la maison de naissance (trop court), le manque de personnel médical et la gestion des complications médicales possibles de la mère et du nouveau-né.

Il faut aussi noter que 78,1% étaient intéressées par un accompagnement global de la naissance et les femmes les plus favorables aux maisons de naissance étaient celles ayant reçu une information sur ces structures soit 83,7%.

Au la vue de ces résultats et des retours des professionnels de la région auvergne, il en ressort que ces derniers dans l'ensemble seraient favorables à l'ouverture d'une maison de naissance dans cette région [17].

1.3.4.2 Enquête d'opinion des femmes enceintes du département de la Haute-Vienne

Christelle Perrochon a effectué en 2009 une étude auprès des femmes enceintes du département de la haute-vienne en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Cela a permis de faire un état des lieux de la demande des femmes accouchant dans le département et cela dans l'objectif d'identifier leurs besoins et donc d'améliorer les pratiques et la prise en charge [18].

Pour effectuer cette étude, elle a établi un questionnaire distribué à 246 parturientes des trois centres hospitaliers du département. La plupart concernant l'hôpital mère enfant de Limoges (niveau III).

Nous étudierons exclusivement les résultats concernant les maisons de naissance. Après une explication du fonctionnement de ces structures, il ressort que 26,8% des femmes seraient favorables à un accouchement en maison de naissance (39,4% ne sont pas favorables et 40,1% non intéressées par ce type de suivi).

Le suivi personnalisé, le lieu intime et naturel sont des caractéristiques que les parturientes recherchent dans ce type de structure. Contrairement à l'AAD, l'accouchement en maison de naissance effraie moins à 30,9% mais n'offre pas un côté assez médicalisée à 40,1%. On retrouve ce même type de résultat dans les causes de refus.

Les caractéristiques de ces femmes favorables à l'accouchement en maison de naissance sont assez vastes, la plupart font de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et souhaiteraient être accouchées par la sage-femme qui anime les séances (80,6%). Il y a la moitié de multipare et 1/3 de primipare. Elles ont pour la plupart le souhait de mobilité, de lumière tamisée, de musique pendant le travail, et d'un choix dans les positions d'accouchements. Cependant l'absence d'analgésie péridurale dans ce genre de structure freine certaines femmes.

Pour les caractéristiques des patientes non intéressées par cette prise en charge, il en ressort que ce sont plus particulièrement des femmes réfractaires à des propositions personnalisées de type PNP, choix de position, musique, lumière... Elles préfèrent le schéma « classique et traditionnel » de l'accouchement hospitalier.

Sur 246 femmes, 25 souhaits personnels ont été exprimés pour un accouchement autour de l'accompagnement, l'écoute, la réassurance et le soutien. Elles aimeraient un accouchement naturel, sans gestes techniques dans une ambiance familiale.

De plus, la place du père apparaît comme très importante que ce soit lors de la PNP, de l'accouchement ou de l'accueil de l'enfant.

Pour conclure, en ce qui concerne les accouchements en maison de naissance, les résultats locaux ont montré une variation d'opinion suivant le niveau de l'établissement où la patiente effectue son suivi. La demande d'un accouchement moins médicalisé est plus importante pour les hôpitaux et les cliniques de niveau I. En revanche, pour le dernier établissement de niveau III, les femmes sont pour la plupart contre.

1.3.5 Les études d'évaluation de ces structures

1.3.5.1 Revue de la littérature des maisons de naissance

Une revue de la littérature (dont neuf études internationales) a été réalisée en 2003 par P.Viossat et J.C Pons dont le but a été d'analyser les publications concernant les maisons de naissance existantes et de permettre de juger de leur efficacité avec un fonctionnement hospitalier conventionnel et ceci dans plusieurs pays industrialisés.

Toutes les études mettent en évidence une amélioration en termes de morbidité et mortalité maternelle et périnatale dans le groupe des grossesses «à bas risques». Les conclusions sont homogènes : l'accouchement en maison de naissance n'augmente pas le risque maternel ou périnatal par rapport à l'hôpital.

Il est bien sûr à modérer suivant la définition de la grossesse à bas risque que le système de soins a au préalable défini (**annexe II**).

Dans toutes ces études, aucune mort maternelle n'est répertoriée. La mortalité périnatale varie de 0 à 15 pour 1000 selon les études mais reste significativement inférieure à celle du groupe témoin. Le taux de transferts (anté+perpartum) varie de 15,8 à 34,2% liés à la proportion de nullipares sélectionnées dans le groupe maison de naissance. Le taux de césarienne varie de 0,4 à 10% et le taux d'extractions instrumentales varie de 0 à 11%. Le taux d'extractions instrumentales semble augmenter lorsqu'un médecin est présent sur place ; en revanche le taux de césarienne diminue [19].

L'étude « The National Birth Center Study » en 1989, montre que les maisons de naissance offrent une sécurité tout à fait acceptable pour des femmes enceintes sélectionnées à bas risque, ce d'autant plus qu'il s'agit de nullipare.

L'étude de l'Université de Californie Irvine, montre que la maison de naissance établit en partenariat avec le CHU pour étudier la sécurité est sûre pour les patientes à bas risque obstétrical.

L'ensemble de ces études concluent sur l'amélioration de la morbidité, de la mortalité périnatale et sur l'aspect sécuritaire des maisons de naissance. Le risque maternel ou périnatal n'est pas augmenté par rapport à l'hôpital, mais rappelons que les critères de sélection des femmes enceintes à bas risque obstétrical sont variables selon le type de structure et selon le pays.

L'acceptation ou non des nullipares est liée étroitement aux résultats obtenus sur le taux de transfert perpartum et l'interventionnisme mais ne modifie en rien l'aspect sécuritaire de ce type de structure [19].

1.3.5.2 Les données actuelles

Une récente étude a été publiée par le British Medical Journal le 24 Novembre 2011. Il montre également la sécurité de l'accouchement en maison de naissance.

Une équipe dirigée par le Professeur Peter Brocklehurst de l'Université d'Oxford pour le « Groupe de Collaboration des lieux de naissances en Angleterre » a entrepris de comparer les résultats périnataux et les interventions pendant le travail selon le lieu d'accouchement planifié à travers le réseau du National Health Service en Angleterre.

Ces lieux comprenaient le domicile, les maisons de naissances, les filières sages-femmes dans un cadre hospitalier avec des services obstétricaux et les unités obstétricales.

Un total de 64 538 nouveau-nés nés à terme a été inclus dans l'étude, issus de grossesse à bas risque obstétrical. En moyenne, le taux d'incidents est bas soit 4.3 pour 1000 naissances quelque soit le lieu de naissance. Pour les nullipares, les incidents sont plus importants soit 9,3 pour 1000 naissances pour les accouchements planifiés à domicile par rapport à ceux réalisés en unité obstétrical, à la différence des multipares où le taux d'incidents ne diffèrent pas suivant le lieu d'accouchement choisi.

Les incidents importants comprenaient les naissances sans vie après la prise en charge du travail, les morts néonatales précoces, les lésions cérébrales (encéphalopathies), les inhalations méconiales et les lésions du plexus brachial ou fracture de clavicule à la naissance.

Les transferts, quant à eux, concernent 45% des multipares contre 13% de nullipare et le taux d'instrumentalisation et de césarienne est diminué en unité non obstétricale.

Ces chercheurs pensent que ces résultats sont en faveur d'« une politique devant offrir aux femmes ayant une grossesse à bas risque un choix quant au lieu de l'accouchement ». De ce fait, les professionnels doivent échanger et proposer aux couples une information claire et loyale sur les possibilités de lieu d'accouchement.

Ils ont également ajouté qu'une analyse portant sur le coût et la rentabilité était actuellement menée [20].

1.3.5.3 Le coût

En France, la notion de coût des maisons de naissance a été abordée dans l'article 40 du PLFSS 2011.

L'expérimentation des maisons de naissance engendrerait une économie hypothétique de 350.000 euros par an pour cinq maisons de naissance à raison de 50 accouchements la première année de fonctionnement et 200 accouchements les années suivantes.

L'évaluation du coût de l'accouchement en maison de naissance a été faite et s'avère moins coûteuse pour l'assurance maladie qu'un accouchement hospitalier.

Le coût d'un accouchement en maison de naissance est évalué à 600 euros (coût de la structure et honoraires de la sage-femme compris) tandis qu'un accouchement de très courte durée en établissement de santé est de l'ordre de 1200 euros pour la prise en charge de la mère et de l'enfant.

On peut considérer qu'au terme de l'expérimentation, si une soixantaine de maisons de naissance réalisaient 1,5% des naissances, cela représenterait une économie de 7 millions d'euros par an [21].

2. HISTORIQUE DES MAISONS DE NAISSANCE : DE 1940 A AUJOURD'HUI

2.1 A l'étranger

2.1.1 Les Etats-Unis : les premières maisons de naissance

Dès 1940, les femmes commencent à réagir face à une trop grande médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. En 1944, le premier « free-standing birthing center » est créé à New-Mexico.

Cet établissement tenu par des médecins et des sages-femmes proposait un accouchement moins médicalisé et un environnement plus familial [19].

En 1969, apparaît la première « birthroom », chambre de naissance où la femme reste durant son accouchement et le post partum. Progressivement, les hôpitaux mettent en place des unités moins médicalisées. En 1975, New York ouvre la première "free-standing birthing center" dans le but de venir en aide à une population très défavorisée de femmes afro-américaines et de leur procurer des soins de qualité à un coût amoindri par rapport à une hospitalisation habituelle.

Elles évolueront de 1944 à 1987, développant le concept de maisons de naissance.

Les Etats-Unis en comptent maintenant une centaine et depuis 1984, 1% des naissances sont extrahospitalières [17]. Ces établissements sont intégralement gérés par des sages-femmes. Chaque état décide de façon autonome de l'ouverture de ces centres sur son territoire. Le collège des Gynécologues Obstétriciens Américains a reconnu la qualité, l'intérêt et la sécurité des « Birth centers » que ceux-ci soient intégrés ou non dans l'hôpital [22].

2.1.2 Au Québec

Les premières maisons de naissance ont ouvert leurs portes en 1992 dans le cadre d'une expérimentation. L'assemblée nationale du Québec adopte la loi sur cette pratique des sages-femmes dans le cadre des projets pilotes.

Après évaluation, ces structures ont été validées en 1999, légalisant par la même occasion la profession de sage-femme dans cette province canadienne et permettant un retour à la physiologie et plus d'humanisation dans les soins [23].

Les projets pilotes Québécois ont été des projets d'ouverture des maisons de naissance qui sont vues comme des endroits chaleureux, où les femmes se sentent comme chez elles et où l'approche familiale est de grande importance.

La règle de base en maison de naissance est « une femme - une sage-femme » permettant une continuité des soins, surajoutée à la naissance dans une relation déjà privilégiée. Le suivi est gratuit pour les femmes et leurs nouveau-nés.

Il existe actuellement une douzaine de maisons de naissance qui sont rattachées à des centres Locaux de services Communautaires (accord avec un hôpital référent) et reconnues par le Ministère de la santé et des services sociaux [17], [23].

Ces établissements fonctionnent avec six ou huit sages-femmes qui travaillent en binôme et effectuent un total de 300 accouchements annuels. Les femmes acceptées pour un suivi en maison de naissance ne doivent présenter aucune pathologie. Le pronostic maternel et fœtal est évalué à chaque consultation permettant un transfert vers une structure hospitalière si besoin.

La femme peut choisir son lieu d'accouchement, celui-ci peut être soit le domicile du couple, la maison de naissance ou l'hôpital partenaire avec leur sage-femme. Toutes ces possibilités sont intégrées dans le système de soins et proposées comme de vrais choix.

Une consultation par un médecin ou le transfert vers l'hôpital référent peut être effectué à n'importe quel moment de la grossesse, du travail ou de l'accouchement (si une pathologie survient ou si la patiente fait la demande d'analgésie péridurale). La sage-femme effectuera donc le lien vers l'hôpital référent. De plus, cela se fait dans le cadre d'une réglementation définie par la loi.

Dans les maisons de naissance québécoises, le choix éclairé des patientes est prioritaire, elles sont libres de choisir et de réaliser les examens médicaux de grossesse après information réalisée par les professionnels. Cependant, si la femme prend des décisions qui vont à l'encontre de sa santé malgré les recommandations de la sage-femme, cette dernière peut refuser de poursuivre sa prise en charge.

L'objectif du Ministère de la santé est de faire accompagner d'ici 2018 10% des 70 000 naissances au Québec par des sages-femmes en maison de naissance sachant que le nombre d'accouchements dans ces structures n'a cessé de croître entre 2000 et 2007. En 2006/2007, le bilan montre que **1453 accouchements** ont été assistés par des sages-femmes dont 1310 ont eu lieu en maison de naissance, 25 à l'hôpital et 118 à domicile. Les maisons de naissance ont un succès indéniable auprès des parents [24].

2.1.3 L'Europe

Dix ans plus tard, les maisons de naissance se sont développées en Europe.

En 1983, à Berlin s'est ouvert le « premier centre de naissance librement choisi » conçu comme une alternative à la naissance à l'hôpital.

Fin 1995, 20 centres de naissance ont été ouverts en Suisse et en Autriche. Les autres pays ont suivi Angleterre, Suède, Belgique etc... Aujourd'hui, on en dénombre plus de cents en Allemagne.

Un réseau européen des Maisons de Naissance, le Netzwerk Europa, est né en 1993 [25]. Il fut créé par des sages-femmes dont le but était d'encourager les femmes à se rendre compte de leurs besoins et désirs.

Des femmes et sages-femmes européennes ont cherché conseil auprès des sages-femmes américaines et du NACC (National Association of childbirth Centers). Ce sont ces dernières qui ont encouragé à créer le Netzwerk. C'est un réseau qui a pour but de promouvoir et de coordonner l'ouverture des maisons de naissance en Europe, il met en contact les centres et les initiatives en cours.

Il facilite la communication entre les différents groupes professionnels et leur apporte son soutien dans leurs négociations avec les institutions et les autorités sanitaires.

Les modalités de fonctionnement varient selon les pays mais certaines caractéristiques sont générales au modèle européen :

- un suivi personnalisé tout au long de la grossesse qui démarre, idéalement, le plus tôt possible.
- un accompagnement au moment de l'accouchement avec présence et soutien tout au long du travail et surveillance des heures qui suivent la naissance, puis suivi post natal maman-bébé à domicile.
- des rencontres et activités collectives en pré et postnatal
- un lieu convivial avec documentation et bibliothèque, organisations de réunions et de débats.

2.2 La France

2.2.1 Autour du plan périnatalité 1995/2000

Le plan périnatalité 1995/2000 a été décidé à la suite du rapport Papiernik qui établit un constat sur les mauvais indicateurs périnataux français. Pourquoi, malgré les efforts constants depuis plusieurs décennies, la France n'arrive t-elle pas à obtenir des niveaux de sécurité pour la mère et l'enfant comparables à ceux des autres pays européens ? [26] Ces travaux ont porté sur l'amélioration de la sécurité à l'intérieur des maternités. Ils mettent en évidence un certain nombre de dysfonctionnements du système actuel de prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés [27].

Le haut comité de santé publique s'est fixé quatre objectifs suite à ce rapport visant à «améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance» :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30 %

- Abaisser la mortalité périnatale d'au moins 18 %
- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 15%
- Réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de la grossesse [28].
- Un cinquième sera rajouté ultérieurement, prévenir la mort subite du nourrisson et diminuer les décès de 35%.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement a adopté un plan d'action en seize mesures qui correspond à ces priorités :

- Accroître la sécurité de l'accouchement (règles d'organisation et de fonctionnement, création de réseaux)
- Améliorer le suivi de grossesse
- Améliorer les soins aux nouveau-nés (formation des sages-femmes en réanimation néonatale), humaniser les conditions de l'accouchement (création d'unités kangourous)
- Evaluer la politique suivie (mise en place d'un système d'expertise sur les morts maternelles, un certificat spécifique à la période néonatale, renforcement du rôle des commissions techniques consultatives de la naissance) [29].

Depuis le décret Dienecsh de 1972, une importante restructuration hospitalière s'est amorcée qui s'accompagne d'un mouvement de concentration. Ce décret avait pour objectif de fixer les normes quant à l'autorisation de fonctionnement d'une maternité.

Par conséquent, nous sommes passés de 1369 maternités en 1970 à 814 en 1996 et le chiffre le plus récent est de 581 maternités en 2006. Les fermetures ont concernés tout d'abord, les petites cliniques obstétricales tenues essentiellement par des sages femmes ainsi que les maternités d'hôpitaux locaux placées sous les responsabilités des médecins généralistes, s'ensuit les maternités de proximité dont le nombre d'accouchement était inférieur à 300 [30].

2.2.2 Autour des décrets de périnatalité de 1998

En décembre 1998, a lieu la conférence de consensus sur « la prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et de leur nouveau-né selon leur niveau de risque » organisé par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, en collaboration avec l'école nationale de Santé Publique.

Des recommandations sont alors formulées :

- suivi de la grossesse et l'accompagnement de la femme enceinte suivant son niveau de risque obstétrical et l'orientation de la prise en charge en fonction
- sur l'hospitalisation au cours de la grossesse, l'organisation de la grossesse et le fonctionnement des réseaux avec l'élaboration d'une chartre qui définit l'obligation de chacun.

En conclusion, les décrets de périnatalité de 1998 sont promulgués pour garantir une meilleure adéquation entre niveau de risque de la patiente, du nouveau-né et niveau de maternité d'accueil. Trois niveaux de maternité sont instaurés.

En parallèle, on note qu'en octobre 1998 le ministère de la santé met en place un groupe d'étude sur les « maisons de naissance » pour permettre de concilier ce mode d'accouchement et les impératifs de santé [27].

Il avait pour objectif de créer les structures alternatives à l'accouchement hospitalier dans le but de garantir le libre choix des couples sur le lieu et les conditions de la naissance de leur enfant tels que le recommandent l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Parlement Européen via la chartre des droits de la parturiente. Il avait aussi comme objectif de revaloriser la pratique et l'autonomie des sages-femmes tout en assurant la sécurité des usagers [16].

Dans ce cadre, le 19 février 1999, lors des états généraux de la santé lors du forum naissance sur les maisons de naissance, Cécile Bortayre, coordinatrice du projet remet à Monsieur Kouchner une présentation de la future maison de naissance de Montpellier, afin d'être reconnue comme projet pilote.

Le 5 mai 1999, on note la création du réseau de maison de naissance Français, association affiliée au Netzwerk ayant pour présidente Mireille Jospin.

Pourtant en janvier 2002, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales exige sous 15 jours la création un bloc obstétrical pour que les accouchements aient lieu à la maison de naissance de Montpellier.

Aucune entente ne pouvant avoir lieu entre les deux parties, en 2003 la maison de naissance de Montpellier fut arrêtée.

2.2.3 Autour du plan périnatalité 2005/2007

En septembre 2003, le rapport Mattéi de la mission périnatalité est rédigé par trois experts (les professeurs Bréart, Puech et Roze) lors des états généraux de la naissance sur les résultats de la mission périnatalité [31]. Vingt propositions sont rédigées pour une nouvelle politique périnatale avec notamment la rédaction d'un nouveau plan périnatalité (**annexe III**).

Ce rapport insistait aussi sur l'opposition entre les situations à haut risque pour lesquelles les soins intensifs sont nécessaires et les situations à faible risque pour lesquelles le débat est plus ouvert. En effet, il insiste sur le risque iatrogène lors d'excès de surveillance dans les situations à faible risque.

La mission périnatalité concluait sur deux choses fondamentales : premièrement « il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque et moins et mieux dans les situations à faible risque ».

Secondairement, il recommande l'ouverture de maisons de naissance «en nombre suffisant afin que leur évaluation ait une puissance statistique significative pour pouvoir conclure sur leur efficience» [31].

En novembre 2004, le ministère de la santé et de la protection sociale Philippe Douste-Blasy décide de mettre en œuvre un plan d'action ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance.

Le plan périnatalité 2005-2007 intitulé « Humanité, proximité, sécurité » reprend les conclusions de la mission et relance le débat de l'expérimentation des Maisons de Naissance comme une priorité. Il vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, tout en aménageant les conditions d'exercice des professionnels de la naissance.

Il annonce en particulier : «ces maisons de naissance constituent un moyen de diversifier l'offre de soins pour les grossesses physiologiques tout en reconnaissant la compétence des sages-femmes dans la prise en charge des femmes concernées» [10].

Il est rappelé que les maisons de naissance ne doivent pas être considérées comme des substituts à la fermeture des sites d'accouchement de certaines maternités. Le plan périnatalité préconise donc l'élaboration de textes permettant aux projets déjà bien avancés de débiter leur expérimentation.

2.2.4 L'élaboration du cahier des charges

Il s'ensuit qu'en 2005, une commission est mise en place composée de professionnels de santé, d'usagers, de maternité et de l'administration. Les réunions se succèdent au ministère de la santé pour l'élaboration d'un cahier des charges avec la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

En janvier 2008, le cahier des charges élaboré par le groupe de travail et finalisé par la DHOS est proposé mais il ne fait pas l'unanimité. Il exprime ses préoccupations quant à la sécurité de la naissance et serait plus en faveur du développement des pôles physiologiques et des plateaux techniques que des maisons de naissance.

De plus, selon les critères retenus par la DHOS, seuls quatre projets de maisons de naissance sur les onze répertoriés pourraient rentrer dans le cadre d'une éventuelle expérimentation. Comme cité précédemment, la DHOS précise que l'attenance implique qu'« un transfert de la maison de naissance vers la maternité peut avoir lieu de façon non motorisée, sans traverser la voie publique, et dans tous les cas, dans un délai compatible avec l'urgence » [17], [32]. C'est ainsi que plusieurs projets sont éliminés d'emblée.

Il est ensuite présenté devant la commission nationale de la naissance en juin 2008, le constat est fait que le consensus reste à trouver [33].

Ainsi, les usagers et les sages-femmes représentés par le CIANE et l'ANSFL rejettent le cahier des charges de l'expérimentation des maisons de naissance, dénonçant l'élimination du concept d'accompagnement global et prévoyant des financements insuffisants. De l'autre côté, le CNGOF se prononce ouvertement contre l'ouverture des maisons de naissance dont il dénonce un manque de sécurité.

L'académie de médecine émet, quand à elle, trois réserves qui porte sur la définition des grossesses à bas risques, l'absence d'hospitalisation et la difficulté de déterminer la responsabilité médicale en cas de transfert. Donc sans avoir un avis catégorique, l'académie serait plus en faveur du développement d'espace physiologiques et de plateaux techniques que de maisons de naissance à proprement parlé [34].

Pour que l'expérimentation puisse être initiée en France, un certain nombre de points reste à éclaircir sur lesquels la DHOS ne s'est pas encore prononcée : statut juridique de l'établissement, financement et aménagement des locaux, revenus et assurances des sages-femmes...

S'ensuit une période de 3 ans de silence où le thème autour des maisons de naissance fut complètement mis de côté par les représentants politiques. De ce fait, aucune mention n'a été faite dans les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2009 et 2010 [35].

2.2.5 Autour de la loi de financement de la sécurité sociale 2011

Le débat fut relancé avec la LFSS 2011 présentée au conseil des ministres le 13 octobre 2010 donnant l'autorisation pour le gouvernement d'expérimenter des maisons de naissance pour 5 ans [36]. Il s'en suit un enchaînement de retraits et d'autorisations du projet par l'assemblée nationale et le sénat qui devaient chacun leur tour le valider.

Ce débat se termine par un rétablissement du projet d'expérimentation des maisons de naissance par la commission mixte paritaire, alors que les sénateurs l'avaient supprimé [37].

Dans le PLFSS 2011, les modalités d'accouchement en maisons de naissance sont définies de la même manière que dans la définition propre d'une maison naissance à un point prêt. Ces maisons de naissance devront être rattachées à un service d'obstétrique et devront signer une convention avec lui, elles n'auront donc pas l'appellation d'établissement de santé indépendant.

De plus, ce projet a pour but l'expérimentation d'une soixantaine de maisons de naissance en France, ce qui permettrait de générer une économie de 7 millions d'euros par an et de réaliser 1,5% des naissances (soit 12 000 naissances/an). Le cahier des charges des maisons de naissance sera rédigé avec l'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), le reste (liste des projets expérimentés, conditions rémunérations, prise en charge etc...) doivent être fixé par décret en Conseil d'État.

Après de longs mois de débats, l'article 40 sera finalement censuré par le conseil constitutionnel le 17 décembre 2010 pour motif que « *l'expérimentation des maisons de naissance n'a pas sa place au sein d'une loi pour le financement de la sécurité sociale* » [37].

Pour conclure, en septembre 2011, l'ordre national des sages-femmes ne peut que se réjouir de voir la cour des comptes recommander une valorisation de la profession de sage-femme.

Elle recommande l'expérimentation des maisons de naissance qui offrirait une diversification de la prise en charge des grossesses et des accouchements, conformément à l'attente de nombreux couples, tout en contribuant à la réalisation d'économies importantes pour l'assurance maladie [38].

3. LA SITUATION ACTUELLE : LES EXPERIENCES FRANÇAISES

En France, un certain nombre de projets de maison de naissance voit le jour mais tous sont en attente d'une loi qui permettrait leur aboutissement final. Certains ont pallié à ce manque de décret, soit : par un fonctionnement à type de plateau technique dans un centre hospitalier référent soit par un fonctionnement de type de maison de naissance mais dont l'appellation et les principes d'activités ont été modifié pour permettre un exercice en toute légalité et en respectant le cahier des charges rédigé par la DHOS.

Des projets existent, ainsi, à *Beauvais*, cinq sages-femmes travaillent en binôme, à 80% dans le service de la maternité et à 20% dans le pôle physiologique depuis février 2010. Elles effectuent un suivi global en pôle physiologique qui se décline en « salle nature » au sein des salles de naissance [39].

A *Val les bains* en Ardèche, c'est une initiative locale qui s'est mise en place ou une sage-femme libérale met au monde des nouveau-nés dans des gites ruraux situés à 5 minutes de l'hôpital d'Aubenas [39].

A *Lyon*, c'est aussi un projet extra hospitalier qui essaie de voir le jour en lien avec l'hôpital de la Croix Rousse, cette maison de la parentalité et de la naissance est située à 400m d'une structure hospitalière. Ce projet est soutenu par des sages-femmes et des usagers représentés par l'association « La cause des parents ». En attendant l'accord du ministère de la santé, cette maison accueille des conférences, des ateliers, des activités autour de la parentalité, des consultations de sages-femmes et des cours de préparation à la naissance.

A *Pau*, même situation, c'est un lieu géré par une association de parents situé à 10 minutes d'une maternité de niveau III. Ils s'y déroulent de multiples activités autour de la parentalité [39].

A *Nantes*, une maison de naissance aurait pu être située dans le centre hospitalier mais les locaux ont été réaffectés.

De plus, le projet initial avec la clinique mutualiste Jules Verne de maison de naissance intra hospitalière est aboli du fait d'opposition essentiellement des pédiatres et des anesthésistes.

D'autres structures ont vu le jour se tournant vers un système de maison de naissance physiologique en partenariat avec des hôpitaux référents et contournant la loi par des moyens très spécifiques suivant les centres.

3.1 Remiremont : la maison de naissance hospitalière

La maison de naissance rattachée au Centre hospitalier de Remiremont, dans les Vosges est une maternité de niveau II où il y a eu 980 accouchements en 2009, qui compte 6 lits de néonatalogie et où il y a 21 postes de sages-femmes.

Cette maison de naissance a été créée du fait d'une demande croissante des parturientes et face au constat du développement des accouchements à domicile dans la région. De ce fait, l'équipe médicale a décidé d'offrir une alternative à l'offre de soins périnatale.

La maison de naissance créée le 1^{er} juillet 2009 est située dans les locaux de l'hôpital avec une entrée, un pôle de consultations distincts. Ces locaux sont mis à la disposition d'une équipe de six sages-femmes libérales qui y assurent pendant une semaine de garde, une demi-journée de consultations.

La maison de naissance hospitalière a établi un premier bilan. Depuis l'ouverture jusqu'à fin 2010, il y a eu 84 demandes pour la maison de naissance qualifiée d'hospitalière pour éviter toute ambiguïté autour du terme maison de naissance. Il y a eu 50 naissances, 35% des femmes ont été redirigées pendant le travail à la maternité classique pour des motifs variés, complications ou demande d'analgésie péridurale.

Les sages-femmes s'organisent pour n'avoir pas plus de deux accouchements prévus sur le même mois. Elles travaillent toutes en binôme avec une activité qui est prévue sur l'année permettant une juxtaposition des différentes activités des professionnels.

La patiente a rencontré en amont les deux sages-femmes susceptibles d'être présentes au moment de son accouchement.

Les femmes sortent 6 heures après la naissance et le suivi post natal est réalisé par la sage femme libérale au domicile de la patiente.

Cependant, les femmes peuvent décider de rester hospitalisées après l'accouchement pour intégrer le service de suites de couches de la maternité classique [40].

3.2 Les autres projets

- Projet de Maison de Naissance » Centre Hospitalier René-Dubos, Pontoise

En 2002, l'opportunité d'un réaménagement de la maternité du Centre Hospitalier René-Dubos à Pontoise (Niveau III) a permis d'inclure au plan de la nouvelle structure un projet de maison de naissance en activité depuis 2006 sous la forme d'un service attenant de 250m² situé au 4^{ème} et dernier étage entièrement dédié au fonctionnement du « projet de maison de naissance ».

Les sages-femmes y sont salariées hospitalières. Le suivi des grossesses est entièrement assuré par la sage-femme référente et ceci dans les locaux de la maison de naissance.

Les accouchements s'effectuent depuis le milieu de l'année 2011 dans les locaux de la maison de naissance. L'examen pédiatrique est effectué par le pédiatre du centre hospitalier et la durée d'hospitalisation des patientes est variable suivant si elles choisissent de rentrer à domicile après l'accouchement ou si elles souhaitent le circuit classique de la maternité.

Au final pour l'année 2010, 100 accouchements ont été réalisés permettant de dresser un bilan positif. Mais les sages-femmes sont soucieuses de la pérennité du fonctionnement de ces structures car il se fait ressentir une forte pression du Centre Hospitalier référent qui jusqu'alors finance ce projet en attendant la parution du décret qui permettra le déblocage de fond de l'état et donc une autonomie financière de la maison de naissance.

- « L'association Comme à la Maison » CALM, unie avec la maternité de l'hôpital Pierre-Rouquès-Les-Bleuets

Un de leurs principaux projets fut l'ouverture du projet de maison de naissance du CALM en septembre 2008 sur la base « d'une femme = une sage femme ».

Ce lieu est un appartement attenant à la maternité des Bleuets avec une entrée distincte. Les locaux appartiennent à l'hôpital mais sont loués à l'association du CALM. Cette maison de naissance a une autonomie juridique car elle est entièrement gérée par une association de parents.

Cinq sages-femmes y exercent avec une part de leur activité libérale. Elles effectuent les accouchements pour le moment sur le plateau technique de la maternité (à partir de la deuxième phase active du travail jusqu'aux deux premières heures du post partum), situé un étage plus haut, tandis que le début du travail se déroule au CALM qui dispose d'une superficie de 120m².

Depuis 2008, le CALM a réalisé 180 accouchements (90 en 2009, 50 en 2010) dont 28% de transferts. Les sages-femmes sont libres quant au choix de prise en charge des patientes dans la limite de leurs compétences.

Pour les suites de couche, la prise en charge est identique pour tous les couples. Ils restent 2h en salle d'accouchement (recommandations de la Haute Autorité de Santé : HAS), ensuite ils sont transférés dans les locaux du CALM pour une durée de 3-4 heures puis ils regagnent leur domicile.

Pour le nouveau-né, le premier examen pédiatrique est réalisé par la sage-femme. Cependant, l'HAS recommande que cet examen soit réalisé par un pédiatre dans les huit jours. Après la naissance, les parents doivent donc faire la démarche auprès de pédiatres libéraux pour faire effectuer cet examen dans les délais légaux.

Tout ceci est régit par de multiples conventions entre la maternité, les sages-femmes et le CALM. Cette organisation a été pensée et établie pour que l'ensemble des utilisateurs s'y retrouvent. D'un point de vue économique la maternité impose un maximum de 60 accouchements annuels par le CALM pour ne pas être en déficit, ce qui est respecté par l'association. Cela permet donc la pérennité du système.

- Clinique Leonard de Vinci : le groupe de naissance

Dans le même registre, des professionnels libéraux dont six sages-femmes, deux gynécologues, deux psychologues et un anesthésiste se sont regroupés pour constituer le Groupe de Naissance (GN), une société civile de moyens. Il se situe au 9^{ème} étage de la clinique de VINCI à Paris dans le XIème arrondissement. Ces professionnels ont pour but commun l'appropriation par les couples de la naissance de leur enfant, tout en leurs offrant les meilleures conditions de sécurité.

Il propose un accompagnement global dans un espace convivial, dans le respect de l'intimité, de la singularité du couple et il propose aussi des accompagnements de type haptonomie, thérapie manuelle, sophrologie...

Les consultations ont lieu régulièrement au cabinet du praticien ou en clinique. Ce groupe de naissance réalise les accouchements en plateau technique (80%), à domicile (20%) et à terme, en maison de naissance.

Pour le moment, aucun début de travail n'a eu lieu dans les chambres de la future maison de naissance. Sur une période d'un an, à partir de mai 2008, le GN a assuré 110 naissances, dont 94 par voie basse, il y a eu 16 césariennes et 16 extractions instrumentales prises en charge par les gynécologues du GN. Le recours à l'anesthésiste a eu lieu dans 40% des accouchements.

A la différence des autres centres, le transfert peut s'effectuer dans les maternités de Robert-Debré, Armand-Trousseau et Saint-Antoine qui fonctionnent en réseau avec le GN [17], [41].

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. CONSTAT

L'éventualité de la création d'une maison de naissance nécessite au préalable de s'enquérir de l'avis des professionnels locaux et de leurs niveaux de connaissances sur le sujet.

2. OBJECTIFS

Les deux objectifs de cette étude sont :

- Principal

Etablir un état des lieux du positionnement des professionnels de santé en périnatalité de la région Limousine concernant les maisons de naissance (sages-femmes et gynécologues obstétriciens)

- Secondaire

Établir un état des lieux des connaissances des sages-femmes et gynécologues obstétriciens en Limousin sur les maisons de naissance.

3. HYPOTHESES

- Principale

Les sages-femmes appréhendent positivement la création locale d'une maison de naissance au contraire des gynécologues obstétriciens.

- Secondaire

Les professionnels de santé (sages-femmes, gynécologues obstétriciens) ne connaissent pas suffisamment les principes généraux de fonctionnement des maisons de naissance.

4. INTERET DU MEMOIRE

Un retour d'informations permettrait d'établir un lien entre les différents professionnels de périnatalité intéressés par le projet. Ce mémoire pourrait être présenté localement en réunion du réseau périnatal du Limousin.

Dans ce cadre, est-ce que les professionnels de santé en périnatalité en Limousin (sage-femme, gynécologue obstétricien, en ville, hôpital ou clinique) pensent qu'une maison de naissance permettrait de diversifier l'offre de soins et de répondre à une demande plus large de prise en charge des parturientes?

5. METHODOLOGIE

5.1 Type d'étude

Cette étude descriptive, transversale a été réalisée par distribution de questionnaires. C'est une enquête d'opinions et de connaissances.

5.2 La population étudiée

La population source est représentée par les professionnels de santé en périnatalité de la région Limousine. Elle comprend les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens des secteurs public, privé et libéral du département de la haute-vienne.

Cette étude étant exhaustive, la population source représente l'échantillon cible. Elle est représentée par les professionnels de :

- L'hôpital mère-enfant de Limoges
- La clinique des Emailleurs de Limoges
- Le CH de Saint Junien
- Le CH de Guéret
- Le CH de Tulle
- Le CH d'Ussel
- Le CH de Brive-la-Gaillarde
- La clinique Saint Germain de Brive-la-Gaillarde
- Les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens exerçant en libéral dans la région limousine

- Les sages-femmes exerçantes en PMI dans la région Limousine
- Les sages-femmes enseignantes (2 ont été exclus car en charge de mon sujet).

5.3 Modalités de recueil

Les données ont été recueillies via un questionnaire individuel (**annexe IV**) distribué aux professionnels de santé.

Pour les sages-femmes :

- Pour un grand nombre de sages-femmes du CHU de Limoges, le questionnaire a été en partie rempli lors de l'assemblée générale du conseil de l'ordre de la haute-vienne à laquelle un grand nombre de professionnels était présent. Le reste a été mis à disposition dans les services par enveloppe nominative.
- Par l'intermédiaire des cadres sages-femmes des services de maternité après contact téléphonique (Brive-la-Gaillarde, Tulle et Guéret)
- Par l'intermédiaire de tierces personnes dans les services hospitaliers (maître de mémoire, sage-femme ou étudiant sage-femme) pour la Clinique des Emailleurs, CH Saint Junien et le CH Ussel.
- Les sages-femmes libérales, les gynécologues libéraux ont reçu le questionnaire par courrier postal nominatif accompagné d'une enveloppe pré-timbrée adressée à mon adresse personnelle pour la réponse.

Concernant les maternités, une seule a dû être relancée sur les huit par l'intermédiaire d'une étudiante sage-femme en stage dans l'établissement.

Pour les gynécologues/obstétriciens : le questionnaire leur a été distribué en main propre après explication, ce qui a permis un grand nombre de réponses pour le CHU.

Pour finir, l'exploitation des questionnaires était anonyme, mais sa distribution était nominative par l'attribution d'un numéro d'anonymat pour permettre d'effectuer des relances en cas de non réponse des professionnels de santé. Le numéro d'anonymat n'était accessible que par moi-même par l'intermédiaire d'un logiciel Excel Microsoft® protégé par un mot de passe.

6. L'ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies ont été saisies dans un tableur Excel Microsoft®. Chaque ligne correspondant à un professionnel de santé et chaque colonne à une variable.

Toutes ces données ont été exploitées grâce au logiciel Statview®.

Pour faciliter l'analyse des connaissances, le total des réponses a été noté sur 17 points, chaque question suivant son importance a été notée sur 3,2 ou 1 point. Les questions notées sur 3 points représentent les connaissances de base, sur 2 points les connaissances essentielles et sur 1 point les connaissances plus accessoires pour un professionnel de santé tout confondu.

Il a été convenu avec mon directeur de mémoire que les résultats seraient estimés de la façon suivante :

A partir de 12/20 soit, 10,2/17 les connaissances sont satisfaisantes

En dessous de 12/20 soit, 10,2/17 les connaissances sont insuffisantes.

7. LISTE DES DONNEES COLLECTEES

7.1 Les variables étudiées

Toutes les variables sont qualitatives :

- L'âge du professionnel a été regroupé par classes d'âges de manière équilibrée pour permettre une analyse plus approfondie par la suite. De plus, nous avons imaginé que les jeunes professionnels sont plus enclins à de nouvelles méthodes de travail.
- La durée d'expérience professionnelle pour chaque profession, a été regroupée de la même manière par classes.
- La profession : nous pouvons imaginer que les sages-femmes seront sûrement plus intéressées par le sujet que les gynécologues, obstétriciens.
- Le secteur d'activité. De même, les sages-femmes libérales seront peut-être plus intéressées par le projet car cela les touche plus législativement que les sages-femmes hospitalières.

- L'information reçue des professionnels de santé en périnatalité sur les maisons de naissance.
- Les connaissances (principe de fonctionnement) des professionnels sur les maisons de naissance.
- La connaissance des praticiens sur certains principes pratiques de la maison de naissance (absence de déclenchement du travail, sortie précoce avec une hospitalisation à domicile, l'absence d'analgésie péridurale, monitoring *per partum* discontinu, positions variées lors du travail et de l'accouchement).
- L'avis des professionnels de santé sur un éventuel projet de maison de naissance en Limousin. Cela renvoie à la question si ce thème est fédérateur.

8. LES RESULTATS

8.1 Méthodes statistiques

Le logiciel Statview© a permis de réaliser l'ensemble des statistiques. Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage. Des moyennes ont été données pour les connaissances des professionnels.

Nous avons réalisé une étude descriptive.

8.2 Présentation de la population étudiée

8.2.1 Taux de réponses

Au total, 259 questionnaires ont été diffusés, il y a eu 197 retours dont 4 questionnaires ont été exclus car non remplis, donc non exploitables. Il y a eu 179 réponses spontanées et 18 réponses après relances. Soit 193 questionnaires exploités, nous avons obtenu un taux de réponse global de 74,5%.

Tableau 1 : Taux de réponses à l'enquête

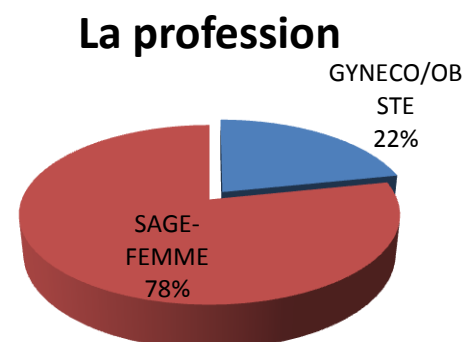
	Sages-femmes	Gynécologues	Total
Nombre de questionnaires distribués	197	62	259
Nombre de réponses	151	42	193
Pourcentage de réponses	79,7%	67,7%	74,5%

8.3 Les caractéristiques de la population étudiées

8.3.1 La profession

Dans l'échantillon de départ nous avons 76% de sages-femmes et 24% de gynécologues obstétriciens. L'échantillon de notre étude est quasi similaire.

	Fréquence	Pourcentage
GYNECO/OBSTE	42	21,8
SAGE-FEMME	151	78,2
Total	193	100,0



8.3.2 La représentativité du département d'exercice

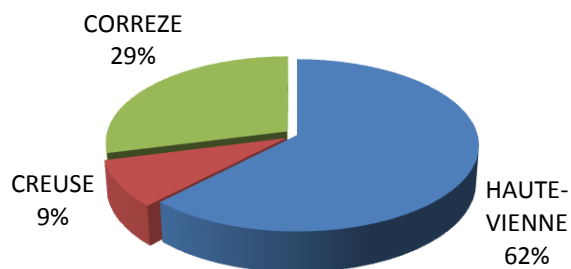
Le département de la Haute-vienne regroupe 120 sages-femmes et 39 gynécologues obstétriciens soit 61,3% de la population étudiée.

En Corrèze, il y a 60 sages-femmes et 19 gynécologues obstétriciens soit 30,5% de la population étudiée.

En Creuse, il y a 17 sages-femmes et 4 gynécologues obstétriciens soit 8,1% de la population étudiée.

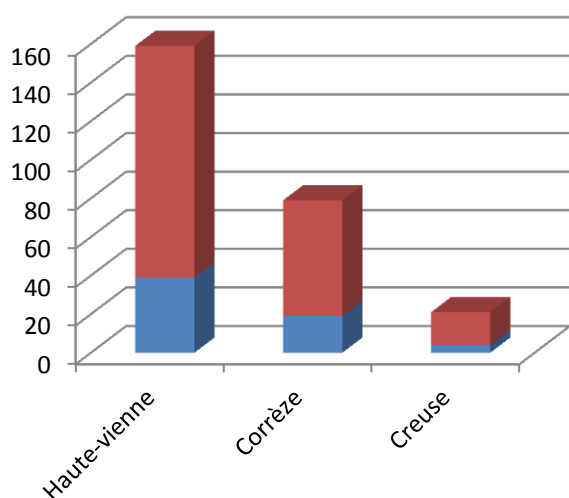
Les réponses à notre étude montrent une répartition homogène et similaire à la répartition géographique initiale.

Les départements d'exercice



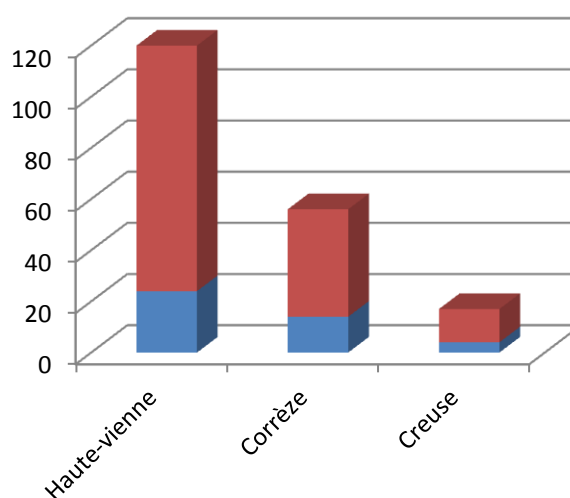
8.3.3 La répartition des professions par départements

Répartition initiale



■ gynécologue ■ sage-femme

Réponses



■ gynécologue ■ sage-femme

Réponses		professions		Total
		GYNECO/OBSTE	SAGE-FEMME	
Départements	HAUTE-VIENNE	24	96	120
	CREUSE	4	13	17
	CORREZE	14	42	56
Total		42	151	193

De la même façon la distribution des réponses est homogène par rapport à notre population initiale.

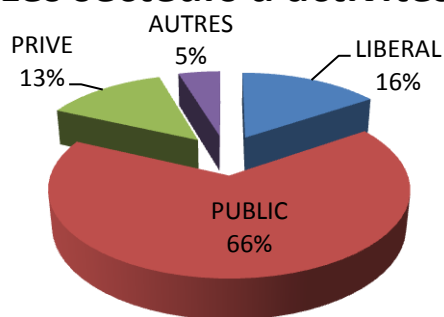
8.3.4 Les secteurs d'activité

La région limousine regroupe 24 sages-femmes et 19 gynécologues obstétriciens libéraux soit 16,6% de la population de départ. En secteur hospitalier il y a 141 sages-femmes et 32 gynécologues obstétriciens soit 66,8%. En secteur privé il y a 32 sages-femmes et 11 gynécologues obstétriciens soit 16,6%.

La catégorie autres regroupent pour les gynécologues obstétriciens : 7 professionnels exerçant en secteur public et libéral et 2 en secteur privé et libéral.

	Fréquence	Pourcentage
LIBERAL	30	15,5
PUBLIC	128	66,3
PRIVE	26	13,5
AUTRES	9	4,7
Total	193	100,0

Les secteurs d'activités



La distribution de nos réponses selon le secteur d'activité montre qu'elle est homogène à notre population de départ.

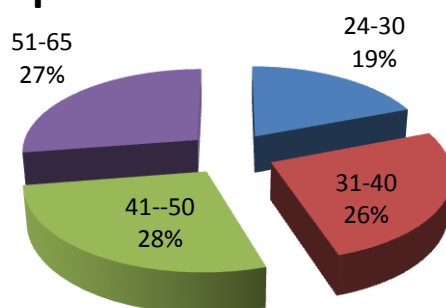
8.3.5 L'âge de la population

La moyenne d'âge de la population est de 47,68 ans tout professionnel confondu.

Nous avons effectué un regroupement en 4 classes (24/30,31/40,41/50,51/65), référentiel arbitraire objectivé par Monsieur Lajoux et moi-même de manière à ce que les classes d'âges soient réparties par décennies. Nous constatons alors que les 24/30 ans, représentant les jeunes diplômés, sont la classe d'âge la moins représentée.

Age	Fréquence	Pourcentage
24-30	37	19,2
31-40	50	25,9
41—50	53	27,5
51-65	53	27,5
Total	193	100,0

L'âge des professionnels

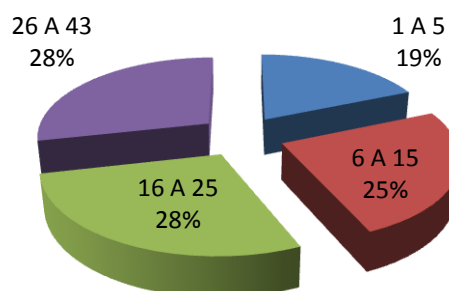


8.3.6 La durée d'exercice

De la même façon, nous remarquons que les durées d'expérience sont assez bien réparties (de 25 à 28,5%), à part, logiquement pour la catégorie des jeunes diplômés.

Durée d'expérience	Fréquence	Pourcentage
1-5	36	18,7
6-15	48	24,9
16-25	54	28,0
26-43	55	28,5
Total	193	100,0

La durée d'exercice

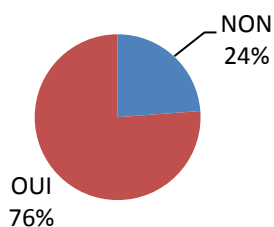


8.4 Les connaissances des professionnels de santé sur les maisons de naissance

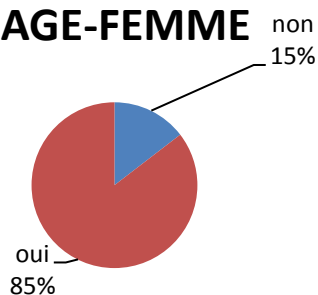
8.4.1 Les moyens de connaissance et d'information

- Les connaissances supposées

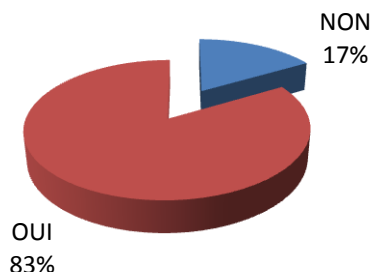
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Connaissances des maisons des naissances

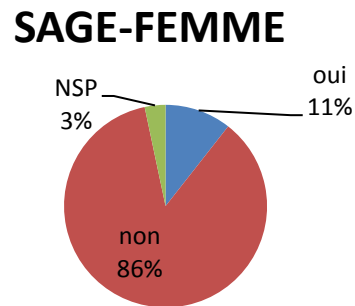
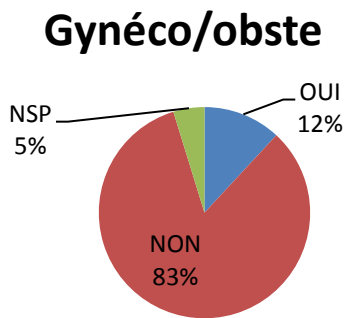


Les professionnels ont à 83% eu connaissance des maisons de naissance à un moment ou à un autre de leur carrière par divers moyens d'informations. Ces derniers sont pour la plupart :

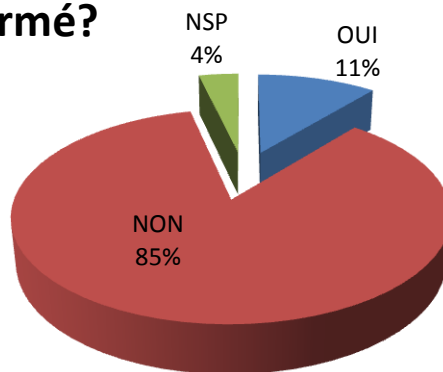
- Des revues médicales à 64%
- La télévision et la radio pour 38% d'entre eux
- Par des collègues à 36%
- 24% par des réunions.

Au contraire, seulement 4% ont été informés par des parturientes.

- Le degré d'information



Estimez-vous être bien informé?

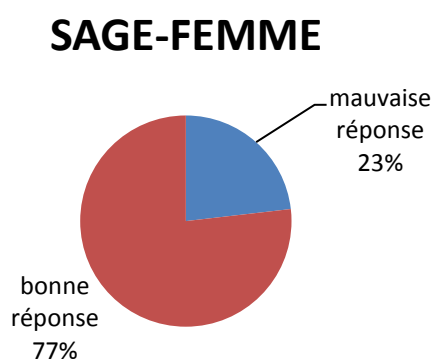
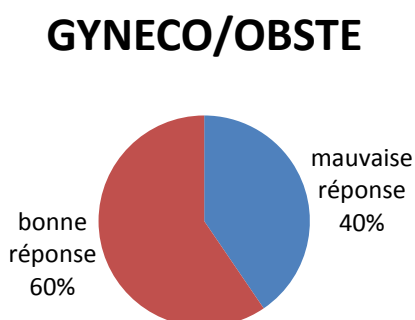


Nous constatons que la grande majorité des professionnels ne s'estime pas assez bien informés sur le fonctionnement des maisons de naissance dont 83% de gynécologues obstétriciens et 86% de sages-femmes.

8.4.2 Les connaissances en détails

8.4.2.1 Les principes de fonctionnement généraux

- Le lieu : où se situe la maison de naissance par rapport à un centre hospitalier ? (3 points).



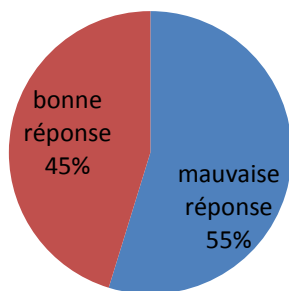
On peut noter que 73% situent correctement la maison de naissance par rapport au centre hospitalier, qui doit se trouver à une distance inférieure à 500m de celui-ci.

Presque 3 professionnels sur 10 (27%) ne connaissent pas le lieu d'implantation des maisons de naissance.

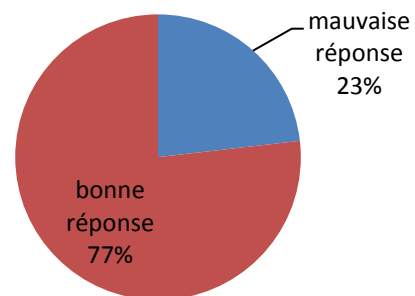
Nous constatons que 40% des gynécologues ont mal répondu contre 26% des sages-femmes.

- Le coût : la mise en place des maisons de naissance permettra t-elle une diminution des coûts de santé publique ? (1 point).

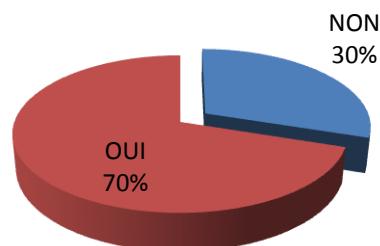
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Diminution des coûts de santé publique

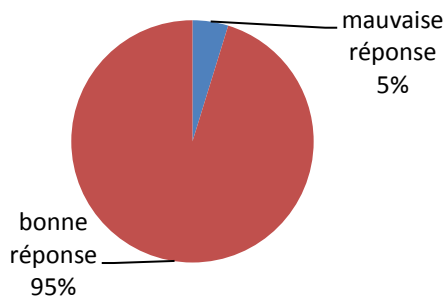


Nous constatons que 70% des professionnels ont bien répondu à cette question et que 30% ont mal répondu dont 55% de gynécologues obstétriciens et 23% de sages-femmes seulement.

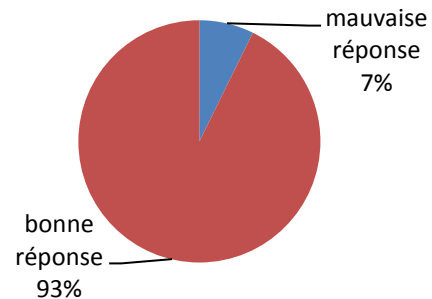
8.4.2.2 La prise en charge des parturientes

- La grossesse pathologique peut-elle être prise en charge en maison de naissance ? (3 points)

GYNECO/OBSTE



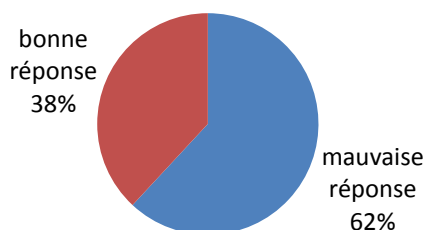
SAGE-FEMME



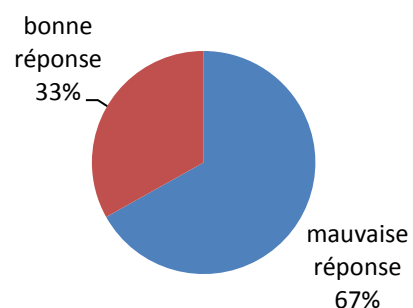
Nous constatons que peu de professionnels (6%) pensent qu'une grossesse pathologique peut être prise en charge en maison de naissance (7% des sages-femmes et 5% des gynécologues obstétriciens).

- Les ocytociques peuvent-ils être utilisés en maison de naissance dans le cadre d'un travail dirigé ? (2 points).

GYNECO/OBSTE



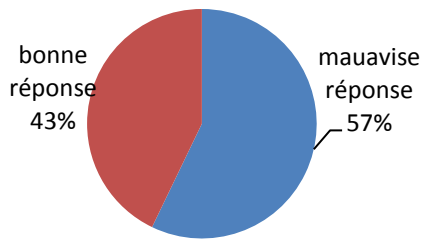
SAGE-FEMME



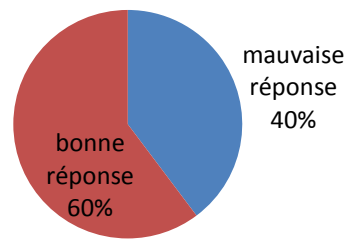
Nous constatons que 66% des professionnels pensent que les ocytociques en maison de naissance peuvent être utilisés (67% des sages-femmes et 62% de gynécologues obstétriciens).

- L'utilisation de l'analgésie péridurale (2 points).

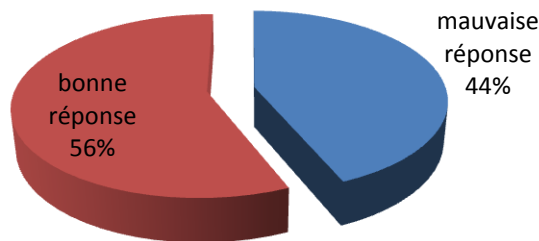
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



L'analgésie péridurale en MDN

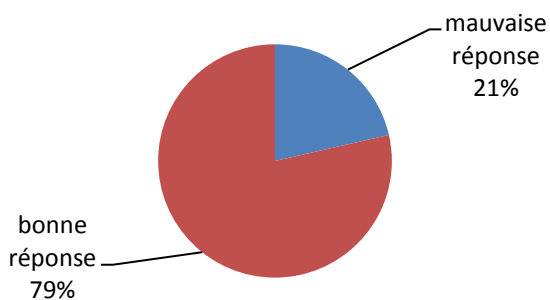


Nous constatons que 44% des professionnels pensent qu'une analgésie péridurale peut être administrée en maison de naissance dont 57% sont gynécologues obstétriciens et 40% sages-femmes.

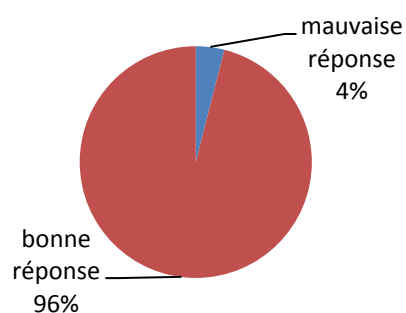
8.4.2.3 La place de la sage-femme en maison de naissance

- Le suivi de grossesse par la sage-femme (3 points).

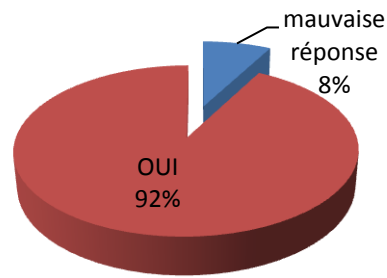
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME

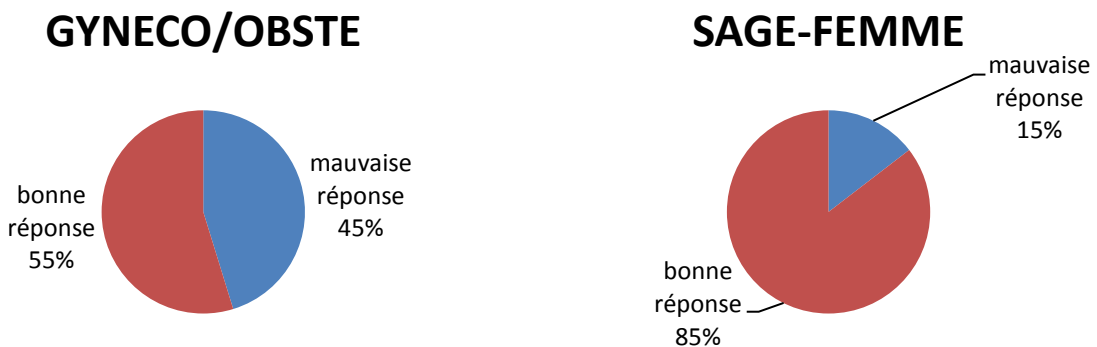


Le suivi de grossesse par la sage-femme

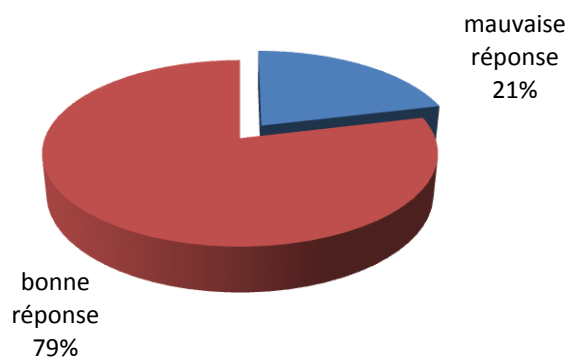


Nous constatons que la majorité des professionnels (92%) savent que le suivi de grossesse et l'accouchement en maison de naissance sont effectués par la sage-femme. Mais 21% des gynécologues obstétriciens ont mal répondu et 4% des sages-femmes, ces derniers pensent que le suivi doit être effectué par un gynécologue obstétricien.

- L'examen pédiatrique par la sage-femme (2 points).



L'examen pédiatrique par la sage-femme



Nous constatons que 21% des professionnels soit, ¼ ne pensent pas que le premier examen pédiatrique peut être effectué par la sage-femme, parmi ces derniers, 45% sont gynécologues obstétriciens et 15% sont sages-femmes.

8.4.3 Les questions de connaissances : le bilan

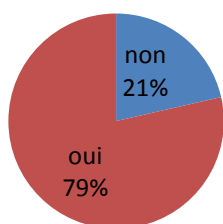
Il existe une disparité de moyenne entre les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes du point de vue des connaissances.

	N	Moyenne sur 17 points
Gynécologues obstétriciens	42	10,24
Sages-femmes	151	12,68

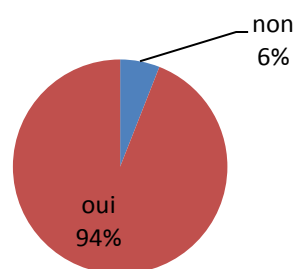
8.5 Etat des lieux des points de vue

8.5.1 Les attentes des femmes

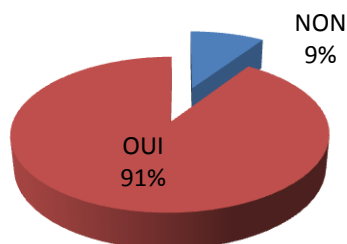
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Les attentes des femmes



Les professionnels de santé pensent à 91% que les maisons de naissance répondraient aux attentes de certaines de leurs patientes, 79% des gynécologues obstétriciens et 94% des sages-femmes.

8.5.2 Les principes de fonctionnement internes des maisons de naissance

- La présence des professionnels en maison de naissance

Une majorité des professionnels de santé pensent à hauteur de 68% que deux sages-femmes doivent être présentes dans la maison de naissance. Au contraire 74% pensent que les gynécologues devraient être présents, comme les anesthésistes 77% et les pédiatres 79%.

	Obstétricien	Une sage-femme	Deux sages-femmes	Anesthésiste	Pédiatre	Puéricultrice	Auxiliaire de puériculture
OUI	26%	42%	68%	23%	21%	24%	24%
NON	74%	58%	32%	77%	79%	76%	76%

Cependant, ce résultat diffère suivant la profession. On remarque que majoritairement, deux sages-femmes doivent être présentes pour les deux.

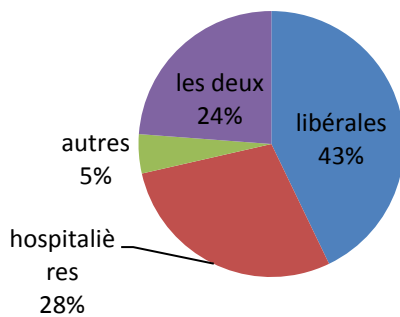
Plus spécifiquement, pour les sages-femmes, l'auxiliaire de puériculture doit être présente au même titre que les deux sages-femmes (75%). Pour le reste des professionnels les sages-femmes ne pensent pas que leur présence est indispensable (de 18 à 23%) en maison de naissance.

Les gynécologues sont plus partagés avec des pourcentages de 31 à 50% pour tous les professionnels de la naissance.

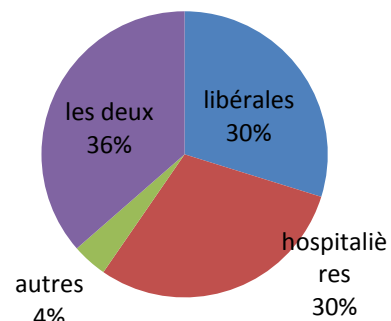
	obstétricien	Une Sage-femme	Deux sages-femmes	anesthésiste	pédiatre	puéricultrice	Auxiliaire de puériculture
Gynécologue	40%	50%	55%	33%	31%	48%	43%
Sage-femme	23%	40%	72%	20%	19%	18%	75%

- Le statut des sages-femmes en maison de naissance

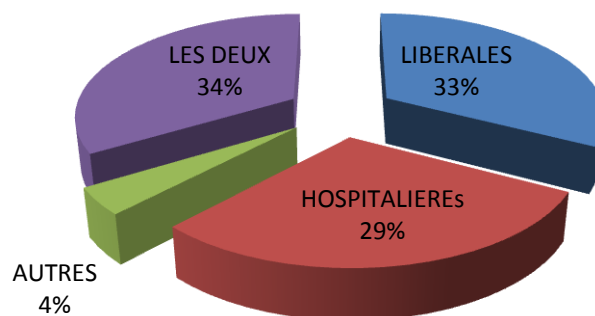
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Statut de la sage-femme en maison de naissance



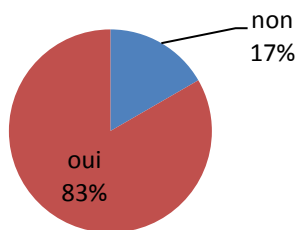
Le point de vue des professionnels quant au statut de la sage-femme en maison de naissance est assez mitigé :

- 29% devraient être hospitalières, ce chiffre est équivalent chez les gynécologues obstétriciens (28%) et sages-femmes (30%).
- 33% devraient être libérales, ce chiffre différent pour les gynécologues (43%) et sages-femmes (30%).
- 34% pensent qu'elle devrait en double exercice, 24% chez les gynécologues et 36% chez les sages-femmes.

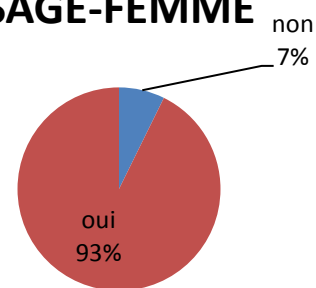
Pour finir, 4% des professionnels pensent que le statut de la sage-femme en maison de naissance n'a pas d'importance.

- Le choix de la position d'accouchement et ses inconvénients

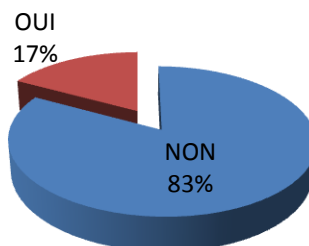
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Inconvénients à ce choix

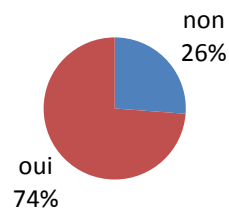


91% des professionnels pensent qu'il est nécessaire de proposer à chaque femme la possibilité de choisir sa position d'accouchement dont 83% des gynécologues et 93% des sages-femmes. Cependant, 17% pensent qu'il existe des inconvénients à ce choix.

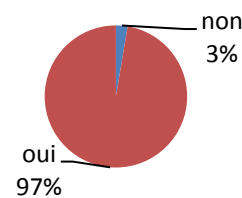
Les inconvénients qui nous ont été rapportés dans notre étude de manière exhaustive sont :

- « L'inexpérience de la sage-femme » peut-être un inconvénient
 - la position d'accouchement de la patiente rend « difficile son accouchement » pour le professionnel qui le pratique.
 - « Difficultés à capter le rythme cardiaque fœtal » si la patiente déambule
 - « Contrôler le périnée » lié à la position d'accouchement
 - « Difficultés de la gestion de la pathologie » dans une telle structure
 - Difficulté de la gestion de la douleur maternelle
 - Difficulté dans la prise en charge d'efforts expulsifs insuffisants.
- Bénéfice de la diversité des techniques et méthodes d'accouchement

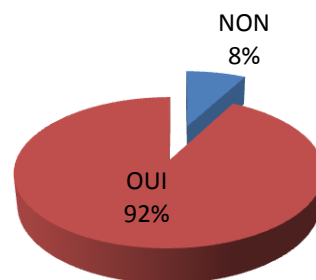
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME

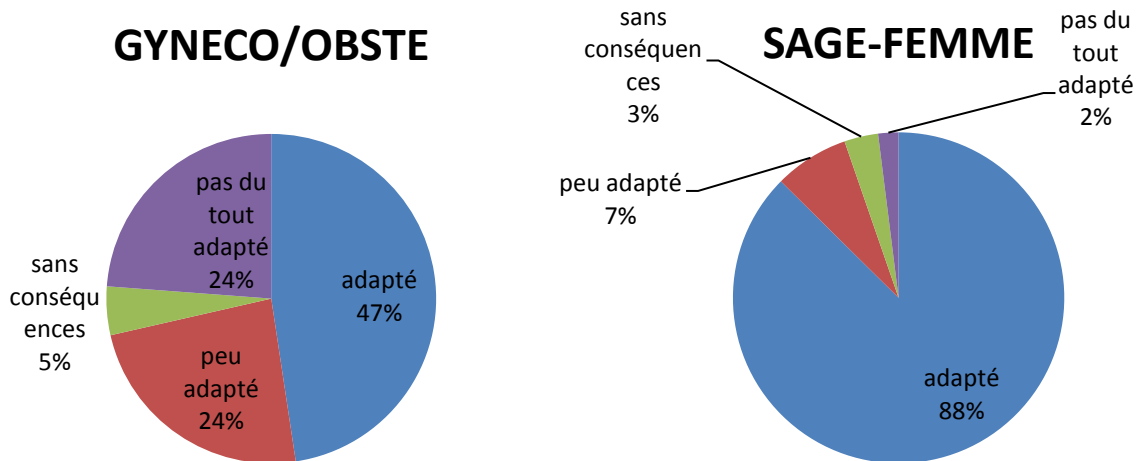


Les techniques d'accouchement



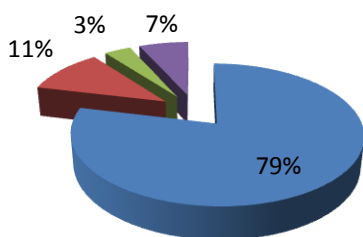
La diversité des techniques et des méthodes d'accouchement physiologique (baignoire, tabouret, suspension...) en maison de naissance est bénéfique pour le travail et l'accouchement pour 92% des sages-femmes et gynécologues obstétriciens. Nous constatons qu'une plus grande majorité des sages-femmes le pensent 97%, au contraire des gynécologues, 74%.

- Le monitoring discontinu



Le monitoring discontinu

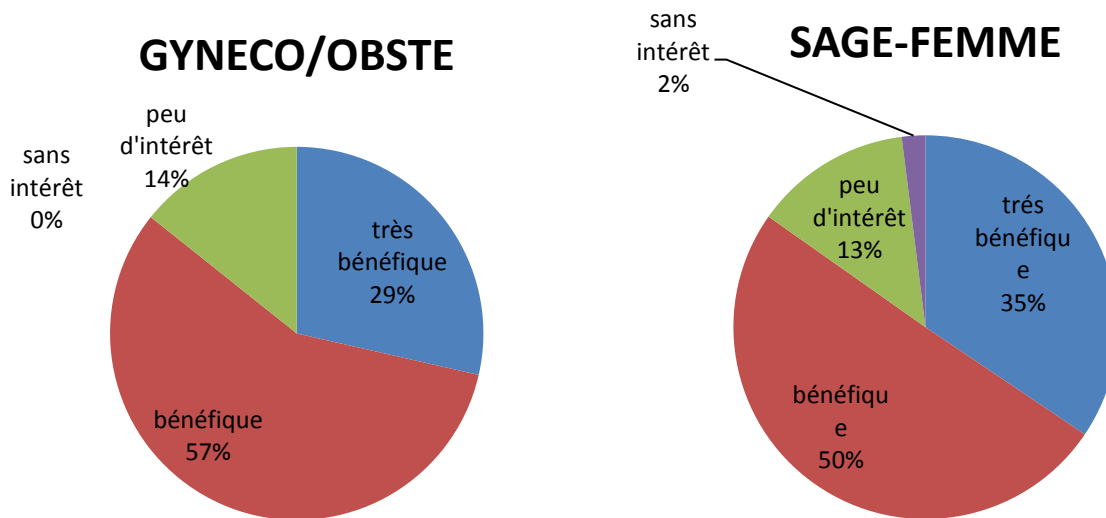
■ ADAPTE ■ PEU ADAPTE ■ SANS CONSEQ ■ PAS DU TOUT ADAP



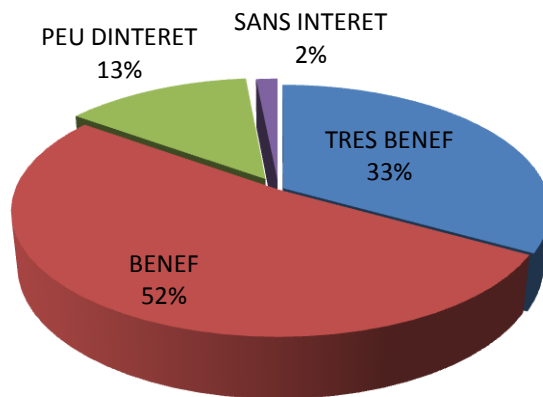
Le monitoring fœtal discontinu est adapté pour 79% des sages-femmes et des gynécologues obstétriciens pour une surveillance en maison de naissance et 7% pensent que ce système n'est pas du tout adapté et 3% sans conséquences. Cependant, du côté des gynécologues obstétriciens, nous constatons que les avis sont plus partagés avec 47% qui pensent que c'est adapté, mais 24% pensent que le monitoring discontinu est peu adapté voire pas du tout adapté (24% également). Les sages-femmes pensent majoritairement qu'il est adapté.

8.5.3 Les suites de couche

- Les suites de couche à domicile



Les suite de couche à domicile



Après une grossesse et un accouchement sans complication en maison de naissance, un séjour de suite de couche de 24h avec un relais à domicile est pour 52% des professionnels bénéfique, 2% seulement pensent que ce principe de fonctionnement est sans intérêt.

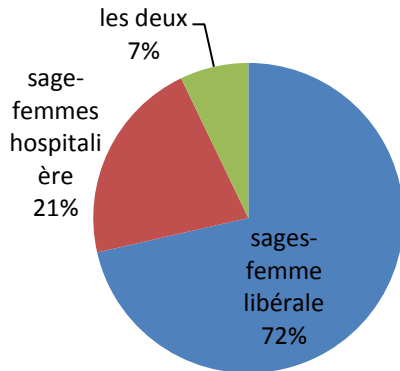
35% des sages-femmes le pensent très bénéfique contre 29% chez les gynécologues obstétriciens.

57% des gynécologues obstétriciens le pensent bénéfique contre 50% des sages-femmes.

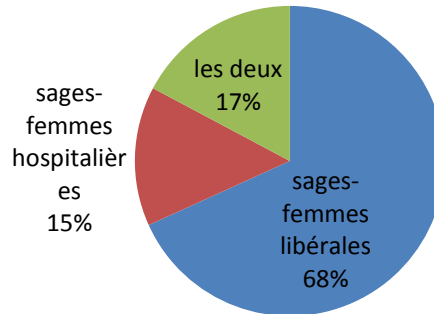
A pourcentage équivalent respectivement, de 13 et 14% les professionnels le pensent sans intérêt.

- Les professionnels en charge des suites de couches à domicile

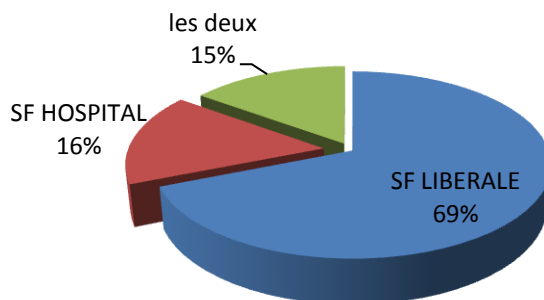
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Statut des sages-femmes : SDC à domicile

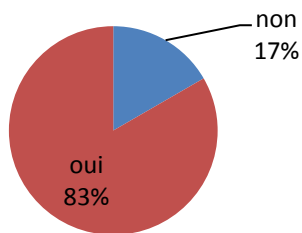


La majorité des répondants ont estimé que les professionnels de santé les plus à même de les assurer sont les sages-femmes libérales (69%), puis à pourcentage quasi égal les sages-femmes hospitalières (16%) et les deux (15%). Les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes pensent majoritairement qu'elles devraient être libérales.

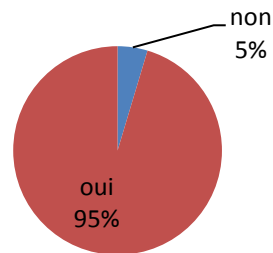
8.6 Les maisons de naissance en Limousin

8.6.1 Diversification de l'offre de prise en charge des parturientes

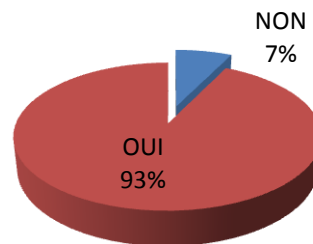
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



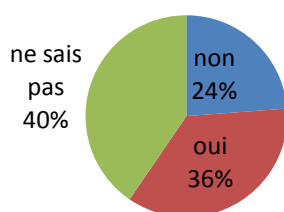
Offre de prise en charge



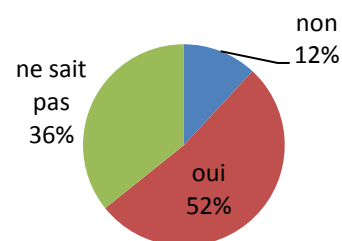
Les professionnels de santé de la région limousine ont répondu à 93% positivement sur le fait qu'une maison de naissance permettrait de diversifier l'offre de prise en charge des parturientes. Nous constatons que les sages-femmes le pensent à 95% et les gynécologues obstétriciens à 83%.

8.6.2 Une maison de naissance en Limousin ?

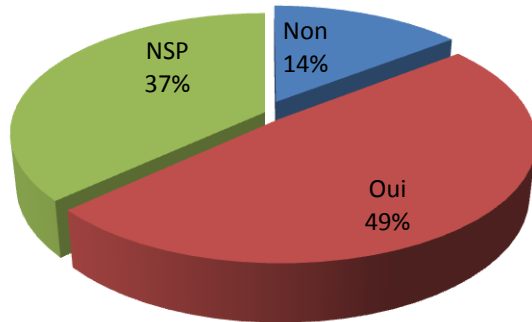
GYNECO/OBSTE



SAGE-FEMME



Une MDN en Limousin?



	Fréquence	Pourcentage
Non	28	14,5
Oui	94	48,7
NSP	71	36,8
Total	193	100,0

Les professionnels ont été interrogés sur la possibilité de création d'une maison de naissance dans la région Limousine. La moitié (49%) pense que ce projet pourrait-être réalisable avec 36% des gynécologues obstétriciens et 52% de sages-femmes, mais il faut noter que 37% des personnes se sont abstenues en répondant « ne sais pas » dont 40% des gynécologues obstétriciens et 36% des sages-femmes.

24% des gynécologues obstétriciens pensent que ce projet ne pourrait pas être réalisable contre 12% des sages-femmes.

9. REPONSES AUX HYPOTHESES

9.1 Hypothèse principale

Les sages-femmes pensent que le projet de maison de naissance est réalisable au contraire des gynécologues obstétriciens.

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons effectué un croisement de données et un test de Chi2 pour démontrer que le choix d'être favorable à la réalisation de maisons de naissance en Limousin dépend de la profession.

			MAISON DE NAISSANCES			Total
			NON	OUI	NSP	
PROFESSION	GYNECO/OBSTE	Effectif	10	15	17	42
		Effectif théorique	6,1	20,5	15,5	42,0
		%	35,7%	16,0%	23,9%	21,8%
		Résidu	3,9	-5,5	1,5	
	SAGE-FEMME	Effectif	18	79	54	151
		Effectif théorique	21,9	73,5	55,5	151,0
		%	64,3%	84,0%	76,1%	78,2%
		Résidu	-3,9	5,5	-1,5	
Total	Effectif	28	94	71	193	
	Effectif théorique	28,0	94,0	71,0	193,0	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tous les effectifs théoriques sont supérieurs à 5 donc le test est applicable.

	Valeur	Degré de liberté	p-value
Pearson Chi-Square	5,260	2	,072

Nous ne pouvons pas conclure pour un Intervalle de confiance (IC) de 95% car la p-value associée à la statistique de test est supérieure à 5% mais inférieure à 10%. Nous rejetons donc l'hypothèse nulle d'indépendance entre les deux variables avec un niveau de confiance de 90%.

Les sages-femmes ont répondu plus oui par rapport à ce que nous attendions comme réponse et inversement les gynécologues obstétriciens ont répondu plus non.

On peut donc conclure que l'hypothèse est validée avec un IC de 90% soit que statistiquement la profession est dépendante du choix de la potentialité d'ouverture d'une maison de naissance.

9.2 Etudes des variables liées à l'hypothèse principale

9.2.1 Lien entre les années d'exercice et la création de maison de naissance en Limousin

De la même manière nous avons voulu savoir si le nombre d'années d'exercice était indépendant de l'idée que le projet de maison de naissance est réalisable en Limousin. Pour plus de clarté, nous n'avons pas remis tous les tableaux nous permettant d'effectuer le test.

On peut appliquer le test du chi2 car tous les effectifs sont supérieurs à 5.

	Valeur	Degré de liberté	P-value
Pearson Chi-Square	2,618	6	,855

La p-value associée à la statistique de test est supérieure à 5%. Nous ne rejetons donc pas l'hypothèse nulle d'indépendance entre les deux variables avec un niveau de confiance de 95%.

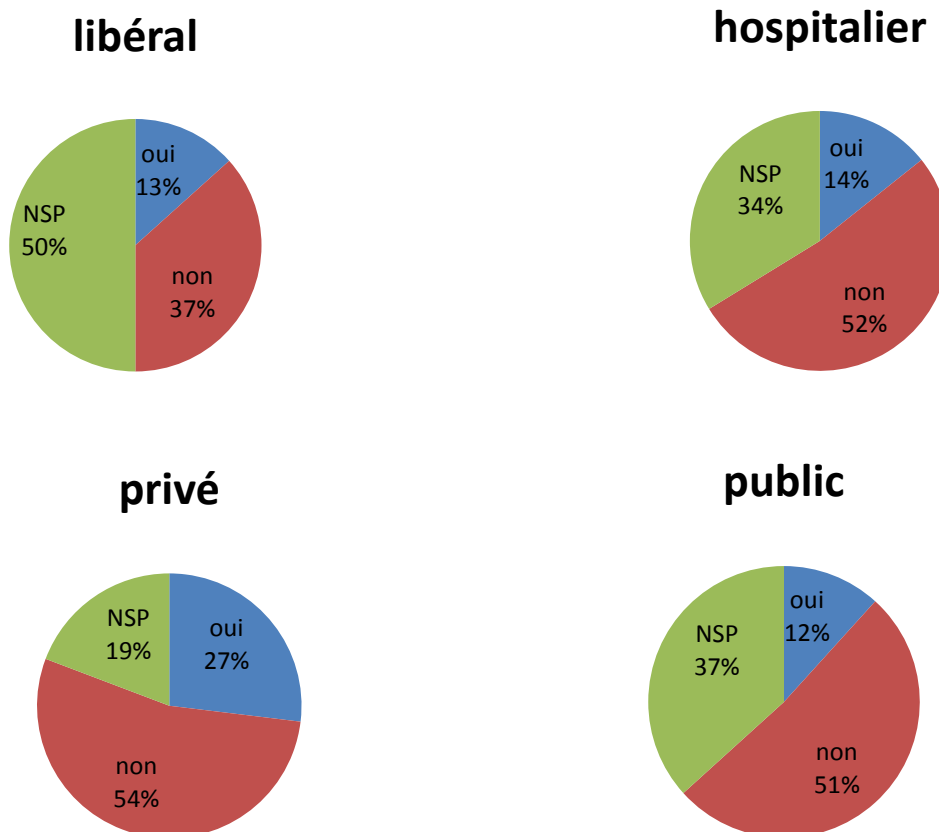
La durée d'exercice n'est donc pas statistiquement liée à une potentielle réalisation du projet de maison de naissance donc l'hypothèse que les jeunes professionnels sont plus enclins à de nouvelles méthodes de travail n'est pas validée.

Néanmoins ce phénomène est à modérer par rapport au faible effectif dans cette tranche d'âge.

9.2.2 Lien entre le secteur d'activité et la création de maisons de naissance

L'effectif total avait été diminué à 184 excluant les professionnels ayant une activité hospitalière et libérale car leurs effectifs étaient minimes (7 professionnels), mais les effectifs théoriques étant inférieurs à 5, nous n'avons pas pu effectuer le test du chi2.

Nous avons émis l'hypothèse que les professionnels libéraux seraient peut-être plus intéressés par le projet car cela les touche plus directement que les professionnels hospitaliers. Nous ne pouvons donc pas conclure sur l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables. Nous avons cependant effectué les pourcentages de réponses par secteurs d'activité afin de réaliser une analyse descriptive simple.



Nous remarquons que dans le secteur hospitalier une majorité des professionnels de santé hospitaliers (52%) ont répondu négativement quant à la potentialité de réalisation d'une maison de naissance en limousin contre 37% en secteur libéral.

Cependant les professionnels libéraux ont été les plus nombreux à ne pas se prononcer sur cette question soit 50% contre 34% en secteur hospitalier et jusqu'à 19% en secteur privé.

Pour conclure, peu de professionnels ont exprimé un avis positif sur la création des maisons de naissance tant dans le secteur libéral (13%) que dans le secteur hospitalier (14%). Les professionnels les plus favorables sont dans le secteur hospitalier privé soit 27%.

9.2.3 Lien avec le département d'exercice

Nous n'avons pas pu effectuer un test du chi2 avec les trois départements d'exercice car l'effectif de la Creuse est inférieur à 5 donc le test n'est pas valide.

Nous avons donc fait un test du chi2 pour les départements de la Corrèze et la Haute-Vienne où les effectifs sont supérieurs à 5 pour vérifier l'hypothèse que le département d'exercice est indépendant du point de vue sur la potentialité de réalisation des maisons de naissance dans le Limousin.

	Valeur	Degré de liberté	P-value
Pearson Chi-Square	2,315a	2	,314

La p-value associée à la statistique de test est supérieure à 5%. Nous ne rejetons donc pas l'hypothèse nulle d'indépendance entre les deux variables avec un niveau de confiance de 95%.

Le département d'exercice n'est donc pas statistiquement lié à une potentielle réalisation du projet de maison de naissance.

9.3 Hypothèse secondaire : les connaissances sur les maisons de naissance

9.3.1 La variable : la profession

Hypothèse : les professionnels ne connaissent pas bien les principes généraux des maisons de naissance.

Comme nous l'avons vu précédemment, les moyennes sur 17 points ne sont pas très importantes. D'après les catégories de notes que nous avons établies au préalable les professionnels de santé tout confondus ont des connaissances satisfaisantes avec une moyenne supérieure à 10,2/17 points, les gynécologues ayant juste la moyenne.

Profession	N	Moyenne	Ecart type
GYNECO/OBSTE	42	10,24	3,526
SAGE-FEMME	151	12,68	2,733

Nous avons été plus loin dans l'analyse pour vérifier si la connaissance des professionnels de santé était indépendante de la profession.

Pour cela nous avons effectué deux tests ; celui du test d'égalité des variances et test d'égalité des moyennes qui va nous permettre de démontrer que malgré l'écart d'effectif entre les sages-femmes et les gynécologues, il existe une différence de connaissances.

		Test d'égalité des variances		Test d'égalité des moyennes			
		F	p-value	T	df	p-value	Différence de moyenne
Q.15	Egalité de variances supposées	5,616	,019	-4,795	191	,000	-2,444
	Egalité de variances non supposées			-4,158	55,433	,000	-2,444

- TEST D'EGALITE DES VARIANCES

La p-value (0,019) associée à la statistique de test est inférieure à 5%. Nous rejetons donc l'hypothèse nulle d'égalité des variances.

- TEST D'EGALITE DES MOYENNES

La p-value inférieure à 0,001 associée à la statistique de test est inférieure à 5%. Nous rejetons donc l'hypothèse nulle d'égalité des moyennes.

La différence entre les moyennes est de -2,444 avec un intervalle de confiance à 95% de [-3,622 ; -1,226].

En moyenne, les sages-femmes ont une meilleure connaissance des maisons de naissance.

En conclusion nous avons démontré que la connaissance entre les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes est différente et qu'elle est qualifiée d'après nous de satisfaisante avec une modération pour les gynécologues qui n'ont que 10,24 points soit juste la moyenne que nous avons établi au préalable.

9.3.2 La variable : nombre d'années d'exercice

Nous vérifions l'hypothèse que les connaissances sur les maisons de naissance sont indépendantes du nombre d'années d'exercice

Tous les effectifs théoriques sont supérieurs à 5 donc le test du chi2 est valide.

	Valeur	Degré de liberté	p-value
Pearson Chi-Square	5,869a	3	,118

La p-value associée à la statistique de test est supérieure à 5%. Nous ne rejetons donc pas l'hypothèse nulle d'indépendance entre les deux variables avec un niveau de confiance de 95%.

La durée d'exercice n'est donc pas statistiquement liée à une connaissance des structures de type de maison de naissance.

9.3.3 Le département d'exercice

Nous n'avons pas pu effectuer un test du chi2 avec les trois départements d'exercice car l'effectif de la Creuse est inférieur à 5 donc le test n'est pas valide.

Nous avons donc fait un test du chi2 pour les départements de la Corrèze et la Haute-Vienne où les effectifs sont supérieurs à 5.

	Valeur	Degré de liberté	p-value
Pearson Chi-Square	2,228	1	,136

La p-value étant supérieure à 5% pour un IC à 95% nous ne pouvons pas rejeter l'hypothèse d'une indépendance entre le département d'exercice et la connaissance des maisons de naissance.

Les professionnels corréziens ont plus souvent répondu « oui » et les professionnels de la haute-vienne « non » par rapport aux résultats attendus.

Remarque : avec un IC de 86,4%, les deux variables sont statistiquement liées.

9.3.4 Variable : secteur d'activité

Nous avons aussi effectué un test du chi2 pour évaluer le lien avec le secteur d'activité. L'effectif total a été diminué à 184 en excluant les professionnels ayant une activité hospitalière et libérale car leurs effectifs étaient minimes (7 professionnels), ce qui ne permettait pas d'effectuer le test.

Nous avons émis l'hypothèse que le secteur d'activité était indépendant de la connaissance.

	Valeur	Degré de liberté	p-value
Pearson Chi-Square	6,341	1	,012

La p-value associée à la statistique de test est inférieure à 5%. Nous rejetons l'hypothèse nulle d'indépendance entre les deux variables avec un niveau de confiance de 95%. Contrairement à ce que nous attendions, les professionnels libéraux ont moins de connaissances que les professionnels hospitaliers.

ANALYSE ET DISCUSSION

1. ANALYSE

Avant d'analyser les résultats, il est nécessaire de tenir compte des points forts et des limites de notre étude.

1.1 Le point fort : la population

Nous avons constaté qu'une grande partie des professionnels (74,5%) ont répondu aux questionnaires ce qui nous a permis de faire une analyse descriptive précise.

Notre échantillon de sages-femmes et gynécologues représente correctement la population initiale que ce soit concernant :

- la profession
- le secteur d'activité
- le département d'exercice
- l'âge
- la durée d'exercice

Ce fort taux de réponses nous a permis de répondre statistiquement et significativement à la plupart de nos hypothèses de départ.

1.2 Les limites

1.2.1 Le manque de puissance

Nous avons souhaité au départ une population exhaustive mais malgré un fort taux de réponses, l'objectif n'a pas été atteint.

De plus, en ce qui concerne l'hypothèse que les sages-femmes pensent que le projet de maison de naissance est réalisable en Limousin au contraire des gynécologues obstétriciens, elle n'a pu être démontré qu'avec un indice de confiance de 90%. Ce qui suggère un manque de puissance de l'étude pour cette hypothèse.

Cependant pour notre seconde hypothèse, nous avons pu démontrer que les gynécologues avaient nettement moins de connaissances que les sages-femmes sur les principes de fonctionnement des maisons de naissance.

Ces dernières restent une problématique bien mieux connue des sages-femmes.

1.2.2 Analyse par département et par nombre d'années d'exercice et suivant le secteur d'activité

Concernant les départements, la Creuse ayant le moins de professionnels, malgré un nombre important de réponses, il n'y en pas eu assez pour permettre des analyses significatives en fonction des départements.

Ceci a été aussi le cas pour le nombre d'années d'exercice, les analyses ne sont pas significatives malgré une bonne répartition des classes d'âge de professionnels.

Concernant le secteur d'activité, nous n'avons pas pu faire de test du χ^2 pour étudier notre variable. Nous avons pu y répondre en partie par une analyse de répartition par secteur d'activité mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. De ce fait, nous ne pouvons conclure sur la potentialité d'intérêt des sages-femmes libérales pour le projet mais d'après les pourcentages obtenus elles sont les moins favorables au projet avec 13% de réponses contre. Mais il faut noter que ce sont les professionnels qui se sont le plus abstenus (50%).

1.2.3 Le questionnaire

Concernant la question « pensez vous que le projet de maison de naissance serait réalisable dans la région Limousine ? ». Nous avons mis une possibilité de réponses « ne sais pas » en vue d'éviter les non réponses. Mais l'effet obtenu a été imprévu dans le sens où un grand nombre de professionnels ne se sont pas exprimés sur le sujet en cochant je ne sais pas, soit 37%.

Cette question posée de la sorte a été dommageable à la prise de position des professionnels. Ce phénomène n'avait pas été retrouvé pendant la période de test du questionnaire. Si l'étude était à refaire nous enlèverions la possibilité de non réponses pour permettre aux professionnels de prendre position.

D'autre part nous avons fait le choix de ne pas mettre de question sur le caractère favorable de l'ouverture d'une maison de naissance en Limousin et nous nous sommes contentés de la potentialité de réalisation.

Il aurait pu être intéressant de savoir si les professionnels étaient favorables ou non mais nous nous sommes demandé si cette question n'entraînerait pas un positionnement trop déroutant pour le professionnel et donc peut-être un fort taux de non réponse.

1.3 Les connaissances et les moyens d'information

Les professionnels ont reconnu à 85% ne pas être informés sur le fonctionnement interne des maisons de naissance, ce chiffre est quasiment identique pour les deux professions. Cependant les moyens d'information sur ce sujet très actuel sont vastes. La plupart des professionnels en ont eu connaissance par des revues médicales (72% pour les sages-femmes et 33% des gynécologues).

Ces dernières étant souvent assez spécifiques suivant la profession concernée, ces résultats reflètent peut-être le fait que les maisons de naissance sont un sujet qui concerne plus les sages-femmes que les gynécologues obstétriciens. Il n'en reste pas moins un support d'information fiable. La télévision est le second moyen d'information pour 38% des professionnels, il est étonnant que le projet des maisons de naissance soit plus véhiculé par ce média que par les revues médicales.

Contrairement aux gynécologues (24%), les sages-femmes (40%) communiquent entre elle sur cette alternative à l'accouchement hospitalier, ce qui montre leur intérêt pour le sujet.

Pour finir, peu de professionnels ont effectué des échanges avec les parturientes (4 et 2%) sur ce sujet. Il y a une faiblesse dans la demande des usagers car les couples sont également mal informés.

Nous pouvons conclure au vu des résultats que les professionnels les moins informés sont les moins favorables quant à la potentialité de réalisation d'une maison de naissance en Limousin.

1.4 L'utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytociques

Nous nous sommes intéressés à deux pratiques courantes : l'analgésie péridurale et l'utilisation des ocytociques dans le cadre d'un travail dirigé. Nous avons demandé aux professionnels de santé si leurs utilisations étaient possibles en maison de naissance. Nous avons eu beaucoup de mauvaises réponses. En effet, la maison de naissance ne peut pas proposer d'analgésie péridurale car elle nécessiterait un anesthésiste sur place ce qui n'est pas le cas.

D'autre part, les ocytociques peuvent entraîner plusieurs complications ; leur utilisation reste difficile sans une analgésie péridurale. Cela sort du domaine de la physiologie dans une maison de naissance.

Nous avons obtenu 67% de sages-femmes qui pensent que les ocytociques peuvent être utilisés (62% de gynécologues obstétriciens). Même chose pour l'analgésie péridurale, les gynécologues obstétriciens à 57% pensent qu'elle peut être utilisée et 40% des sages-femmes.

Ces résultats sont en corrélation avec les pratiques actuelles. La plupart des patientes accouchent sous péridurale et beaucoup d'entre elles ont un travail dirigé. Ces pratiques deviennent quasi systématiques. Elles sont utilisées car elles permettent une facilité de prise en charge des patientes par les professionnels qui n'ont plus besoin d'accompagner la patiente dans sa gestion de la douleur.

L'accompagnement des couples comme nous l'avons dit dans notre première partie est un investissement profond du professionnel, il demande du temps, de la patience, de l'empathie et du professionnalisme. Il faut reconnaître qu'un professionnel qui a en charge plusieurs patientes éprouve des difficultés à effectuer cet accompagnement de manière totale. L'utilisation de l'analgésie péridurale a permis une abolition de la douleur des parturientes et une certaine liberté pour le professionnel mais au détriment de l'accompagnement. Mais savons-nous encore accompagner les patientes dans la douleur ?

Les maisons de naissance font peur, ne serait-ce pas pour cette raison...

Cette question est légitime, puisque certains professionnels les associent à un retour en arrière, car à l'époque les femmes accouchaient sans analgésie péridurale dans la douleur, alors pour eux accoucher aujourd'hui sans analgésie péridurale est archaïque.

De nos jours, on a la chance de pouvoir offrir à chaque patiente la possibilité de choisir la manière dont elle veut être prise en charge pour la naissance de son enfant. Ces patientes refusant la systématisation des gestes, elles aspirent à vivre cet événement le plus naturellement possible.

Mais ces patientes se retrouvent à ce moment précis dans l'inconnu, elles ont besoin de soutien, d'une référence et de se sentir accompagnées par une personne compétente.

Depuis la nuit des temps la sage-femme joue ce rôle en accompagnant ces femmes, ces couples, alors pourquoi proscrire un mode de prise en charge qui a toujours révélé les compétences des sages-femmes ?

1.5 Une maison de naissance en Limousin : une réponse aux attentes de certaines patientes ?

1.5.1 Réflexion liée à la littérature : les attentes des patientes vues par les parturientes

Dans notre première partie nous avons cité deux études réalisées sur les attentes des femmes quant à leur prise en charge de la naissance. Nous avons confronté nos résultats à ces deux études.

Pour commencer, dans notre département de la Haute-Vienne, l'étude de C.Perrochon en 2010 avait démontré qu'après une explication du fonctionnement de ces structures, 26,8% des femmes seraient favorables à un accouchement en maison de naissance.

De plus, l'étude de M.Hebbinckuys dans la région Auvergne réalisée en 2011 a obtenu des résultats semblables auprès des parturientes. Le bilan fut qu'après avoir lu l'information sur le fonctionnement des maisons de naissance, une grande partie des femmes émettait une opinion globale favorable soit 78,1% de la population contre 20,5% d'opinions défavorables.

En ce qui concerne l'expérimentation des maisons de naissance, plus de $\frac{3}{4}$ des femmes (83,7%) émettaient un avis favorable contre 12,8% d'avis défavorables.

Les chiffres sont différents quant aux perspectives d'un suivi de grossesse en maison de naissance si une telle structure existait en Auvergne, seulement 20,5% des femmes envisageraient un suivi en maison de naissance pour la grossesse en cours (55,5% ne l'envisagent pas) et 31,8% des femmes l'envisageraient pour une prochaine grossesse. Au final 26,8% n'envisagent pas du tout ce type de suivi.

En ce qui concerne l'accouchement, 22,6% envisageraient d'accoucher en maison de naissance pour la grossesse en cours, 56,2% ne l'envisageraient pas mais 30,7% l'envisageraient pour une future grossesse.

1.5.2 Les attentes des patientes vues par les professionnels de santé

A l'opposé, dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux points de vue des professionnels sur les attentes des patientes. Ce mode de prise en charge ne correspondant pas à la totalité des parturientes, nous nous sommes demandé s'il répondrait à certaines de leurs patientes.

Les professionnels pensent à 91% que la prise en charge en maison de naissance répondrait aux attentes de certaines de leurs patientes, les gynécologues obstétriciens pourtant réfractaires au départ le pensent à 79%.

On retrouve ces mêmes résultats quand on les interroge sur la potentialité de diversification de la prise en charge par les maisons de naissance, 83% des gynécologues et 95% des sages-femmes le pensent.

Ces résultats surprenants nous révèlent sûrement une envie « encore silencieuse » des professionnels de santé d'un nouveau mode de prise en charge. Ils ressentent peut-être cette demande des patientes sans toutefois pouvoir y répondre. Ces deux questions étaient un moyen indirect de nous rendre compte de la nécessité d'entamer une réflexion sur un accompagnement de la naissance différent.

Par conséquent, nous remarquons que les réponses que nous avons obtenues reflètent la réalité. La prise en charge en maison de naissance permettrait de répondre aux attentes d'1/4 des femmes interrogées et les professionnels le pensent aussi. Certaines femmes après une information complète se projettent dans ce mode de prise en charge et déclarent même vouloir y accoucher.

Ne serait-ce pas là la preuve qu'un nouveau mode de prise en charge pourrait voir le jour et satisfaire une partie des futures patientes ?

1.5.3 La faisabilité de la maison de naissance

Mais, quand nous demandons plus directement et concrètement si la réalisation d'une maison de naissance en Limousin est envisageable, nous n'obtenons que 49% de professionnels de santé favorable et 37% d'abstention.

Seulement la moitié l'envisagerait alors que 91% pensent que cela répondrait aux attentes de leurs patientes, on obtient une totale discordance entre ces réponses dont les questions ont pourtant la même finalité.

Ceci nous montre bien que malgré une prise de conscience des professionnels sur le besoin d'un accompagnement différent des couples, les mentalités ne sont pas encore prêtes à envisager ce changement par les maisons de naissance.

Nous avons quand même essayé de les projeter sur le fonctionnement interne d'une telle structure. Notre question avait pour but d'entamer une réflexion des professionnels, et d'obtenir une vision globale du fonctionnement des maisons de naissance qu'ils envisageraient, si ces structures dans le futur voyaient le jour en France.

1.5.4 La nature du personnel exerçant

Quand nous les interrogeons sur les personnes qui devraient être présentes dans une maison de naissance, nous obtenons des résultats qui sont calqués avec nos pratiques actuelles. Au vu des résultats, il est difficile pour les professionnels de se représenter un mode de fonctionnement différent.

Les sages-femmes envisagent deux sages-femmes et une auxiliaire de puériculture ce qui ne diffère pas tellement de leurs méthodes de travail actuelles. La gestion de la physiologie ne nous oblige pas, même à l'heure actuelle, la présence de tous les professionnels de santé en périnatalité.

Les gynécologues quant à eux travaillent, dans la gestion de la pathologie, avec de nombreux professionnels, anesthésiste, pédiatre etc. De ce fait, les résultats obtenus révèlent une répartition homogène quant aux professionnels de santé qui devraient être présents. Pour eux, tout le monde a sa place (de 31 à 55%).

Le point de vue des sages-femmes est corrélé avec le fonctionnement des structures françaises et étrangères. Pour la plupart, elles ont opté pour deux sages-femmes ou une sage-femme et une auxiliaire de puériculture présentes lors de l'expulsion. Ces résultats sont rassurants pour l'avenir.

1.5.5 Les représentations spécifiques des gynécologues obstétriciens du Limousin

De plus, dans notre analyse nous avons pu remarquer que les gynécologues obstétriciens de notre région ne sont pas aussi réfractaires que le CNGOF [42] et l'Académie de médecine [43] n'a pu l'exprimer auparavant. Il semblerait que ces professionnels seraient potentiellement prêts à une installation progressive d'un nouveau mode de prise en charge des parturientes.

En conclusion, l'intérêt de ce mémoire était de mettre en lien les professionnels intéressés par le projet. Nous avons surtout pu mettre en évidence que les professionnels pensent que les maisons de naissance permettraient de diversifier l'offre de prise en charge et de répondre aux attentes de certaines leurs patientes...

2. DISCUSSION

De notre analyse, nous remarquons que les maisons de naissance ont leurs places dans notre système de santé. Les professionnels et les couples sont en attente d'un nouveau mode de prise en charge... comment l'imaginer?

2.1 Critères essentiels pour une telle structure

2.1.1 Les atouts des maisons de naissance

- L'accompagnement global est un point essentiel de la maison de naissance comme nous l'avons cité dans notre première partie. La femme, le couple est accompagné par une sage-femme référente pendant toute la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.
- La sage-femme se positionne en accompagnante de la naissance. Ceci a pour but de créer des liens de confiance et d'établir une relation privilégiée.
- L'enrichissement humain autour de la naissance par la singularisation de la relation avec le couple

- L'allègement de la médicalisation et non une démedicalisation. On laisse la possibilité à la physiologie de prendre en charge les événements en lien avec la naissance. Tout ceci dans un environnement humain, familial, encadré par des professionnels compétents.
- La proximité hospitalière par la maternité référente, c'est le point essentiel pour le fonctionnement d'une maison de naissance. Si un acte est nécessaire, le transfert s'effectue dans l'hôpital référent dans les meilleurs délais avec un encadrement correct de la femme.

En conclusion la maison de naissance représente une alternative physiologique et sécuritaire à l'accouchement hospitalier.

2.1.2 La notion de grossesse à bas risque obstétrical

Une revue de la littérature a été réalisée en 2003 par P.Viossat dont le but est d'analyser les publications concernant les maisons de naissance existantes et de permettre de juger de leur efficacité avec un fonctionnement hospitalier conventionnel et ceci dans plusieurs pays industrialisés.

Toutes les études mettent en évidence une amélioration en termes de morbidité, mortalité maternelle et périnatale dans le groupe des grossesses à bas risques. D'après les conclusions il apparaît de manière homogène que l'accouchement en maison de naissance n'augmente pas le risque maternel ou périnatal par rapport à l'hôpital.

Cependant la définition d'une grossesse à bas risque diffère d'un pays à l'autre. De ce fait, il est difficile de conclure sur l'innocuité de la réalisation de telles structures dans le système de soins français.

En France, en 2007, l'HAS établit des recommandations professionnelles concernant le suivi de la grossesse et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Ces recommandations précisent, pour chacune des situations à risque identifiées, le type de prise en charge en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis.

En conclusion, il est important avant une future mise en place de telles structures d'établir un référentiel très précis de cette notion de grossesse à bas risque avec la maternité référente. La sage-femme a en charge la surveillance de la grossesse pour prévenir, dépister et diagnostiquer des situations à risque et donc permet une adaptation constante de la prise en charge avec une réorientation possible vers un centre adapté.

La sage-femme, maîtresse de la physiologie retrouve toute sa place d'accompagnante en laissant aux gynécologues obstétriciens, la prise en charge de la pathologie.

2.1.3 Les expériences françaises : la preuve qu'une entente est possible

Comme nous l'avons cité dans notre première partie, trois maternités françaises ont déjà franchi le pas et proposent un autre moyen de prise en charge de la naissance.

Ce que nous pouvons retirer comme conclusion, c'est que chaque structure, type maison de naissance, s'est adaptée suivant les exigences **locales** de santé en périnatalité. Une bonne entente a permis de prendre en considération les points de vue et remarques de chacun et par conséquent la mise en place de structure dynamique, actuelle et dont le fonctionnement convient à tous.

Ainsi, les trois structures françaises sont à proximité immédiate de l'hôpital. Ce qui convient aux gynécologues obstétriciens qui préfèrent un accès rapide au bloc obstétrical en cas de complications, de même que les sages-femmes souhaitaient une structure indépendante de la maternité hospitalière, les projets de maison de naissance ont une entrée séparée ou un étage distinct qui leur est consacré.

Dans la maison de naissance, les sages-femmes peuvent exercer leur art d'accompagnante de la naissance, les gynécologues n'envahissent jamais leurs univers mais dans un souci de légalité elles restent sous l'autorité de l'hôpital et du chef de service.

Tout cela est possible grâce à une communication permanente et une mise en commun régulière de suggestions d'amélioration par une démarche qualité qui permet un réajustement des conventions entre les protagonistes. Elles restent toutes des ébauches de maisons de naissance hospitalières car tant qu'il n'y pas de loi, elles n'ont pas d'indépendance à proprement parler.

De plus, il a été souvent dit que les maisons de naissance feraient « concurrence » à l'hôpital. Nous avons constaté que les trois maisons de naissance ne faisaient pas plus de 200 accouchements par an, ce qui ne représente pour certains centres qu'une infime part des accouchements.

Les référents que nous avons contactés nous ont chacun confié le côté « vitrine » d'une telle structure dans un hôpital permettant pour certains un recrutement des naissances. Ce vecteur communication pourrait être important pour certains établissements.

Il faut quand même souligner que la maison de naissance implique une disponibilité de la sage-femme permanente pour le couple. Les expériences actuelles nous montrent que le fonctionnement de sage-femme par binôme permet une satisfaction à la fois chez les professionnels et auprès des couples.

En conclusion, il conviendrait donc lors de l'expérimentation de ces structures « maisons de naissance » que soient précisés les domaines de compétences et les responsabilités des sages-femmes exerçantes. Ceci en définissant au niveau local la limite physiologie/pathologie de la grossesse, l'accouchement et des suites de couche.

2.2 Présentation à Périnat'Lim

Lors de la réalisation de notre étude nous avons été invités à présenter notre projet lors de l'assemblée générale du conseil de l'ordre des sages-femmes de la haute-vienne où le réseau de périnatalité du Limousin était présent. Cela nous avait permis d'effectuer une première ébauche d'information sur les maisons de naissance auprès des professionnels présents.

Notre intervention avait été suivie d'un exposé de Madame Ebady, cadre sage-femme de la maison de naissance hospitalière de Remiremont. Son expérience avait permis de susciter la curiosité des professionnels qui ont posé de multiples questions sur ses principes de fonctionnement.

A la vue de notre analyse, nous pensons que nos résultats pourraient être communiqués au réseau de périnatalité du Limousin : Périnat'lim. Si dans un futur proche les maisons de naissance voyaient le jour, il faudrait qu'elles soient incluses dans le réseau et par conséquent nous pensons qu'il serait intéressant que Périnat'Lim soit informé au préalable des attentes des professionnels quant au supposé fonctionnement interne de ces structures. Le PLFSS 2011 prévoyait l'expérimentation de 60 maisons de naissance en France, nous avons donc pensé que si cette expérimentation était établie en Limousin, Périnat'Lim posséderait une base récente sur les points de vue des professionnels.

De plus la confrontation des différentes études a révélé la demande de certains des usagers, et les professionnels sont conscients des nouveaux besoins de ces couples. Nous pensons que le réseau de périnatalité devrait être informé pour permettre une adaptation et un réajustement constants des besoins de sa population.

En conclusion, l'information est le meilleur moyen pour permettre aux professionnels de comprendre ces structures et par conséquent de les accepter. Nous sommes prêts à réaliser des interventions d'information lors de différentes manifestations des professionnels de santé dans notre région afin d'effectuer des échanges constructifs.

2.3 Au-delà de la politique, qui serait intéressé pour s'unir ?

Après notre intervention, nous avons suscité un intérêt des sages-femmes quant à notre sujet. Plusieurs nous ont fait part du côté positif de ces structures et n'ont pas hésité à nous exprimer une possibilité de reconversion professionnelle si ce type d'établissement voyait le jour.

Actuellement, malgré les refus du gouvernement de légaliser les maisons de naissance, nous avons vu que des structures similaires ont vu le jour en France.

Il faut noter que si ces dernières ont pu se créer, c'est par l'intermédiaire d'un personnel soignant ou d'association de parents motivés. En effet, toutes les personnes intéressées par le projet se sont unies tout en étant soutenues par les différents acteurs. Elles ont pu trouver des compromis avec les hôpitaux locaux. Notre mémoire a pour intérêt de mettre en évidence une volonté de changement des professionnels dans la prise en charge des femmes.

Ce type de projet ne peut pas se mener seul, il doit être soutenu par l'ensemble des protagonistes intéressés par le projet. Tant du côté de professionnels que des usagers. Il serait peut-être intéressant dans le futur d'étudier de manière plus approfondie la volonté des professionnels et d'obtenir une idée précise du nombre de professionnels intéressés par le projet et prêts à vouloir y exercer.

CONCLUSION

Ainsi, nous avons vu dans notre première partie l'historique des maisons de naissance et les études qui avaient déjà été réalisées dessus. Nous nous sommes ensuite intéressés à l'avis des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes du Limousin sur le sujet. Nos résultats ont montré que les sages-femmes étaient résolument la profession qui avait le plus de connaissances sur ce thème et aussi le plus d'intérêt pour la question.

Au-delà, les maisons de naissance ne reflètent pas un retour en arrière comme la plupart des professionnels peuvent le penser mais un autre moyen d'aborder la naissance. Ces structures permettent une alternative sécuritaire, un compromis entre l'accouchement hospitalier hyper médicalisé et l'accouchement à domicile.

Elles permettraient de répondre aux attentes de certaines patientes, ce que nous a confirmé une grande majorité des professionnels régionaux.

D'autre part, nous avons vu que des structures françaises existantes ont dû contourner la loi pour se réaliser. Professionnels, parturientes et couples, tout le monde y trouve sa place ; peut-être que le changement d'opinion nécessite une structure médiane. Nous pensons aux salles nature et aux pôles physiologiques qui s'ouvrent de plus en plus.

L'avènement prochain d'une telle entité dans une clinique privée locale en est le reflet. Ne serait-ce pas ici le résultat du questionnaire qu'à pu procurer notre intervention au conseil de l'ordre des sages-femmes et notre questionnaire distribué à l'ensemble des professionnels ?

ANNEXES

1. ANNEXE I : LES DIFFERENTES STRUCTURES VUES PAR LE CIANE

	pôle physiologique	centre d'accompagnement global à la naissance/ unité sages-femmes	Maison de naissance
autonomie financière et juridique (entité avec personnalité juridique)	NON	VARIABLE	OUI
autonomie professionnelle des sages-femmes (ne dépendent pas d'un chef de service hospitalier, ne sont pas salariées d'un hôpital)	NON	VARIABLE	OUI
locaux indépendants du centre hospitalier, détenus en propre par l'entité (loués ou achetés)	NON	NON	OUI
accompagnement global	NON	OUI	OUI
accouchement non technicisé (pas de monito en continu, pas de syntocinon, pas d'épidurale, liberté de position...)	OUI	OUI	OUI

2. ANNEXE II : REVUE DE LA LITTERATURE DE P.VIOSSAT : LES RESULTATS

Travail original • Maisons de naissance : revue de la littérature

Tableau I Synthèse des études retenues.
Synthesis of retained studies.

Auteurs (références)	Pays	Années	Effectifs populations étudiées	Type étude	Mortalité périnatale	Pourcentage nullipares	Appar < 7 à 5 mm	Taux transferts (anté-partum + per-partum)	Taux césariennes	Taux extraction instrumentale	Niveau de preuve (EBM)
Rooks [8]	USA	1985-87	11 814	P	1,3‰	39,3 %	0,6 %	15,8 %	4,4 %	0,6 %	II
Garite [9]	Californie (USA)	1993-94	1 830	P	6‰	35 %	0,16 %	31 %	10 %	4,6 %	III
Klein [11]	Canada	1983	1 436	P	0 (vs 2,6‰ grpe témoin)	36,7 %	4 % (vs 12,7 % grpe témoin)	48 % (nullipares) 25 % (multipares)	4-5 %	28 % nullip 1 % multi	II
Waldenström [12, 13]	Suède	1989-93	1 860	P	15‰	57 %	1,2 % (vs 1,1 %)	32 %	7 % (vs 8,8 %)	0 % (vs 1 %)	I
Declercq [18]	USA	1984	30 819	R	?	29 %	63 % (vs 49 % A ≥ 9)	?	?	?	II
Stern [14]	Australie	1980-89	5 365	R	0,75‰ ^a	63 %	1,1 %	34,2 %	4 %	11 %	II
Filegner [15]	Australie	1980-89	2 858	R	1,3‰	52,3 %	?	50,2 %	?	?	II
Morris [16]	Allemagne	1992-94	801	R	0‰	69,2 %	0,7 %	18,2 %	3 %	5 %	II
David [10]	Pays-Bas	1969-83	7 980	R	2,3‰	50,1 %	4,3 % (vs 8,2 %) ^a	25,6 %	0,4 %	3,7 %	II

a % des Nouveau-nés admis en pédiatrie dans la 1^{re} semaine de vie.

b P = prospective.

R = rétrospective.

3. ANNEXE III : LES PROPOSITIONS DU RAPPORT MATTEI

1. Proposer une nouvelle politique périnatale
2. Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance
3. Assurer une prise en charge psychosociale
4. Evaluer la mise en place de maisons de naissance
5. Adapter les décrets de 1998 et préciser leur mise en œuvre
- 6 Planifier et anticiper les restructurations
7. Répondre aux besoins de proximité
8. Renforcer le fonctionnement en réseau
9. Organiser le transport des mères et des nouveau-nés
10. Mieux ajuster l'offre de soins en néonatalogie et en
Obstétrique
11. Redéfinir les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique
12. Améliorer la place de l'utilisateur dans le système de soins périnataux
13. Gérer le risque en périnatologie
14. Proposer un financement propre à la périnatologie
- 15 Mettre en place un dossier de suivi
- 16 Evaluer la politique et les pratiques périnatales
- 17 Développer la recherche
18. Mettre en place un suivi et une prise en charge à long terme pour les nouveau-nés à risque
19. Proposer un guide méthodologique pour la recomposition
20. Mettre en place un plan périnatalité

4. ANNEXE IV : LE QUESTIONNAIRE

BRAUGE MARINE
18 rue Jules Vallès

87000 LIMOGES

Tel :

Ecole de Sages-femmes de Limoges
23 avenue Dominique Larrey

87042 Limoges Cedex

Tel : 05.55.05.64.66

Madame, Monsieur, je suis actuellement étudiante sage-femme en 3^{ème} année à l'école de LIMOGES. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études en vue de l'obtention du diplôme, j'effectue un état des lieux des connaissances et des points de vue des professionnels de santé en périnatalité (Gynécologues, obstétriciens et sages-femmes) sur les maisons de naissance dans la région Limousine. Je vous remercie par avance de remplir le questionnaire anonyme ci-contre qui me permettra de mener à bien mon étude.

Questionnaire

Votre Point de vue :

Connaissez-vous les structures de type maison de naissance ? (cocher la bonne réponse) :

Non

Oui

Si oui, comment en avez-vous eu connaissance ? (cocher la ou les bonnes réponses) :

Revue médicale

Collègues

Réunion, conférence

Télévision, radio

Par des parturientes

Autres : (à renseigner)...

Au sujet des Maisons de Naissance, estimez-vous être bien informé(e) ?

Oui

Non

En pratique, à votre avis, quels professionnels de santé (tout confondu) devraient être présents dans une Maison de Naissance (cocher la ou les réponses correspondantes) :

Un obstétricien

Une sage-femme

Deux sages-femmes

Un anesthésiste

Un Pédiatre

Une puéricultrice

Une auxiliaire de puériculture

Autres : Préciser.....

A votre avis, les sages-femmes exerçantes en maison de naissance (sages-femmes référent(e)s) devraient être :

Libérales

Hospitalières

Autres : préciser.....

Pensez-vous que la création de Maison de Naissance répondrait aux attentes de certaines de vos patientes ? (cocher votre réponse) :

OUI

NON

Pensez vous que la création d'une maison de naissance permettrait de diversifier l'offre de Prise en charge des parturientes : (cocher votre réponse) :

OUI

NON

Pensez-vous qu'il soit nécessaire de proposer à chaque femme la possibilité de choisir sa position d'accouchement (dans le cas d'un accouchement eutocique) ?

Oui

Non

Estimez-vous qu'il existe un ou des inconvénients à ce choix de la patiente (si l'on considère que le travail et l'accouchement se fait sans Analgésie péridurale) ? (cocher votre réponse) :

Non

Oui. Lequel ou lesquels ?...

Pensez vous que le monitoring fœtal discontinu est adapté à une surveillance en maison de naissance ? (cocher LA bonne réponse)

Adapté

Peu adapté

Sans conséquences

Pas du tout adapté

Pensez-vous que la diversité des techniques et méthodes d'accouchement physiologique (baignoire, tabouret, suspension...) en maison de naissance est bénéfique pour le travail de la parturiente? (cocher la bonne réponse) :

OUI

NON

Après une grossesse et un accouchement sans complication en maison de naissance, pensez vous qu'un séjour en suite de couches de 24 heures avec un relais à domicile (sans la présence de pathologie) mise en place avec le centre hospitalier référent serait pour la patiente qui le désire :

Très bénéfique

Bénéfique

Peu d'intérêt

Sans intérêt

Quels acteurs seraient le plus à même de l'assurer (une seule réponse) ?

Sage-femme libérale

Sage-femme hospitalière

Autres : préciser...

Pensez-vous que le projet de maison de naissance serait réalisable dans la région limousine ? (entourez la réponse correspondante)

OUI

NON

NE SAIT PAS

« Vos connaissances sur les maisons de naissance » :

Pensez-vous qu'une maison de naissance doit être (entourer la bonne réponse) :

Dans l'hôpital

Accolée à l'hôpital (moins de 500 m)

Sans rapport avec l'hôpital, géographiquement éloignée

Ne sait pas

Le suivi de grossesse et l'accouchement en maison de naissance est pris en charge par (cocher la bonne réponse) :

Un gynécologue/obstétricien

Une sage-femme

Ne sait pas

Pensez-vous que la vulgarisation des maisons de naissance permettrait une diminution des coûts de dépense de santé publique ? :

OUI

NON

NE SAIT PAS

Une grossesse pathologique peut-elle être prise en charge en maison de naissance ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Les ocytociques dans le cadre d'un travail dirigé peuvent-ils être utilisés en maison de naissance ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

Une analgésie péridurale peut-elle être administrée à la patiente dans une maison de naissance ?

OUI

NON

NE SAIT PAS

En maison de naissance, le premier examen pédiatrique est effectué par (une seule réponse) :

La sage-femme

Un pédiatre hospitalier

Un pédiatre libéral

Un pédiatre de maison de naissance

En France, combien de structure de type maison de naissance existe-t-il ? :

aucune

3

5

Plus de 10

Votre profession :

Gynécologue/obstétricien

Sage-femme

Autres :

Votre département d'exercice

Haute-Vienne

Creuse

Corrèze

Votre âge :

Secteur d'activité :

Libéral

Public

Privé

Autres :

Nombre d'années d'exercice de votre profession :

Merci d'avoir participé à ce questionnaire

Numéro d'anonymat :

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. [consulté le 21/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://ciane.net/blog/>
- [2] Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. MOTIONS DU CIANE. [consulté le 21/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ciane.info/categorie-580606.html>
- [3] ANSFL, liste des sages-femmes libérales adhérant à l'ANSFL pratiquant l'accouchement à domicile. ANSFL. 30/08/2010. Disponible sur : < <http://www.ansfl.org/medias/doc/100830-Accoucheuses.pdf> > (consulté le 27.09.10)
- [4] République Française, annotations par Truchet D, Penneau J, Fouassier E et al. Avec le concours de Makova_Isana et al. Code de santé publique. 24ème ed. Paris : Dalloz ; 2010. P. 447, 1763, 1764.
- [5] République Française. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. JORF n°185 du 11 août 2004. P.14277.
- [6] Horde P. Doula, un nouveau métier ? Santé, médecine, 2009. [consulté le 23/12/2011]. Disponible à partir de URL : http://sante-medecine.commentcamarche.net/contents/accouchement/10_doulas-un-nouveau-metier.php3
- [7] Association Doulas De France. Accompagner la naissance. Présentation de l'association. Bobigny, 2004. [consulté le 28.09.10]. Disponible sur < <http://www.doulas.info/asso.php> >
- [8] Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes. Un accouchement à domicile suivi par une doula se termine par le décès d'un nouveau-né. Paris : Ordre des Sages-femmes. 16 septembre 2008. Disponible sur < http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/menu/communiqués_de_presse/un_accouchement_a_domicile_suivi_par_une_doula_se_termine_par_le_deces_du_nouveau_ne/index.htm > (consulté le 28.09.10)
- [9] Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), la chartre de l'accouchement à domicile, 2009.

[10] Ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, Plan Périnatalité 2005-2007, humanité, proximité, sécurité, qualité. Dossier d'information, 2004, p.36.

[11] Collectif interassociatif autour de la Naissance. Plate-forme CIANE-collectif MDN, expérimentation des maisons de naissances en France. Ministère de la santé et des solidarités – 10/11/2006 [consulté le 23/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://ddata.over-blog.com/xxxyyy/0/25/46/25/mdn-ciane.pdf>

[12] Collectif Interassociatif autour de la Naissance. Maisons de naissance. Révision de la mise au point du Ciane [consulté le 23/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ciane.info/article-maisons-de-naissance-revision-de-la-mise-au-point-du-ciane-53505266.html>

[13] ALTER-NATIVES, pour une naissance à visage humain, union professionnelles des accoucheuses en Belgique. Définitions et objectifs d'une maison de naissance. Andenne, 2002. Disponible sur : < http://www.alternatives.be/fiches/maison_de_naissance2.htm > (consulté le 28.09.10)

[14] ANSFL. L'accompagnement global [consulté le 23/12/2011]. Disponible à partir de : URL : <http://www.ansfl.org/page.php?id=67>

[15] Munier M. Accompagnement global avec accouchement à domicile en France de 1997 à 2001. Mémoire de Sages-femmes, Paris V. Université de Paris V, Clinique universitaire de Boudelocque, UFR de médecine de Cohin Port Royal ; 2005. P.10-13.

[16] Groupe national de travail maisons de naissances. Réflexions et propositions du groupe de travail C.R.N. Ile de France 2002-2003. [consulté le 17/12/2011]. Disponible à partir de : URL : http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/fen_crn-refl.htm

[17] Hebbinckuys M. Naître ou ne pas naître en Maison de Naissance ? Enquête d'opinion auprès des femmes enceintes du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne. Mémoire de sage-femme, Clermont-Ferrand. Université d'Auvergne, UFR médecine, 2011.

[18] Perrochon C. L'accouchement...les attentes des femmes. Mémoire de sage-femme, Limoges, Université de Limoges, UFR médecine, 2010.

[19] VIOSSAT P., PONS J.C. Maisons de naissance : revue de la littérature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001, n° 30 : p. 680-687.

- [20] BMJ. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. 24/11/11. [consulté le 29/12/11]. Disponible à partir : URL : <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400?tab=full>
- [21] France. Assemblée Nationale. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. 13 octobre 2010. P. 191-6.
- [22] Benoit Truong-Canh M. Les sages-femmes américaines et les maisons de naissance aux USA. Contact Sages-femmes 2009 ; 18 : 24.
- [23] DEVIN C. Les sages-femmes du Québec : un exercice exclusif en maison de naissance. Mémoire de sages-femmes, Nantes. Université de Nantes, UFR de Médecine, 2009, p.10.
- [24] Keller MJ. Les maisons de naissance au Québec. Contact sages-femmes 2009 ; 18 : 20-3.
- [25] ANSFL. Maisons de naissance. [consulté le 12/12/2011]. Disponible à partir de URL : <http://www.ansfl.org/page.php?id=58>
- [26] Papiernik E et coll. Rapport du Haut Comité de la santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité. Paris : Avis et Rapports, janvier 1994 : p.31-34.
- [27] Viossat P. Une maison de naissance en Isère, un projet réaliste ? Mémoire de sages-femmes, Grenoble. Université Joseph Fourier U.F.R de Médecine de Grenoble, 2000.
- [28] KOUCHNER B. Allocution sur la périnatalité lors de la 9^{ème} journée nationale de la Fédération des Cercles d'études des gynécologues-obstétriciens. 10 octobre 2008.
- [29] Rapport de la cour des comptes. La politique de périnatalité. [consulté le 09/01/2012]. Disponible à partir : URL : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RPA/Perinatalite.pdf>
- [30] Le concours médical. L'accouchement dans tous ses états. Tome 131 n°16. 20 octobre 2009 : p. 617
- [31] BEART G., PUECH F., ROZE J.C. Mission périnatalité : vingt propositions pour une politique périnatale. Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale. Paris, 2003. [consulté le 12/11/2011]. Disponible à partir de : URL : www.rmefrancophonie.org/attachment/165062/

- [32] TEURNIER F. Communiqué de presse sur l'expérimentation des maisons de naissance. Ordre national des Sages-femmes. 2008.
- [33] Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Commission nationale de la naissance. Compte rendu. 24 juin 2008, 8 p.
- [34] Fourcade M. Expérimentation des Maisons de naissance, les réserves de l'académie. Le quotidien du médecin n°8870. Lundi 6/12/2010 : p.7.
- [35] DIX LUNES, blog maison de naissance. Prendre date. Genève, 28 avril 2010. Disponible sur : < <http://10lunes.canalblog.com/> > (consulté le 24.08.2010).
- [36] Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Communiqués de presse sur l'expérimentation des maisons de naissance : le CNOSF satisfait. 15 octobre 2010.
- [37] Benoit Truong-Canh M. L'expérimentation des maisons de naissance censurée par le Conseil Constitutionnel. Contact Sages-femmes 2011 ; 26 : 10.
- [38] Collège National de l'Ordre des Sages-femmes. Cours des comptes. Paris. 09/09/2011.
- [39] Ducroux-Schouwey C. CIANE. Les Maisons de naissance, quelle situation en France. Juillet 2011. Disponible à partir de : URL : <http://biennaitre.free.fr/pdf/2011-MaisonsDeNaissance.pdf>
- [40] CURAT A.M. Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. Une maison de naissance « hospitalière » à Remiremont. Contact sages-femmes, la lettre du conseil de l'ordre, octobre 2010, n°25, p. 14-15.
- [41] Le Groupe Naissances. Clinique de Vinci. [consulté le 21/12/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.clinique-de-vinci.com/groupe_naissances.html
- [42] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Expérimentation des maisons de naissance. Mise en garde du CNGOF. [consulté le 08/03/2012]. Disponible à partir de : URL : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/080310DHOS_Maisons%20de%20naissance.pdf
- [43] Micheline FOURCADE. Expérimentation des maisons de naissance. Les réserves de l'Académie. Le quotidien du médecin, 6 décembre 2010, n°8870, p.7.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	5
PREMIERE PARTIE	6
1. L'ALTERNATIVE A L'ACCOUCHEMENT HOSPITALIER.....	6
1.1 Les raisons de ce choix	6
1.1.1 L'hypermédicalisation.....	6
1.1.2 Les associations de Parents : autour du CIANE	7
1.2 L'accouchement à domicile : une solution qui a ses dérivés	8
1.2.1 L'accouchement programmé à domicile (AAD) par une sage femme 8	
1.2.2 Les dérivés : les doulas	9
1.3 Une solution médiane : la maison de naissance.....	11
1.3.1 Controverse de l'appellation	11
1.3.2 Les objectifs des maisons de naissance	12
1.3.3 L'accompagnement global.....	13
1.3.4 Résultats concernant les études sur les opinions des femmes enceintes sur l'accouchement en Maison de Naissance	14
1.3.4.1 Enquête d'opinion auprès des femmes enceintes du réseau de Santé Périnatale d'Auvergne	14
1.3.4.2 Enquête d'opinion des femmes enceintes du département de la Haute-Vienne	16
1.3.5 Les études d'évaluation de ces structures	17
1.3.5.1 Revue de la littérature des maisons de naissance	17
1.3.5.2 Les données actuelles	18
1.3.5.3 Le coût	19
2. HISTORIQUE DES MAISONS DE NAISSANCE : DE 1940 A AUJOURD'HUI	20
2.1 A l'étranger	20
2.1.1 Les Etats-Unis : les premières maisons de naissance	20
2.1.2 Au Québec.....	21

2.1.3	L'Europe.....	22
2.2	La France	23
2.2.1	Autour du plan périnatalité 1995/2000	23
2.2.2	Autour des décrets de périnatalité de 1998	25
2.2.3	Autour du plan périnatalité 2005/2007	26
2.2.4	L'élaboration du cahier des charges	27
2.2.5	Autour de la loi de financement de la sécurité sociale 2011	28
3.	LA SITUATION ACTUELLE : LES EXPERIENCES FRANÇAISES	29
3.1	Remiremont : la maison de naissance hospitalière.....	30
3.2	Les autres projets	31
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE		34
1.	CONSTAT	34
2.	OBJECTIFS	34
3.	HYPOTHESES.....	34
4.	INTERET DU MEMOIRE.....	35
5.	METHODOLOGIE	35
5.1	Type d'étude	35
5.2	La population étudiée	35
5.3	Modalités de recueil.....	36
6.	L'ANALYSE DES DONNEES	37
7.	LISTE DES DONNEES COLLECTEES	37
7.1	Les variables étudiées.....	37
8.	LES RESULTATS.....	38
8.1	Méthodes statistiques	38
8.2	Présentation de la population étudiée	38
8.2.1	Taux de réponses	38
8.3	Les caractéristiques de la population étudiées.....	39
8.3.1	La profession	39
8.3.2	La représentativité du département d'exercice	39
8.3.3	La répartition des professions par départements.....	40
8.3.4	Les secteurs d'activité	41
8.3.5	L'âge de la population	41
8.3.6	La durée d'exercice.....	42

8.4	Les connaissances des professionnels de santé sur les maisons de naissance	43
8.4.1	Les moyens de connaissance et d'information	43
8.4.2	Les connaissances en détails	44
8.4.2.1	Les principes de fonctionnement généraux	44
8.4.2.2	La prise en charge des parturientes	46
8.4.2.3	La place de la sage-femme en maison de naissance	47
8.4.3	Les questions de connaissances : le bilan	49
8.5	Etat des lieux des points de vue	49
8.5.1	Les attentes des femmes	49
8.5.2	Les principes de fonctionnement internes des maisons de naissance	50
8.5.3	Les suites de couche	55
8.6	Les maisons de naissance en Limousin	57
8.6.1	Diversification de l'offre de prise en charge des parturientes	57
8.6.2	Une maison de naissance en Limousin ?	57
9.	REPONSES AUX HYPOTHESES	58
9.1	Hypothèse principale	58
9.2	Etudes des variables liées à l'hypothèse principale	60
9.2.1	Lien entre les années d'exercice et la création de maison de naissance en Limousin	60
9.2.2	Lien entre le secteur d'activité et la création de maisons de naissance	60
9.2.3	Lien avec le département d'exercice	62
9.3	Hypothèse secondaire : les connaissances sur les maisons de naissance	62
9.3.1	La variable : la profession	62
9.3.2	La variable : nombre d'années d'exercice	64
9.3.3	Le département d'exercice	64
9.3.4	Variable : secteur d'activité	65
	ANALYSE ET DISCUSSION	66
1.	ANALYSE	66
1.1	Le point fort : la population	66
1.2	Les limites	66
1.2.1	Le manque de puissance	66

1.2.2	Analyse par département et par nombre d'années d'exercice et suivant le secteur d'activité	67
1.2.3	Le questionnaire	67
1.3	Les connaissances et les moyens d'information	68
1.4	L'utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytociques	69
1.5	Une maison de naissance en Limousin : une réponse aux attentes de certaines patientes ?	70
1.5.1	Réflexion liée à la littérature : les attentes des patientes vues par les parturientes	70
1.5.2	Les attentes des patientes vues par les professionnels de santé	71
1.5.3	La faisabilité de la maison de naissance	72
1.5.4	La nature du personnel exerçant	72
1.5.5	Les représentations spécifiques des gynécologues obstétriciens du Limousin	73
2.	DISCUSSION	73
2.1	Critères essentiels pour une telle structure	73
2.1.1	Les atouts des maisons de naissance	73
2.1.2	La notion de grossesse à bas risque obstétrical	74
2.1.3	Les expériences françaises : la preuve qu'une entente est possible	75
2.2	Présentation à Perinat'Lim	76
2.3	Au-delà de la politique, qui serait intéressé pour s'unir ?	77
	CONCLUSION	78
	ANNEXES	79
1.	ANNEXE I : LES DIFFERENTES STRUCTURES VUES PAR LE CIANE	79
2.	ANNEXE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE DE P.VIOSSAT : LES RESULTATS	80
3.	ANNEXE III : LES PROPOSITIONS DU RAPPORT MATTEI	81
4.	ANNEXE IV : LE QUESTIONNAIRE	82
	BIBLIOGRAPHIE	88
	TABLE DES MATIERES	92