

Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme
2019-2020

État des lieux de la prise en compte du projet de naissance en salle d'accouchement en Limousin

Présenté par

Emeline BARUSSEAU

Expert scientifique : Florence LAUCHET, sage-femme de l'unité physiologique de naissance au sein du Centre hospitalier de Châteauroux

Expert méthodologique : Marie-Noëlle VOIRON, directrice de l'école de sages-femmes

Remerciements

Pour commencer, j'adresse mes remerciements à Mme Voiron et à Valérie Blaize-Gagneraud pour leur implication, leurs encouragements, leurs conseils pertinents et pour les nombreuses relectures de mon mémoire.

Je remercie ma directrice de mémoire, Florence Lauchet, sage-femme, pour le temps qu'elle a consacré à mon mémoire, sa disponibilité, sa gentillesse et son enthousiasme sur le terrain également.

Je souhaite aussi remercier les médecins, internes, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, cadres et surtout les sages-femmes de Limoges, Guéret, Tulle, Brive, Saint-Junien, Port-Royal, Châteauroux et Soyaux qui ont fait preuve de bienveillance, de patience et de professionnalisme afin de nous transmettre le savoir et la passion du métier.

Merci à mes camarades de promotion, pour ces 4 années de cohésion, de bonne humeur, d'avoir été présentes dans les bons comme dans les moins bons moments et je remercie particulièrement Méline et Marion pour ce soutien quotidien sans faille. À tous ces merveilleux moments que nous avons passés et à ceux à venir.

Un grand merci également à Chloé, d'avoir partagé un bout de ma vie d'étudiante sage-femme, et de continuer à être présente à mes côtés. Et surtout, à ma meilleure amie, Célia, pour son implication dans la relecture de mon mémoire et tout simplement pour sa présence depuis de nombreuses années.

Un remerciement particulier à Solène Chevalier, sage-femme, ma marraine de PACES, pour son soutien indispensable pendant ces 5 années d'étude, pour sa patience, ses précieux conseils, ses encouragements, sa bienveillance, sa gentillesse et pour son encadrement en stage.

Et enfin un énorme merci à toute ma famille et en particulier à mes parents, sans qui, le vécu de mes années d'étudiante n'aurait pas été le même.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Première partie : Introduction	8
1. Le projet de naissance.....	8
1.1. Pourquoi un projet de naissance ?.....	8
1.2. Définitions	9
1.3. Recommandations	9
2. Le projet de naissance en salle d'accouchement	10
2.1. Concernant l'environnement de la femme	11
2.2. Concernant l'accueil de l'enfant	11
2.3. Concernant la prise en charge médicale de la naissance.....	12
Deuxième partie : Matériel et Méthode	13
1. Type d'étude	13
2. Population	13
3. Recueil de données	13
4. Variables étudiées	13
5. Exploitation des données.....	14
Troisième partie : Résultats.....	15
1. Les caractéristiques de la population	15
1.1. La population.....	15
1.2. Le type de maternité	16
1.3. Le nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du diplôme d'État	16
1.4. Le nombre d'années d'expérience en salle de naissance	16
2. Prise en compte du projet de naissance.....	17
3. Préparation du projet de naissance	18
3.1. Lecture du projet de naissance	18
3.2. Préparation du projet de naissance en amont avec l'aide d'un professionnel	19
3.3. Traçabilité du projet de naissance dans le dossier de la patiente.....	20
4. La communication soignant-soigné	21
4.1. Échange entre la sage-femme et la patiente/le couple à propos du projet de naissance	21
4.2. Explications à la patiente/au couple de la faisabilité du projet de naissance	22
5. Causes du non-respect du projet de naissance	23
6. Situations concrètes présentes dans la plupart des projets de naissance	24
6.1. Présence du conjoint lors d'une césarienne programmée	24
6.2. Déambulation pendant la phase active du travail	25
6.3. Refus d'épisiotomie	26

6.4. Terrain d'entente à propos de l'épisiotomie	26
6.5. Accouchement dans une position autre que gynécologique	27
6.6. Clampage tardif du cordon	28
7. Point de vue global sur l'existence des projets de naissance	29
8. Coïncidence avec l'augmentation des violences obstétricales	31
9. Réalisation du projet de naissance avec un professionnel de santé pendant la grossesse	31
Quatrième partie : Analyse et discussion	32
1. Points forts et limites de l'étude	32
1.1. Points forts de l'étude	32
1.2. Limites de l'étude	32
2. Prise en compte du projet de naissance	33
3. Préparation du projet de naissance : lecture et traçabilité	34
4. Communication soignant-soigné	35
4.1. Échange entre la sage-femme et la patiente/le couple à propos du projet de naissance	35
4.2. Explications à la patiente/au couple de la faisabilité du projet de naissance	36
5. Vision du projet de naissance	36
5.1. Vision du projet et travail en amont avec l'aide d'un professionnel	36
5.2. Vision du projet et causes du non-respect de celui-ci	37
6. Prise en compte du projet de naissance	38
6.1. Présence du conjoint ou de la personne accompagnante lors d'une césarienne programmée	38
6.2. Déambulation pendant la phase active du travail	39
6.3. Refus d'épisiotomie	39
6.4. Accouchement dans une position autre que gynécologique	40
6.5. Clampage tardif du cordon	40
7. Coïncidence avec les plaintes pour violences obstétricales	41
8. Réalisation du projet de naissance avec un professionnel de santé pendant la grossesse	42
9. Propositions d'action	42
Conclusion	44
Références bibliographiques	45
Annexes	47
Annexe 1. Questionnaire « Le projet de naissance »	47
Annexe 2. Pyramide des âges des sages-femmes	53

Annexe 3. Accouchements par voie basse (France métropolitaine ; femmes majeurs et naissances vivantes)54

Table des figures

Figure 1 : Répartition des sages-femmes en fonction du type de maternité	16
Figure 2 : Prise en compte du projet de naissance	17
Figure 3 : Lecture du projet de naissance	18
Figure 4 : Préparation du projet de naissance en amont.....	19
Figure 5 : Traçabilité du projet de naissance dans le dossier	20
Figure 6 : Echange entre la sage-femme et la patiente/le couple	21
Figure 7 : Explication à la patiente/au couple de la faisabilité ou non du projet	22
Figure 8 : Causes du non-respect du projet de naissance (en %)	23
Figure 9 : Présence du conjoint lors d'une césarienne programmée	24
Figure 10 : Déambulation pendant la phase active du travail.....	25
Figure 11 : Accouchement dans une position autre que gynécologique	27
Figure 12 : Clampage tardif du cordon	28
Figure 13 : Point de vue global des sages-femmes sur l'existence des projets de naissance	29
Figure 14 : Coïncidence entre l'augmentation des projets de naissance et les plaintes pour violences obstétricales	31

Première partie : Introduction

Le projet de naissance est une notion qui est apparue en France dans les années 2000. Depuis, le nombre de femmes et de couples arrivant en salle de naissance avec ce que l'on appelle un « projet de naissance » augmente régulièrement. Il est donc de plus en plus présent ces dernières années en salle d'accouchement. Près de 36% des patientes en 2005 avaient des souhaits particuliers concernant leur accouchement contre 57% en 2011. Parallèlement, le nombre de femmes se présentant avec un projet de naissance est passé de 7% avant 2005 à 16% en 2012. (1)

En France, 98% des accouchements ont lieu dans des maternités avec des protocoles normalisés. En réalité, seules 20 à 25% des naissances ont réellement besoin d'un encadrement médical spécialisé et de l'intervention d'un obstétricien. (2) Ainsi, dans 75 à 80 % des cas il serait envisageable de suivre le projet de naissance proposé par la patiente, en respectant la physiologie. Il en est de même lorsque le projet de naissance prend en compte une césarienne ou une éventuelle extraction instrumentale.

1. Le projet de naissance

1.1. Pourquoi un projet de naissance ?

Tout au long de l'Histoire, lorsque les femmes accouchaient à domicile, il y avait nécessité d'une organisation incontournable autour de l'accouchement. Dès qu'elles ont commencé à sortir de leur propre environnement pour donner naissance, c'est-à-dire à enfanter dans une structure hospitalière, on a assisté à une dépossession de l'organisation de cette naissance qui est désormais prise en charge par le milieu hospitalier. Accoucher à l'hôpital signifie souvent ne plus être active et participante mais devenir passive et objet de soins. (3)

« En 1976, Jeannette Bessonart, sage-femme, sera à l'initiative du premier collectif femme - sage-femme... Ce collectif mène une réflexion sur les nouvelles conditions de la naissance imposées aux femmes. » (4)

L'hôpital induit une certaine médicalisation de l'accouchement, avec entre autres un fort recours à diverses techniques médicales permettant d'atténuer la douleur. Pour l'illustrer, prenons l'exemple de la péridurale. Au début des années 1980, en France, cette anesthésie se développe en obstétrique. Son taux est multiplié par dix en quelques années, passant de 3,9 % en 1981 à 48,6 % en 1995 (5).

C'est donc pour « contrer cette médicalisation » que, dans les années 1980, aux Etats-Unis, les « childbirth educators » ont émis l'idée d'encourager les femmes à écrire un projet de naissance nommé « birth plan » pour retrouver un certain contrôle sur leur maternité.

« C'est en 2000 que le premier projet de naissance « officiel » français apparaît. Rédigé par un couple originaire de Caen, il suscitera la polémique parmi les professionnels qui y voient une remise en cause de leurs compétences. Malgré cela, la pratique va peu à peu trouver sa place et se légitimer aux yeux de certains soignants et d'instances de santé. » (4)

1.2. Définitions

Il est difficile de donner une définition générale du projet de naissance.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de mai 2016 définissent le projet de naissance comme étant « l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents ». (6)

La définition donnée par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) est plus centrée sur le projet de naissance en salle d'accouchement tandis que celle de la HAS englobe le suivi, l'accouchement ainsi que le post-partum dans sa définition de projet de naissance.

1.3. Recommandations

Le projet de naissance n'a aucune valeur légale mais répond à l'article L 1111-4 du Code de la Santé publique « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » (7)

Il est réellement reconnu dans le Plan de périnatalité 2005-2007 dans lequel est proposé « *un changement de la politique suivie depuis plus de trente ans, concernant la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement ... On a assisté à une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes ...* ». C'est donc pour « contrer » cette médicalisation qu'ont été créés, entre autres, les projets de naissance. (8)

En 2005, la HAS vient appuyer cette démarche avec les nouvelles recommandations à l'intention des professionnels de santé. Il est inscrit : « *Pour la femme et son entourage, le début de la grossesse est un moment idéal pour élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance. Ce projet est la conjonction entre les aspirations de la femme ou du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à*

la naissance, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés Pour les professionnels de santé, la grossesse représente une opportunité d'ouvrir un dialogue avec les futurs parents afin de discuter du projet de suivi de grossesse et de naissance, élaboré par le couple, et dans lequel s'inscrivent les actions de professionnels de santé ... » (9,10)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié en février 2018 des recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience plus positive de l'accouchement. Ces recommandations visent à « *limiter les interventions médicales inutiles* » pour les femmes en bonne santé. (11)

Ces nouvelles pratiques sont en accord avec la demande de plus en plus présente des femmes à propos de la limitation de gestes invasifs pratiqués jusqu'alors systématiquement sur chaque nouveau-né.

2. Le projet de naissance en salle d'accouchement

Le projet de naissance en salle d'accouchement est un document écrit par le couple, qui fait part des souhaits, des craintes, des espérances et des refus autour de la naissance de leur enfant. L'aide d'un professionnel de santé est parfois sollicitée pour sa rédaction. De plus, il nécessite de la part des futurs parents une base de connaissances solides concernant le déroulement d'une naissance et des suites de couches.

Ces connaissances peuvent être apportées par le professionnel de santé assurant l'Entretien Périnatal Précoce (EPP). C'est lors de cet entretien que le couple pourra exprimer ses attentes, ses besoins, et recevra les informations nécessaires à la mise en place de son projet. L'EPP a ainsi pour objectif d'instaurer un échange entre les futurs parents et le professionnel de santé et donc par extension l'équipe médicale. (10)

Le projet de naissance en salle d'accouchement a plusieurs objectifs : développer la connaissance du déroulement du travail ce qui correspond à l'éducation du patient, développer la connaissance de son corps, réfléchir à l'accueil souhaité pour son enfant ce qui est en lien avec la relation mère-enfant. De plus, il permet d'aider les professionnels à mieux connaître les patientes qu'ils prennent en charge, d'entamer un dialogue avec l'équipe de maternité qui est un point primordial dans la communication. L'élaboration du projet de naissance permet aussi de développer un sentiment de compétence parentale, et l'accompagnement personnalisé, de diminuer les peurs et les angoisses de la future mère/des futurs parents.

Il permet donc de créer un climat de confiance entre l'équipe médicale et le couple dans le respect des attentes et contraintes de chacun et le respect de l'autonomie du couple.

Différents éléments sont retrouvés fréquemment dans les projets de naissance en salle d'accouchement. Pour cela nous allons les classer en 3 catégories : les éléments concernant l'environnement de la femme, ceux concernant l'accueil de l'enfant et enfin ceux ayant un rapport avec la prise en charge médicale de la naissance.

2.1. Concernant l'environnement de la femme

D'après notre expérience sur nos lieux de stage, les éléments les plus souvent retrouvés dans le projet de naissance de la patiente/du couple concernant l'environnement de la femme sont :

- ❖ La présence du compagnon lors d'une éventuelle césarienne.
- ❖ La présence d'une deuxième personne accompagnante.
- ❖ La présence d'une musique d'ambiance, d'une lumière tamisée, la disposition d'objets personnels dans la salle.
- ❖ Le lieu consacré à la patiente en fonction de la phase du travail (salle d'examen, salle de pré-travail, salle d'accouchement).
- ❖ Une certaine mobilité le plus longtemps possible pendant le travail.
- ❖ De pouvoir boire et manger en per-partum.

2.2. Concernant l'accueil de l'enfant

D'après notre expérience sur nos lieux de stage, les éléments les plus souvent retrouvés dans le projet de naissance de la patiente/du couple concernant l'accueil de l'enfant sont :

- ❖ L'absence de séparation avec l'enfant lorsque la césarienne est nécessaire.
- ❖ Le peau-à-peau immédiat et prolongé.
- ❖ Une mise au sein précoce.
- ❖ La section du cordon tardive par le père ou par la personne accompagnante.
- ❖ De limiter les gestes sur l'enfant et ne faire que ce qui a été accepté par les parents.

2.3. Concernant la prise en charge médicale de la naissance

D'après notre expérience sur nos lieux de stage, les éléments les plus souvent retrouvés dans le projet de naissance de la patiente/du couple concernant la prise en charge médicale de la naissance sont :

- ❖ Le moins d'intervenants possible.
- ❖ Le refus de la pratique de l'épisiotomie.
- ❖ La possibilité de l'anesthésie péridurale au moment souhaité.

Le projet de naissance est une opportunité pour les patientes car en les rendant actrices, le sentiment de sécurité est augmenté et ainsi, elles se placent dans une approche positive quant à leur confort physique et psychologique. C'est aussi une opportunité pour les sages-femmes de valoriser la profession.

L'objectif principal de notre étude a été de faire un état des lieux de la prise en compte du projet de naissance par les sages-femmes en salle d'accouchement en Limousin. De plus, nous avons décidé de voir s'il existait un lien entre la prise en compte et la vision du projet avec le type de maternité ainsi qu'avec l'expérience du professionnel.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale, prospective, exhaustive et multicentrique au sein des 7 maternités du Limousin.

2. Population

La population étudiée était les sages-femmes hospitalières travaillant en salle de naissances ou ayant travaillé dans ce service sur une ou plusieurs période(s) dans l'année précédant l'étude.

Nous avons estimé que 123 sages-femmes dans le Limousin correspondaient à ces critères d'inclusion.

3. Recueil de données

L'outil utilisé a été un questionnaire à choix multiples adressé aux sages-femmes, de juin à octobre 2019. Il était composé de questions à choix multiples et de questions ouvertes. (Annexe 1)

4. Variables étudiées

Certaines variables nous ont permis de décrire, dans un premier temps, la population étudiée : le type de maternité, l'année d'obtention du diplôme d'État, le nombre d'année(s) d'expérience en salle de naissance.

Les variables étudiées dans la suite du questionnaire étaient : la prise en compte du projet de naissance, sa lecture par les sages-femmes, sa préparation en amont avec l'aide d'un professionnel de santé, sa traçabilité, l'échange avec la patiente ou le couple et enfin les causes de non-respect du projet de naissance.

La fin du questionnaire se composait d'exposition de situations concrètes souvent exprimées par les couples dans les projets afin de voir si les sages-femmes prenaient en compte la demande du couple et si non, quelle en était la raison.

5. Exploitation des données

Les données ont été retranscrites dans un tableur du logiciel Excel Microsoft® ce qui a permis de faire le tri à plat grâce à ce logiciel puis les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel BiostatTGV®.

Les tests statistiques utilisés ont été des tests de Fisher (car certains effectifs étaient inférieurs à 5) avec un risque $\alpha=5\%$ et un seuil de significativité $p<0,05$.

Troisième partie : Résultats

1. Les caractéristiques de la population

1.1. La population

Un nombre total de 123 questionnaires ont été distribués. 77 réponses ont été recueillies soit un taux de participation de 63%. La totalité des questionnaires a été exploitée.

Tableau I : Récapitulatif des effectifs

Maternités	Type	Nombre de sages-femmes estimées	Nombre de réponses par maternité	Nombre de réponses par type de maternité
Clinique des Emaillieurs	I	20	10	27
CH ¹ Ussel	I	10	9	
CH Saint-Junien	I	8	8	
CH Tulle	II	15	11	30
CH Brive	II	18	12	
CH Guéret	II	12	7	
HME ² Limoges	III	40	20	20

¹ Centre Hospitalier

² Hôpital Mère-Enfant

1.2. Le type de maternité

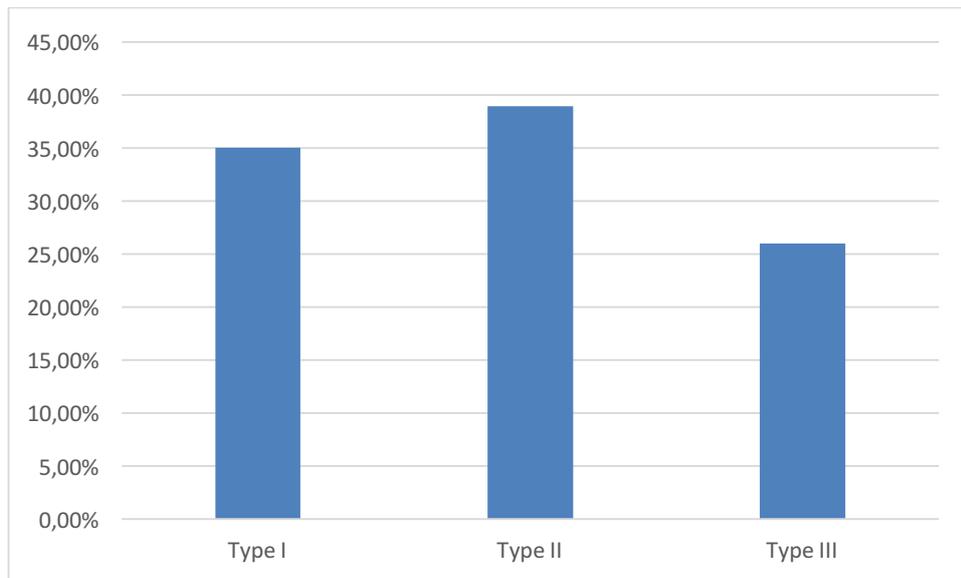


Figure 1: Répartition des sages-femmes en fonction du type de maternité

Sur les 77 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, 39% travaillaient dans une maternité de type II, 35% dans une maternité de type I et 26% dans une maternité de type III.

1.3. Le nombre d'années d'exercice depuis l'obtention du diplôme d'État

Sur les 77 sages-femmes :

- 48% ont obtenu leur diplôme d'Etat depuis plus de 10 ans
- 32% entre 5 et 10 ans
- 20% l'ont obtenu il y a moins de 5 ans

1.4. Le nombre d'années d'expérience en salle de naissance

Concernant le nombre d'années d'expérience en salle de naissance :

- 39% des sages-femmes avaient entre 0 et 9 ans d'expérience en salle de naissance
- 38% entre 10 et 19 ans
- 23% plus de 20 ans

2. Prise en compte du projet de naissance

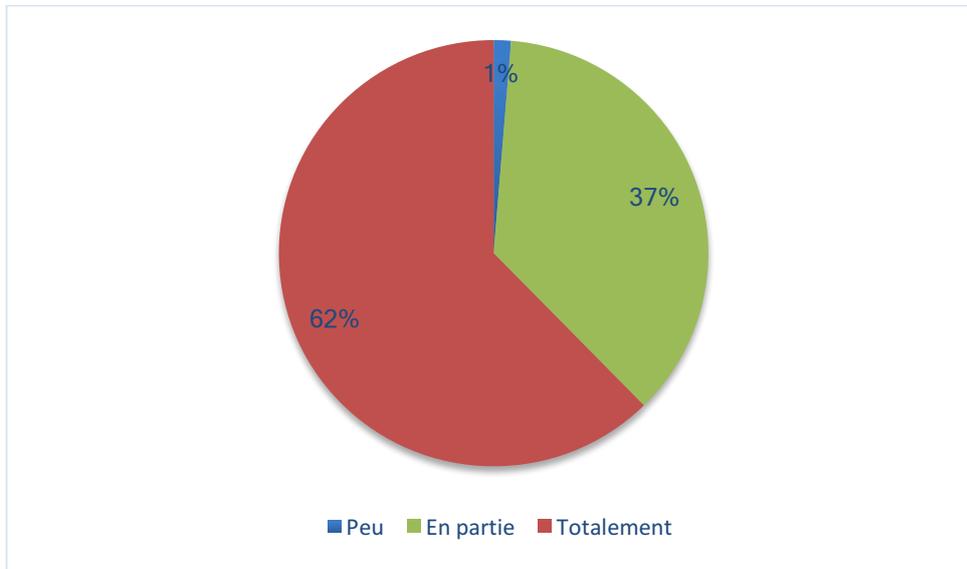


Figure 2 : Prise en compte du projet de naissance

Parmi les 77 sages-femmes, 62% affirmaient prendre en compte « totalement » le projet de naissance dans leurs actions ce qui représentait 48 sages-femmes, 37% le prenaient « en partie » en compte soit 28 sages-femmes et 1% soit 8 sages-femmes le prenaient « peu » en compte. Aucune ne le prenait « jamais » en compte.

La comparaison de la prise en compte du projet de naissance selon le type de maternité n'avait pas montré de différence significative ($p=0,2096$).

Il en était de même pour le nombre d'année(s) d'expérience ($p=1$).

3. Préparation du projet de naissance

3.1. Lecture du projet de naissance

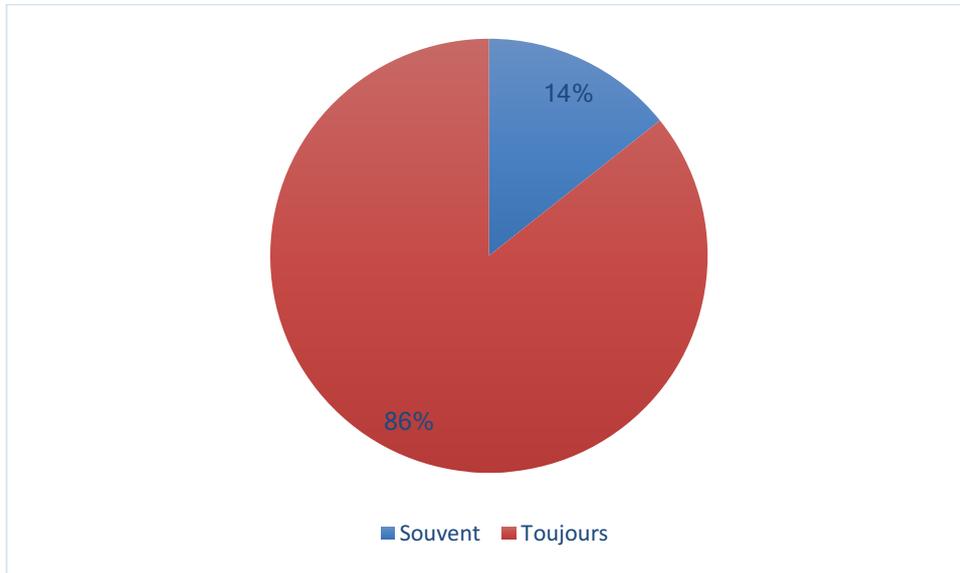


Figure 3 : Lecture du projet de naissance

Lorsque le diagnostic de mise en travail était posé, 86% des sages-femmes procédaient « toujours » à la lecture du projet de naissance de la patiente ou du couple tandis que 14% le lisaient « souvent » et aucune ne le lisait « peu souvent » ou « jamais ».

Il n'y avait pas de différence significative pour la lecture du projet de naissance selon l'expérience de la sage-femme en salle d'accouchement ($p=0,4166$).

3.2. Préparation du projet de naissance en amont avec l'aide d'un professionnel

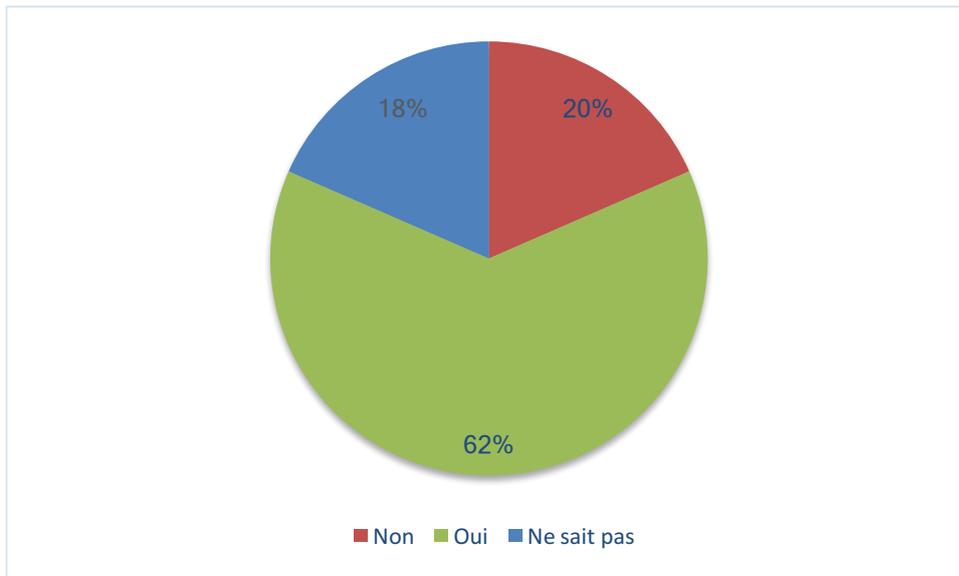


Figure 4 : Préparation du projet de naissance en amont

Nous avons demandé aux sages-femmes si ce projet de naissance était travaillé en amont avec l'aide de professionnels :

- 62% pensaient que oui
- 18% pensaient que non
- 20% ne savaient pas

Aucune différence significative n'a été démontrée en fonction des différents types de maternité ($p=0,4993$), ni en fonction de l'expérience de la sage-femme ($p=0,2334$).

Parmi les sages-femmes pensant que le projet avait été préparé en amont :

- 63% ont dit qu'il était préparé avec l'aide d'une sage-femme de consultation
- 25% avec l'aide d'une sage-femme libérale
- 12% avec l'aide d'une cadre de service

Une différence significative a été démontrée entre les sages-femmes des différents types de maternité concernant le professionnel aidant la patiente/le couple à construire son projet ($p=0,0466$) et notamment entre les maternités de types I et II ($p=0,0083$). Les sages-femmes au sein des maternités de type I pensaient plutôt que les projets étaient principalement réalisés avec l'aide d'une sage-femme de consultation exerçant au sein de la structure dans laquelle a lieu la naissance. Pour les maternités de type II, elles affirmaient que c'était surtout des sages-femmes libérales qui aiguillaient la patiente/le couple dans la rédaction du projet de naissance.

Il n'existait pas de différence significative entre les maternités de types II et III ($p=0,8490$) ni entre les maternités de types I et III ($p=0,1373$).

Aucune différence significative n'a été démontrée en fonction de l'expérience de la sage-femme ($p=0,3441$).

3.3. Traçabilité du projet de naissance dans le dossier de la patiente

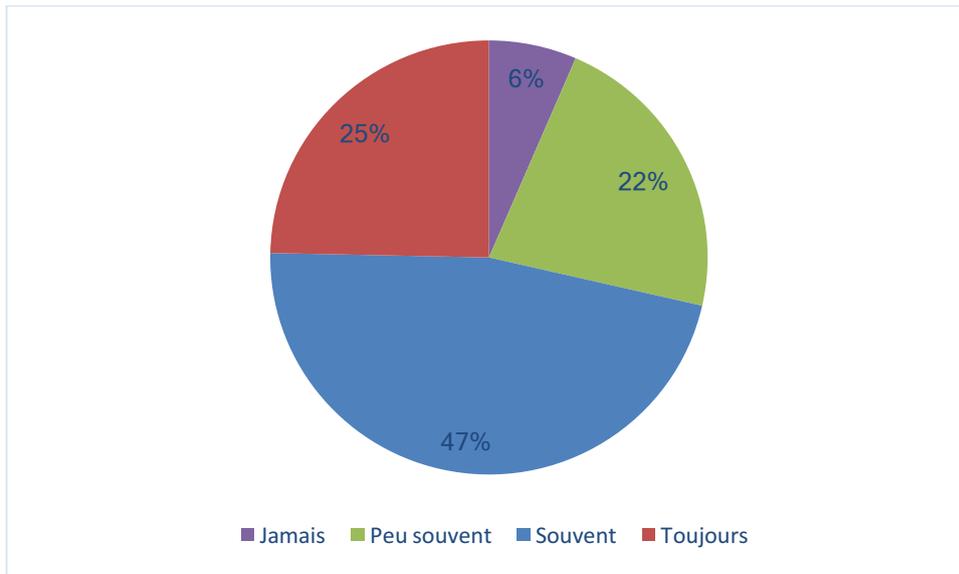


Figure 5 : Traçabilité du projet de naissance dans le dossier

Pratiquement la moitié des sages-femmes affirmaient que le projet de naissance était « souvent » tracé dans le dossier, un quart d'entre elles pensaient qu'il l'était « toujours ». En revanche, 22% affirmaient qu'il était « peu souvent » tracé dans le dossier et 6% pensaient même que ce projet n'était « jamais » tracé.

Une différence significative a été démontrée entre le type de maternité et la traçabilité du projet de naissance dans le dossier de la patiente ($p=0,0011$) et notamment entre les maternités de types I et III ($p=0,0008$) et II et III ($p=0,0097$).

Au sein des maternités de type I, la majorité des projets étaient, respectivement, « toujours » puis « souvent » tracés dans le dossier.

Au sein des maternités de type II, la majorité des projets étaient, respectivement, « souvent » puis « toujours » tracés dans le dossier.

Au sein des maternités de type III, la majorité des projets étaient, respectivement, « souvent » puis « peu souvent » tracés dans le dossier.

Il n'y avait pas de différence significative entre les maternités de types I et II ($p=0,0809$).

4. La communication soignant-soigné

4.1. Échange entre la sage-femme et la patiente/le couple à propos du projet de naissance

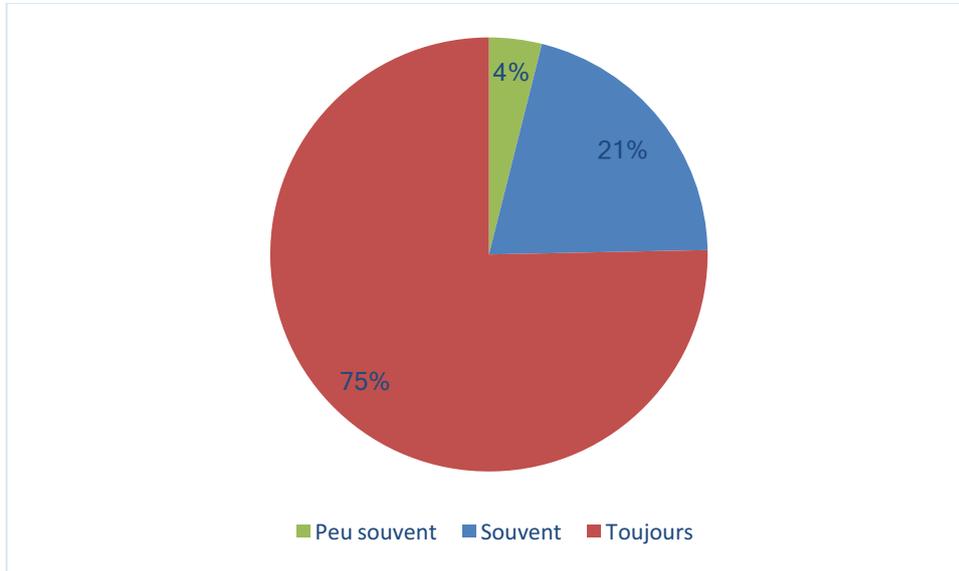


Figure 6 : Echange entre la sage-femme et la patiente/le couple

Les trois quarts des sages-femmes échangeaient « toujours » avec la patiente/le couple à propos du projet de naissance, 21% échangeaient « souvent » et 4% disaient échanger « peu souvent » sur le projet de naissance avec le couple ou la patiente.

Aucune différence significative n'a été démontrée en fonction du type de maternité ($p=0,2917$) ni de l'expérience de la sage-femme ($p=0,5875$).

4.2. Explications à la patiente/au couple de la faisabilité du projet de naissance

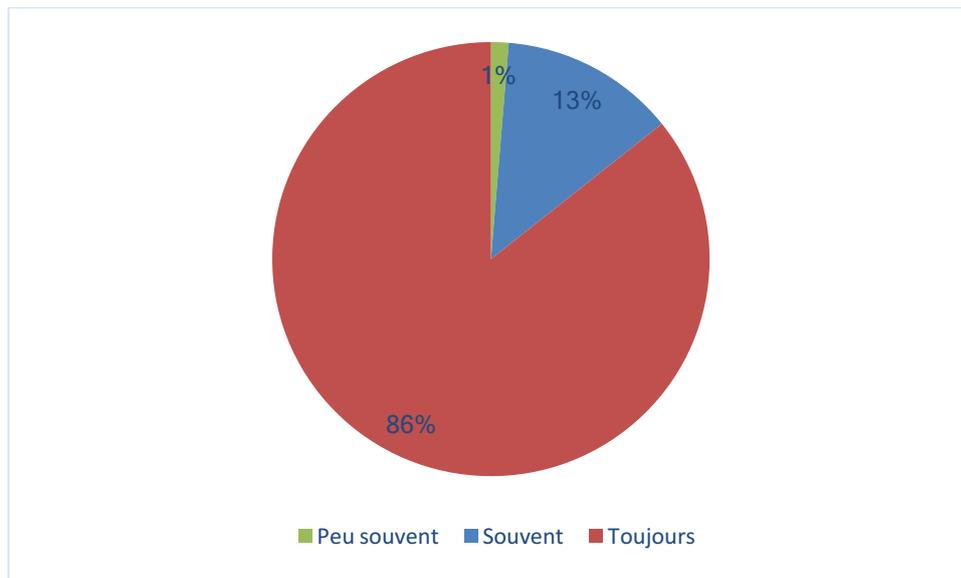


Figure 7 : Explication à la patiente / au couple de la faisabilité ou non du projet

Une très grande majorité des sages-femmes (86%) expliquaient « toujours » la faisabilité ou non du projet de naissance au couple ou à la patiente concerné(e) et 13% l'expliquaient « souvent ».

Une différence significative a été démontrée en fonction de l'expérience de la sage-femme ($p=0,0497$) et notamment entre les sages-femmes ayant entre 0 et 9 ans d'expérience en salle et celles ayant plus de 20 ans d'expérience ($p=0,0356$). Les sages-femmes ayant une plus grande expérience expliquent « toujours » sans exception la faisabilité ou non du projet alors que les sages-femmes les plus jeunes ont tendance à leur expliquer « souvent ». Aucune différence significative n'a été démontrée entre les sages-femmes ayant entre 0 et 9 ans d'expérience en salle et celles ayant entre 10 et 19 ans d'expérience ($p=0,2362$) ni entre celles ayant entre 10 et 19 ans d'expérience et celle ayant plus de 20 ans d'expérience ($p=0,3763$).

Aucune différence significative n'a été démontrée selon le type de maternité ($p=0,0688$).

5. Causes du non-respect du projet de naissance

Plusieurs réponses étaient possibles. Les résultats présentés dans la figure 8 ont été obtenus en prenant en compte le pourcentage de fois où chaque item a été coché en fonction du type de maternité et du nombre de sages-femmes par type de maternité. Ils ont été obtenus en tenant compte du nombre de sages-femmes par type de maternités. Sur les 77 sages-femmes ayant répondu au questionnaire, 30 travaillaient dans une maternité de type II, 27 dans une maternité de type I et 20 dans la maternité de type III.

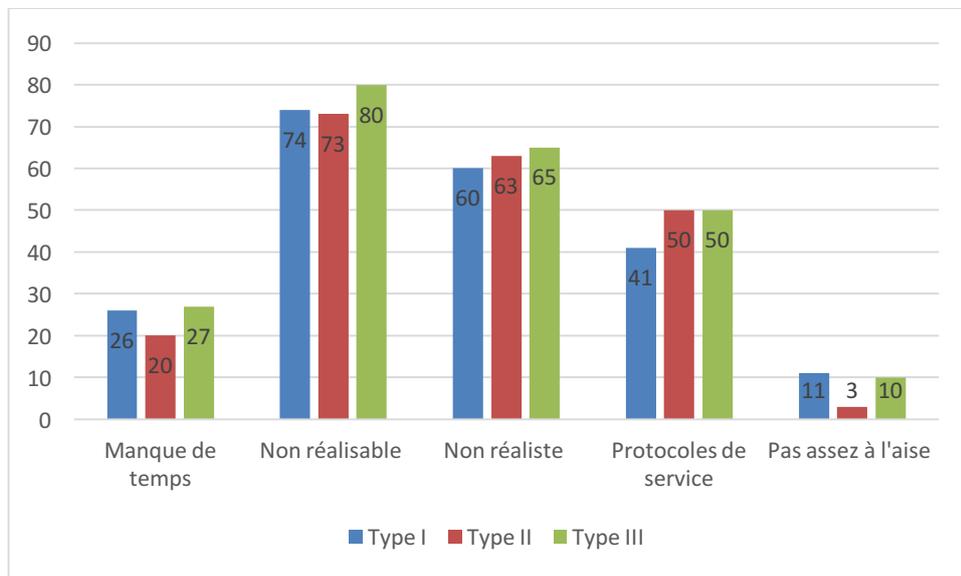


Figure 8 : Causes du non-respect du projet de naissance (en %)

Il a été demandé aux sages-femmes les causes du non-respect du projet de naissance lorsque les conditions obstétricales et néonatales le permettaient. Plusieurs réponses étaient possibles :

- 58 sages-femmes (soit 75%) ne l'appliquaient pas car le projet de naissance n'était pas réalisable dans la structure dans laquelle la patiente accouchait
- 48 (soit 62%) trouvaient le projet de naissance des patientes non réaliste
- 36 (soit 47%) ne l'appliquaient pas à cause des protocoles de service
- 21 (soit 27%) ne l'appliquaient pas par manque de temps
- 6 (soit 8%) ne se sentaient pas assez à l'aise pour allier technique et demande de la patiente

6. Situations concrètes présentes dans la plupart des projets de naissance

6.1. Présence du conjoint lors d'une césarienne programmée

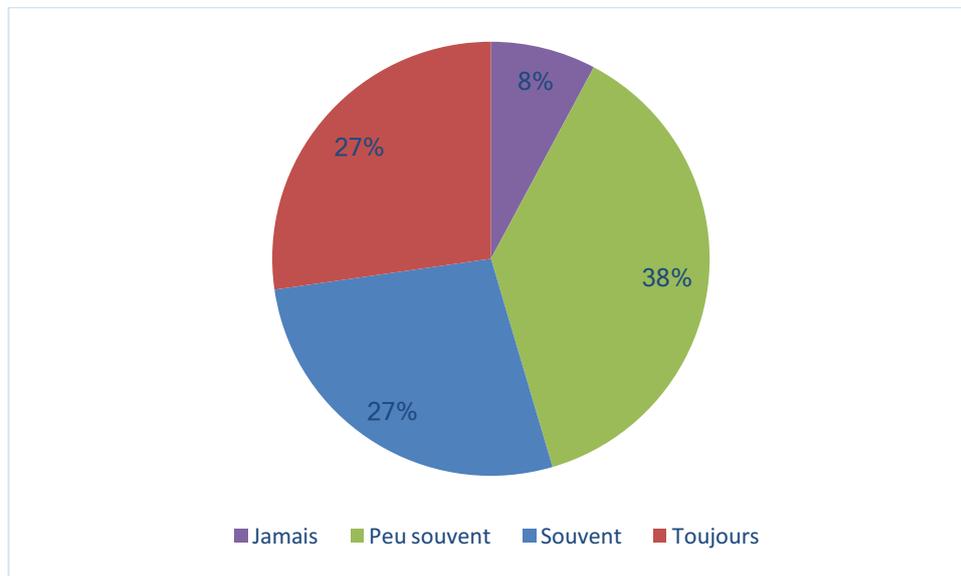


Figure 9 : Présence du conjoint lors d'une césarienne programmée

Lorsqu'il était inscrit dans le projet de naissance que le conjoint ou la personne accompagnante désirait être présent(e) lors d'une césarienne programmée, 38% des sages-femmes affirmaient que cette demande était « peu souvent » respectée, un peu plus d'un quart affirmait que la demande était « souvent » respectée, un autre quart qu'elle l'était « toujours » et 8% des sages-femmes disaient que cette demande n'était « jamais » respectée.

Un total de 56 sages-femmes n'avaient pas répondu « toujours », parmi celles-ci :

- 39 (soit 70%) faisaient part au gynécologue-obstétricien et à l'anesthésiste-réanimateur de la demande de la personne accompagnante à vouloir assister à l'opération
- 11 (soit 19%) expliquaient d'emblée à la personne accompagnante les raisons pour lesquelles celle-ci ne pouvait pas assister à l'intervention
- 6 (soit 11%) affirmaient que le protocole de service n'autorisait pas de personne accompagnante lors d'une césarienne programmée.

Une différence significative existait dans la prise en compte de cette demande selon le type de maternité ($p=0,0001$) et ce, entre tous les types de maternités. En effet, entre les type I et II $p=0,0106$, entre les types I et III $p=0,0001$ et entre les type II et III $p=0,0164$.

La demande de la présence du conjoint lors d'une césarienne programmée était plutôt « souvent » prise en compte dans les maternités de type I, « toujours » et « peu souvent » dans les maternités de type II et « peu souvent » dans la maternité de type III.

Aucune différence significative n'existait dans la prise en compte de cette demande selon l'expérience de la sage-femme en salle de naissance ($p=0,0556$).

6.2. Déambulation pendant la phase active du travail

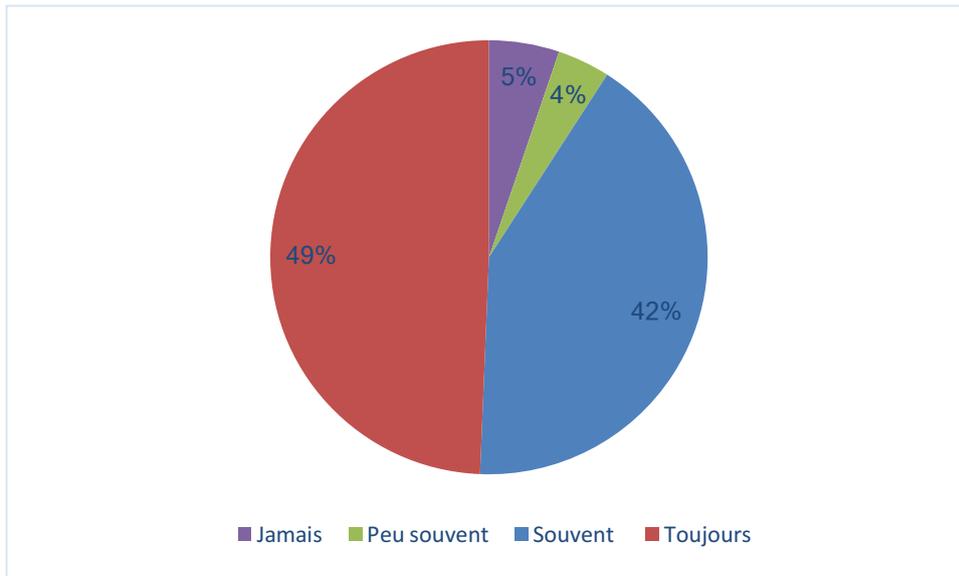


Figure 10 : Déambulation pendant la phase active du travail

Lorsqu'une femme ne désirait pas de péridurale avec un travail physiologique et souhaitait déambuler, la moitié des sages-femmes accédaient « toujours » à sa demande et 42% y accédaient « souvent ».

Un total de 39 sages-femmes n'avait pas répondu « toujours », parmi celles-ci :

- 23 (soit 59%) d'entre elles accédaient à cette demande tout en surveillant le rythme cardiaque fœtal régulièrement
- 16 (soit 41%) expliquaient à la patiente l'importance d'un enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal et donc que cela impliquait une restriction de déambulation pendant la phase active du travail jusqu'à la naissance.

Une différence significative existait dans la prise en compte de cette demande selon le type de maternité ($p=1,1711 \times 10^{-6}$) et notamment entre les maternités de types II et III ($p=1,2353 \times 10^{-6}$) et entre les maternités de types I et III ($p=2,4126 \times 10^{-5}$).

Les maternités de type I autorisaient majoritairement « toujours » la femme à déambuler en phase active du travail, les maternités de type II « toujours » et « souvent » et la maternité de type III l'y autorisait « souvent ».

Il n'existait pas de différence significative entre les maternités de types I et II ($p=0,2662$).

Aucune différence significative n'a été trouvée dans la prise en compte de cette demande selon l'expérience de la sage-femme en salle de naissance ($p=0,0695$).

6.3. Refus d'épisiotomie

Nous leur avons demandé comment elles réagissaient auprès de la patiente lorsqu'une femme inscrivait dans son projet qu'elle refusait l'épisiotomie :

- 58% échangeaient sur les motifs de son refus et sur les situations où l'épisiotomie était nécessaire
- 39% évitaient au maximum d'en faire une
- 3% prenaient acte de son refus sans échanger avec la patiente mais se laissaient la possibilité d'en faire une quand même.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans la prise en compte de cette demande selon le type de maternité ($p=0,3404$).

Une différence significative existait dans leur réaction auprès d'une patiente refusant l'épisiotomie selon l'expérience de la sage-femme ($p=0,0219$) et notamment entre les sages-femmes ayant entre 0 et 9 ans d'expérience et celles ayant plus de 20 ans d'expérience ($p=0,0113$). Il n'existait cependant pas de différence significative ni entre les sages-femmes ayant entre 0 et 9 ans d'expérience et celles ayant entre 10 et 19 ans d'expérience ($p=0,0691$) ni entre celles ayant entre 10 et 19 ans d'expérience et celles ayant plus de 20 ans d'expérience ($p=0,5013$).

Les sages-femmes les plus jeunes avaient majoritairement tendance à échanger sur les motifs de refus de l'épisiotomie avec la patiente et sur les situations dans lesquelles celle-ci est indispensable tandis que celles ayant entre 10 et 19 ans d'expérience avaient quasiment autant tendance à échanger avec la patiente qu'à juste leur dire qu'elles éviteraient au maximum d'en faire une.

6.4. Terrain d'entente à propos de l'épisiotomie

Un total de 76 sages-femmes trouvait un terrain d'entente avec la patiente à propos de l'épisiotomie et une seule déclarait ne pas trouver de terrain d'entente.

6.5. Accouchement dans une position autre que gynécologique

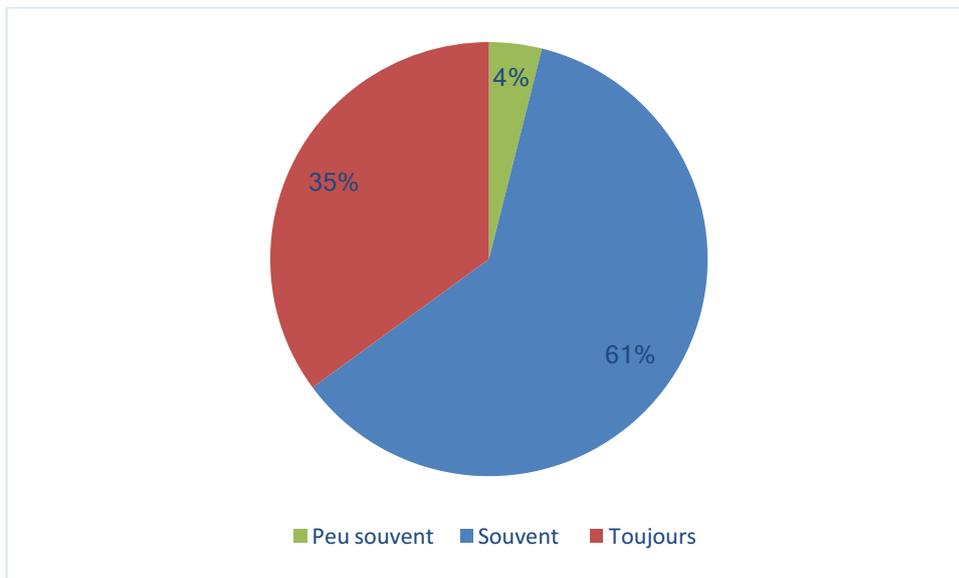


Figure 11 : Accouchement dans une position autre que gynécologique

Lorsque toutes les conditions obstétricales et néonatales étaient favorables, et qu'une femme souhaitait accoucher dans une position autre que gynécologique, presque deux tiers des sages-femmes en salle de naissance accédaient « souvent » à cette demande, 35% y accédaient « toujours » et 4% y accédaient « peu souvent ».

Un total de 50 sages-femmes n'avait pas répondu « toujours », parmi celles-ci :

- 44 (soit 88%) essayaient de satisfaire leur demande mais se réservaient le droit de la remettre en position gynécologique au moindre doute
- 5 (soit 10%) mettaient tout en œuvre pour satisfaire la demande de la patiente même si l'expulsion risquait d'être retardée
- 1 (soit 2%) expliquait à la patiente qu'il/elle se sentait plus à l'aise pour l'aider lorsqu'elle se trouvait en position gynécologique.

Il n'a pas été mis en évidence de différence significative dans la prise en compte de cette demande selon le type de maternité ($p=0,0939$) ni selon l'expérience de la sage-femme ($p=0,0696$).

6.6. Clampage tardif du cordon

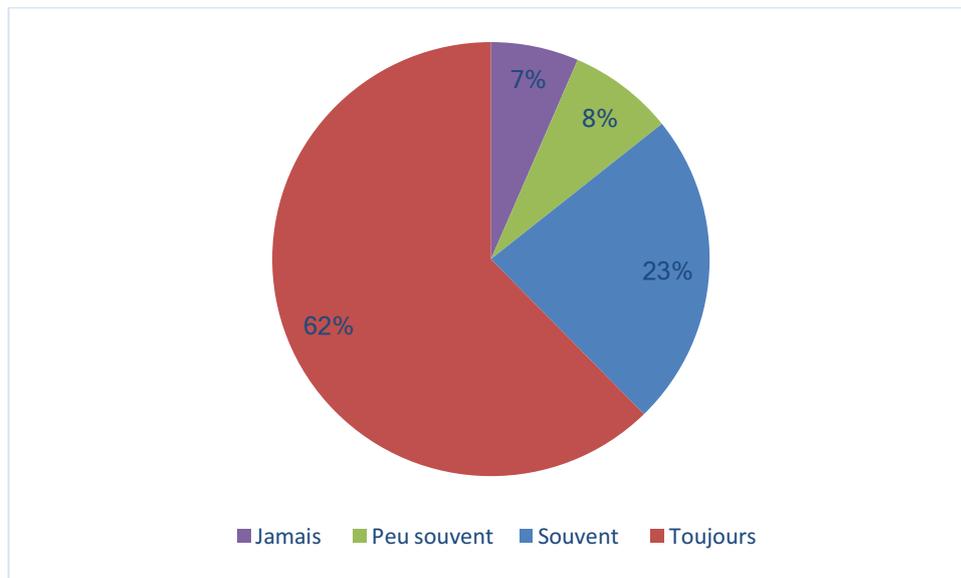


Figure 12 : Clampage tardif du cordon

Lorsqu'une patiente/un couple souhaitait un clampage tardif du cordon uniquement lorsque celui-ci avait fini de battre et que les conditions obstétricales et néonatales le permettaient, presque deux tiers des sages-femmes accédaient toujours à cette demande et quasiment un quart y accédait souvent.

Un total de 24 sages-femmes a répondu « souvent » et « peu souvent », parmi celles-ci :

- 23 (soit 96%) le clampaient tardivement mais n'attendaient pas qu'il ait fini de battre
- 1 (soit 4%) le clampaient néanmoins le plus tôt possible.

Un total de 5 sages-femmes a répondu « jamais ». Les raisons retenues étaient « protocole de service », « pratique inconnue », « pH à réaliser » et « pas d'intérêt ».

Une différence significative existait dans la prise en compte de cette demande selon le type de maternité ($p=0,0461$) et notamment entre les types I et III ($p=0,0034$).

Les maternités de type I avaient plutôt tendance à « toujours » respecter la demande inscrite sur le projet concernant la section du cordon uniquement lorsque celui-ci avait cessé de battre et la maternité de type III avaient plutôt tendance à « toujours » et « souvent » la respecter dans des proportions quasiment égales.

En revanche, il n'a pas été retrouvé de différence entre les maternités de types I et II ($p=0,1432$) ainsi que II et III ($p=0,5081$).

Il n'y a pas de différence significative selon l'expérience de la sage-femme ($p=0,2074$).

7. Point de vue global sur l'existence des projets de naissance

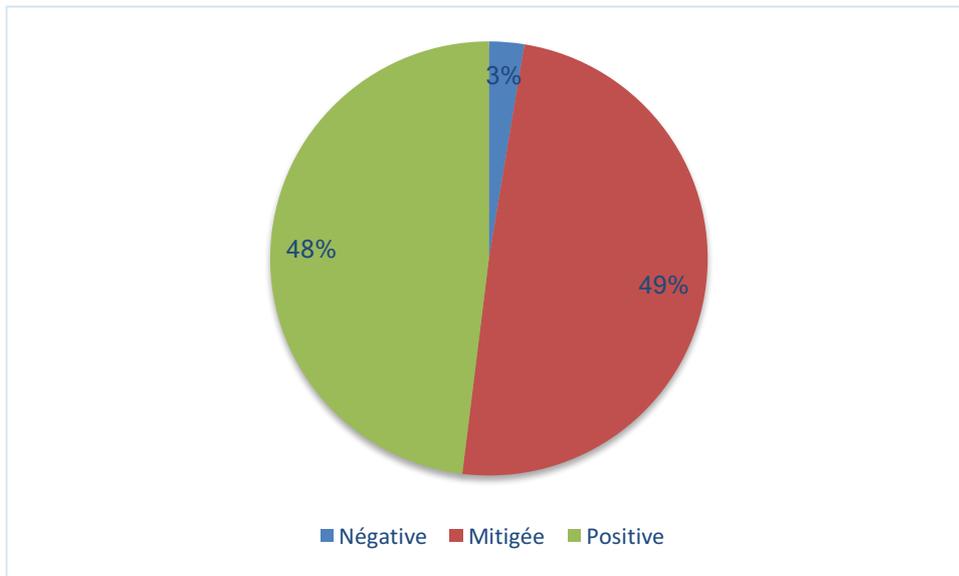


Figure 13 : Point de vue global des sages-femmes sur l'existence des projets de naissance

Parmi les 77 sages-femmes interrogées :

- 37 avaient une vision positive à propos du projet de naissance
- 38 se disaient mitigées
- 2 avaient une vision négative

Les raisons de leur positionnement leur ont été demandées. Plusieurs réponses étaient possibles.

Sur les 37 sages-femmes ayant une vision positive, une sage-femme n'avait pas argumenté son choix. Sur les 36 concernées :

- 32 sages-femmes pensaient que le projet de naissance permettait aux patientes de s'approprier un moment important de leur vie à savoir la naissance de leur enfant
- 27 pensaient qu'il permettait aux sages-femmes de pouvoir réaliser un encadrement personnalisé vis-à-vis de la patiente
- 13 pensaient qu'il permettait aux patientes de leur apporter des connaissances sur l'accouchement grâce la préparation de leur projet en amont.

Parmi les 38 sages-femmes étant mitigées à propos du projet de naissance, toutes ont exposé les points négatifs de celui-ci :

- 17 sages-femmes sur 38 ont évoqué le fait que les projets de naissance étaient trop souvent des « copier-coller » de modèles trouvés sur internet

- 6 mettaient en avant le manque de connaissances obstétricales suffisantes de la part de la patiente/des parents pour élaborer un projet de naissance en allant jusqu'à utiliser les termes de « grande méconnaissance », d' « ignorance », d' « aucune notion d'urgence »
- 3 évoquaient une mise en danger de la mère et de l'enfant, dans les souhaits des futurs parents, des demandes allant « à l'encontre des principes de sécurité »
- 3 parlaient d'un « effet de mode ». Les termes d' « exigence des patientes en décalage avec la réalité », de « préjugés négatifs sur le corps médical », d' « aberrations médicales » étaient même employés.

Parmi les 38 sages-femmes ayant une vision mitigée du projet, 9 ont donné les points positifs de celui-ci :

- 5 affirmaient qu'il était la source d'une « discussion entre les patientes et les professionnels de santé », qu'il permettait « d'échanger » avec le couple que l'on suit
- 4 rappelaient la nécessité qu'il soit « préparé en amont » afin d'avoir des projets « tout à fait réalistes »
- 1 sage-femme évoquait le fait que le projet de naissance pouvait aussi être bénéfique pour la sage-femme en « améliorant sa prise en charge ».

Pour les 2 sages-femmes ayant une vision négative du projet :

- Les 2 pensaient que les patientes n'avaient pas les connaissances nécessaires pour pouvoir demander la réalisation ou non de certains gestes
- Une sage-femme pensait qu'il donnait aux patientes la possibilité d'être plus exigeante vis-à-vis du corps médical
- L'autre sage-femme pensait qu'il s'agissait plus d'un « effet de mode » plutôt que d'une réelle demande de la part de la patiente.

Il existait une différence significative de la vision du projet de naissance en fonction du type de maternité dans lequel exerce la sage-femme ($p=0,0344$) et notamment entre les maternités de types I et II ($p=0,0113$). Les sages-femmes exerçant dans les maternités de type I avaient une vision plus souvent positive du projet de naissance que celles exerçant dans les maternités de type II, qui avaient une vision plus mitigée. En revanche, il n'existait pas de différence significative entre les maternités de types I et III ($p=0,2917$), ni entre les maternités de types II et III ($p=0,3532$).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative dans la vision du projet selon l'expérience de la sage-femme ($p=0,9719$).

8. Coïncidence avec l'augmentation des violences obstétricales

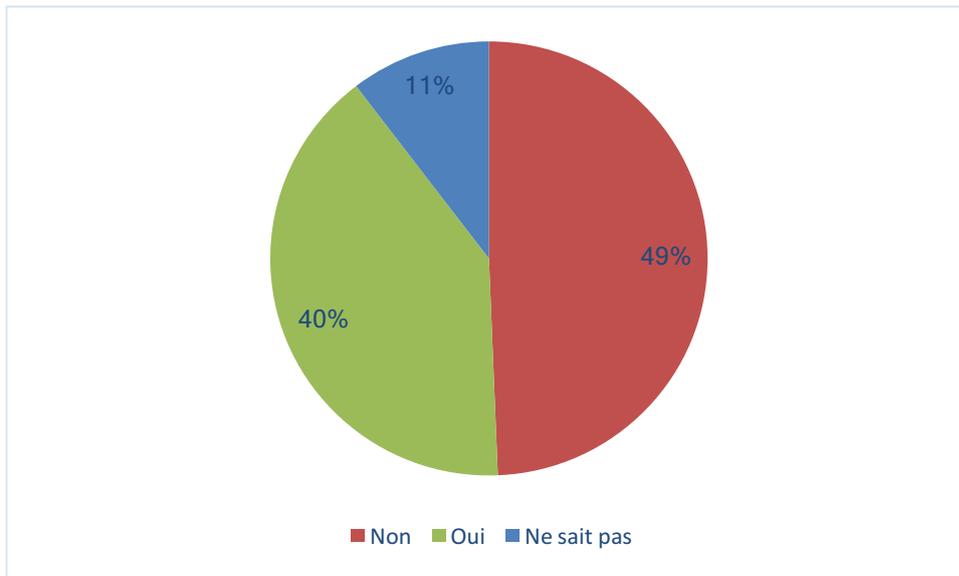


Figure 14 : Coïncidence entre l'augmentation des projets de naissance et les plaintes pour violences obstétricales

Nous avons demandé aux sages-femmes si elles pensaient que l'augmentation du nombre de projets de naissance coïncidait avec l'augmentation des plaintes pour violence obstétricale. La moitié pensait qu'il n'y avait pas de lien, 40% pensaient que ces augmentations étaient liées et 10% ne savaient pas.

9. Réalisation du projet de naissance avec un professionnel de santé pendant la grossesse

Parmi les 77 sages-femmes ayant répondu au questionnaire :

- 55 (soit 71%) pensaient que la réalisation du projet de naissance avec un professionnel de la maternité était un plus
- 16 (soit 21%) pensaient que c'était indispensable
- 5 (soit 6%) pensaient que c'était peu utile
- 1 (soit 1%) que c'était fortement recommandé
- 1 (soit 1%) que ceci n'avait pas d'intérêt

Quatrième partie : Analyse et discussion

1. Points forts et limites de l'étude

1.1. Points forts de l'étude

Le taux global de participation de la part des sages-femmes a été de 63%. Il était supérieur ou égal à 50% dans chacune des maternités au sein desquelles notre questionnaire a été distribué. Toutes les maternités du Limousin ont été incluses dans notre étude ce qui nous a permis d'avoir une représentation de tout le territoire.

Le nombre de questionnaires recueillis puis répartis en fonction des 3 types de maternité était équilibré. En effet, nous avons récupéré 27 questionnaires venant de maternités de type I, 30 venant de maternités de type II et 20 provenant de la seule maternité de type III de la région Limousin.

Cette étude sur le projet de naissance était la première à être réalisée sur le territoire du Limousin et la première à s'intéresser à la prise en compte de celui-ci par les sages-femmes en salle de naissance.

Le sujet a beaucoup intéressé les sages-femmes car le projet de naissance est un outil relativement récent et en augmentation ces dernières années et probablement dans celles à venir.

Les questions ouvertes ont favorisé l'expression libre des sages-femmes et ont donc permis une analyse plus fine et plus représentative de la réalité.

1.2. Limites de l'étude

Cette étude était limitée dans le temps. En effet, les questionnaires ont été laissés dans les services 4 mois uniquement afin de pouvoir réaliser par la suite le recueil de données et les statistiques dans le temps imparti.

De ce fait, nous n'avons pas pu nous déplacer au sein de la plupart des maternités pour relancer notre étude auprès des sages-femmes directement ce qui nous aurait permis de récupérer des questionnaires supplémentaires, et par conséquent de donner une représentativité plus importante à notre étude au sein de tout le territoire.

Le recueil des questionnaires a été difficile à l'HME de Limoges ; en effet tout juste la moitié des sages-femmes exerçant en salle de naissance ont répondu à notre étude malgré les déplacements et les relances que nous avons effectué. Etant la seule maternité de type III de la région, il était primordial pour notre étude d'en recueillir un maximum dans ce lieu afin d'avoir un nombre relativement égal de réponses provenant des 3 types de maternité.

Certaines sages-femmes n'ont pas répondu à une ou plusieurs questions ou n'ont pas respecté la consigne de numéroter par ordre d'importance leurs réponses ce qui a changé notre méthode d'analyse pour certaines questions.

2. Prise en compte du projet de naissance

À partir de l'analyse du « questionnaire CIANE concernant des accouchements en milieu hospitalier [...], 63% des femmes qui ont exprimé des souhaits considèrent que l'équipe a fait de son mieux pour les respecter » tandis que « 26% que cela n'a été que partiellement le cas » (1). Les résultats recueillis à l'aide de cette étude auprès des patientes montrent que d'après ces dernières, une patiente sur trois ayant rédigé un projet n'est pas totalement satisfaite de sa prise en charge.

Pourtant, d'après les recommandations de la HAS de novembre 2005 (10), le projet de naissance dans la prise en charge pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum fait partie intégrante du suivi d'une femme enceinte. Notre étude a montré que deux tiers des sages-femmes prenaient en compte totalement le projet de naissance des patientes lors de l'accouchement. Cette recommandation n'était donc pas entièrement intégrée et prise en compte par un tiers des sages-femmes.

Le projet de naissance étant une demande venant de la patiente ou du couple, on peut donc penser qu'il tend à faire diminuer la médicalisation de l'accouchement en laissant place à un suivi plus personnalisé et adapté à chaque patiente. Comme le décrit la psychiatre A. Abella, il est une bonne illustration du « modèle informatif ou du patient décideur » et va à l'encontre du « modèle paternaliste ou du médecin décideur » où ce dernier possède le « seul savoir pertinent » et où le patient est « infantilisé : dépourvu de connaissances médicales » et dans « l'incapacité de prendre une décision juste ». (12)

On pouvait aussi penser que la prise en compte du projet de naissance dépend du type de maternité au sein duquel la patiente se présente pour accoucher. En effet, avec notre expérience personnelle, le manque de temps semblait être la première raison du non-respect du projet de naissance. C'est donc pour cette raison que nous pouvions penser que le projet était mieux respecté dans les maternités de type I que dans la maternité de type III étant donné la différence d'activité. Or, d'après notre étude il n'y a pas de différence significative de la prise en compte du projet en fonction du type de maternité.

Nous pensons aussi que l'expérience du professionnel pouvait être un facteur fortement impliqué dans le non-respect du projet. Dans notre étude, il y avait une grande partie de sages-femmes nouvellement diplômées en salle d'accouchement au sein de notre population. Jusqu'à 39% avaient entre 0 et 9 ans d'expérience dans ce secteur ce qui est en accord avec

le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé de mai 2016 puisqu' « entre 2004 à 2014, les sages-femmes ont connu, en effet, un rajeunissement démographique [...] ». (13) (Annexe 2)

Sachant que le premier projet de naissance français est apparu en 2000 (4), les jeunes et futures sages-femmes auraient pu être sensibilisées davantage à l'existence du projet de naissance par rapport aux anciennes générations qui seraient plus susceptibles d'accueillir ce projet comme une nouveauté dans leurs pratiques professionnelles. On pouvait donc supposer que les sages-femmes nouvellement diplômées avaient un plus grand respect du projet. Or dans notre étude il n'y a pas de différence significative de prise en compte du projet en fonction de l'expérience du professionnel.

Il existe donc d'autres facteurs impliqués dans le non-respect du projet de naissance lorsque les conditions obstétricales et néonatales le permettent.

3. Préparation du projet de naissance : lecture et traçabilité

Dans notre étude, 86% des sages-femmes lisaient « toujours » le projet de naissance des patientes tandis que 14% ne le lisaient que « souvent ». Le projet, lorsque la patiente le confie à l'équipe obstétricale une fois celui-ci terminé, est mis à l'intérieur du dossier obstétrical de la patiente ou, si celui-ci est informatisé, à l'intérieur de son « dossier patient unique ». Toute sage-femme accueillant une patiente consulte son dossier personnel afin d'effectuer une prise en charge médicale adaptée. « *Le dossier du patient est un outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et les patients.* » (14). Le projet a donc totalement sa place dans le dossier de la patiente, nous avons donc cherché des causes qui justifieraient le pourcentage de sages-femmes ne lisant pas « toujours » le projet des patientes.

Nous nous sommes donc interrogés sur la traçabilité de celui-ci. En effet, il existait une différence significative de traçabilité en fonction du type de maternité et notamment entre les maternités de types I et III et entre les maternités de types II et III. Il est probable que cette différence provienne de la forme du dossier. Dans les maternités de type I, les dossiers obstétricaux sont la plupart du temps conservés sous forme de « dossier-papier », le projet de naissance pouvant facilement être rangé à l'intérieur de ce dernier. C'est sûrement pour cela que dans ce type de maternité, les projets ont tendance à être « toujours » lu par les sages-femmes. Au sein de la maternité de type III, les dossiers obstétricaux sont tous informatisés, chaque patiente possède néanmoins un « dossier patient unique » mais qui ne comporte pas de dossier obstétrical étant donné que toutes les informations se trouvent sur le logiciel informatique. C'est peut-être pour cela qu'il était « souvent » et « peu souvent » lu par les

sages-femmes dans ce type de maternité. Il existe des maternités de type II au sein desquelles les dossiers restent sous forme de « dossier-papiers » et certaines où ils sont informatisés, ce qui justifie que dans ce type de maternité on ait retrouvé dans des proportions quasiment égales qu'il est « souvent » et « toujours » lu par les sages-femmes.

Nous pouvions aussi penser que l'expérience de la sage-femme accueillant la patiente pouvait être un facteur influençant la lecture du projet de naissance des patientes par leur vision et leur opinion personnelle sur ce dernier et sur leur expérience avec des couples ayant déjà présenté un projet de naissance en salle d'accouchement. L'étude a montré qu'il n'existait pas de différence significative de la lecture du projet en fonction de l'expérience de la sage-femme.

4. Communication soignant-soigné

4.1. Échange entre la sage-femme et la patiente/le couple à propos du projet de naissance

Dans notre étude, nous avons vu que les trois quarts des sages-femmes échangeaient « toujours » avec la patiente/le couple à propos du projet de naissance. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative ni en fonction de l'expérience de la sage-femme ni en fonction du type de maternité. Toutes les générations de sages-femmes favorisaient donc l'échange avec la patiente et le manque de temps que l'on peut observer dans une maternité de type III ou de type II n'était pas un argument ayant un impact sur la communication entre la patiente et la sage-femme à propos du projet de naissance.

D'après l'enquête périnatale de 2016 auprès des femmes, « 17,2 % ont fait part de leurs demandes à l'arrivée à la maternité » (15) ce qui représentait une proportion minime de patientes. En effet, le milieu hospitalier peut être une source d'angoisse, de stress pour les patientes qui par la suite n'osent pas formuler de souhaits si on ne leur pose pas la question, de peur de paraître revendicatrice.

Il semblerait donc que ce soit plutôt aux sages-femmes d'aborder le sujet en demandant à la patiente si elle a des demandes particulières ou des souhaits pour la phase de latence, le travail, l'accouchement et le post-partum. Il paraît même important d'appliquer cette demande à toute patiente et pas seulement à celles possédant un projet de naissance. La communication entre la patiente et le professionnel de santé représente un point essentiel dans la relation patient-soignant (16).

4.2. Explications à la patiente/au couple de la faisabilité du projet de naissance

D'après notre étude, les sages-femmes les plus expérimentées expliquaient « toujours » aux patientes la faisabilité ou non du projet tandis que les plus jeunes l'expliquaient soit « toujours » soit « souvent ». On peut penser qu'une sage-femme avec beaucoup d'expérience en salle d'accouchement était plus apte à reconnaître les demandes acceptables et celles qui ne l'étaient pas. De plus, il est potentiellement plus difficile pour une sage-femme nouvellement diplômée de maîtriser la technique ainsi que de gérer la demande d'une patiente qui nécessite parfois une certaine adaptation de la part de la sage-femme qui prend en charge cette patiente.

5. Vision du projet de naissance

Le principal élément qui permettait aux sages-femmes d'avoir un point de vue mitigé sur les projets de naissance était le fait que souvent il apparaissait comme un « copier-coller » de projets illustrés comme exemple sur internet. En effet, Internet a pris une place très importante avec 85% des ménages connectés en 2015. (17) Pour les patientes qui n'osent pas aborder le sujet du projet de naissance avec les professionnels de santé, il est plus aisé d'aller sur Internet. Elles peuvent trouver des informations qui ne sont pas forcément adaptées à la maternité où elles vont accoucher. Ceci pourrait expliquer ce point de vue mitigé lié au sentiment de « copier-coller » souvent adopté par les sages-femmes.

D'après notre étude, les sages-femmes travaillant dans les maternités de type I ont une vision globalement positive du projet de naissance tandis que celles travaillant dans les maternités de type II ont une vision plutôt mitigée de celui-ci.

Les points abordés dans les projets de naissance ont tous un but commun : respecter au maximum la physiologie de la naissance. Les maternités de type I prônent la physiologie dans l'accompagnement et l'accouchement des patientes. Il était donc compréhensible que les sages-femmes travaillant au sein de ces structures aient tendance à encourager davantage la physiologie et avaient donc une vision positive du projet de naissance.

5.1. Vision du projet et travail en amont avec l'aide d'un professionnel

Dans notre étude et d'après les sages-femmes, au sein des maternités de type I ce sont les sages-femmes de consultation, la plupart du temps, qui aiguillent les patientes dans la rédaction de leur projet. Dans les maternités de type II, d'après elles, ce sont plutôt les sages-femmes libérales qui conseillent, orientent les femmes sur leurs souhaits pour

l'accouchement. Les sages-femmes libérales ne travaillent pas dans la structure au sein de laquelle les patientes accouchent. On peut donc penser qu'elles avaient moins de connaissances concernant les pratiques proposées (miroir, poste radio, baignoire, salle physiologique, monitoring sans fil, lianes...) dans une maternité donnée contrairement aux sages-femmes de consultation. Ces dernières travaillent au sein de la structure dans laquelle se trouve la salle de naissance et savent donc de façon plus certaine ce qu'il est possible de faire ou non.

Il est donc plus probable que les sages-femmes de terrain se retrouvaient avec des projets moins réalisables dans les maternités de type II ce qui rejoignait leur point de vue mitigé principalement du projet contre une vision positive globalement dans les maternités de type I. Nous n'avons cependant pas retrouvé de différence significative entre les maternités de types I et III et entre les maternités de type II et III. Nous n'avons pas trouvé d'argument pouvant expliquer ce résultat.

5.2. Vision du projet et causes du non-respect de celui-ci

Étant donné qu'il y a moins d'accouchements et donc une activité moindre dans une maternité de type I que dans une maternité de type II ou III, il est donc certain que les professionnels ont moins ce problème de « temps » auprès des patientes. Néanmoins comme le montre la Figure 8, cet argument n'est pas celui qui permet de montrer une différence entre les différents types de maternité, un pourcentage quasiment égal de sages-femmes pour les 3 types de maternité ont évoqué ce problème de temps. L'argument « non réalisable au sein de la structure » représente 73% de sages-femmes travaillant dans une maternité de type II, 74% en type I et 80% en type III. L'argument « non réaliste » représente 63% de sages-femmes travaillant dans une maternité de type II, 60% en type I et 65% en type III. Ces derniers étaient les 2 arguments les plus forts du non-respect du projet de naissance dans notre étude puisque cela concernait respectivement 58 et 48 sages-femmes. Cela concorde avec le point abordé au-dessus : les maternités de type II se retrouvent face à des projets réalisés principalement à l'aide d'une sage-femme libérale ne connaissant pas forcément les pratiques au sein d'une maternité précise. Les projets peuvent donc apparaître comme « non réalisable » et « non réaliste », ce sont ces principaux arguments qui justifient le point de vue mitigé des sages-femmes. Au sein des maternités de type I, les projets de naissance étaient réalisés avec l'aide de la sage-femme de consultation et donc les demandes étaient plus réalistes et réalisables ce qui permettrait d'en avoir une vision plus positive.

Les projets non-réalisables au sein de la structure choisie par la patiente pour accoucher apparaissent comme la cause principale la plus fréquemment rencontrée du non-respect du

projet de naissance pour les 3 types de maternité. Ces 2 causes sont sûrement à mettre en lien avec l'idée du « copier-coller » sur Internet.

La restriction par les protocoles de service concernait 36 sages-femmes dont 50% des sages-femmes travaillant dans une maternité de type II, 41% en type I et 50% en type III. C'était la seule cause du non-respect du projet de naissance qui n'est pas professionnel-dépendant et sur laquelle les pistes d'amélioration paraissent plus restreintes.

6. Prise en compte du projet de naissance

Il n'existait pas de différence significative de prise en compte du projet en fonction du type de maternité, en revanche, lorsque l'on interrogeait les sages-femmes sur leur attitude face à des situations concrètes, très fréquemment retrouvées dans les projets, on s'apercevait qu'il existait tout de même des différences notamment dans 3 situations sur les 5 exposées dans le questionnaire. Il y avait donc une différence entre le fait de penser prendre en compte le projet de naissance et le prendre en compte réellement sur le terrain. La question « tenez-vous compte du projet de naissance dans vos actions ? » est une question large ; dans la mesure où elles prenaient en compte certains points du projet de naissance, certaines sages-femmes avaient peut-être le sentiment de le prendre totalement en compte.

6.1. Présence du conjoint ou de la personne accompagnante lors d'une césarienne programmée

Le conjoint pouvait « souvent » assister à la césarienne dans les maternités de type I alors qu'il ne le peut que « peu souvent » dans une maternité de type III et au sein des maternités de type II, l'acceptation de la demande varie entre « toujours » et « peu souvent » en fonction de la maternité. Cette différence est sûrement due à une activité plus intense dans les gros centres et à l'existence de leurs protocoles de services plus « stricts » contrairement aux maternités de type I où l'activité est moindre. Les principales raisons énoncées par les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs sont : l'asepsie, le risque d'une complication, l'éventuel inconfort et malaise du conjoint. (18) Pourtant, quel que soit le niveau de la maternité, les règles d'hygiène sont présentes et le risque de complication existe. On peut donc penser qu'il y a des protocoles plus stricts dans les maternités de type III que dans les autres types de maternité du fait de la prise en charge de nombreuses pathologies. On peut aussi penser que la préparation ainsi que la surveillance du père en salle de césarienne peuvent apparaître comme une charge de travail supplémentaire et que l'activité de certaines maternités soit un frein à la réalisation de cette demande. On peut donc se demander quelles sont les réelles raisons du refus dans certaines maternités lorsque l'activité le permettrait.

Pour le père, « *plus spécifiquement à la césarienne, attendre dans le couloir pendant que son enfant naît peut être vécu comme un moment difficile [...] qui peut être très angoissant.* » (18)
Il y a peu d'écrits sur le vécu du père lorsqu'il assiste à la césarienne de sa conjointe. Néanmoins, de plus en plus de maternités le propose et il semblerait que les professionnels et les parents aient un « *retour globalement très positif* » à propos de cette nouvelle expérience. (19)

Il apparaît donc important de faire un état des lieux du ressenti de la patiente et de celui du conjoint a posteriori lorsque ce dernier était présent à la césarienne afin de pouvoir affirmer si cette présence a été bénéfique pour le couple.

6.2. Déambulation pendant la phase active du travail

Lorsque la patiente souhaitait déambuler pendant la phase active du travail, les maternités de type I l'y autorisaient majoritairement « toujours » tandis que c'était plutôt « souvent » pour les maternités de type III et les maternités de type II l'y autorisaient « toujours » et « souvent ».

La HAS recommande « *une surveillance discontinuée pendant la phase active du 1er stade du travail : toutes les 15 min pendant la contraction et immédiatement après durant au moins 1 min en vérifiant le pouls maternel et lors de la survenue de tout événement.* » (20)

« *La femme peut se mobiliser ou déambuler sous réserve de l'existence d'un protocole formalisé et spécifique incluant la traçabilité et la durée des postures, la surveillance et la prévention des compressions.* » (20)

Beaucoup de maternités ne possèdent pas de monitoring sans fil ce qui peut représenter un frein à la demande de la patiente et cela nécessite la disponibilité du personnel afin de contrôler le rythme cardiaque du fœtus fréquemment ce qui peut être une charge de travail supplémentaire dans les maternités où l'activité est intense.

Malgré cela, 59% des sages-femmes autorisaient la déambulation pendant la phase active du travail ce qui montrait bien une évolution des pratiques qui se fait en lien avec l'évolution du matériel.

6.3. Refus d'épisiotomie

La pratique de l'épisiotomie diminue à l'échelle nationale. Le taux global est passé de 27% en 2010 à 20% en 2016. En France, 34,9 % des primipares et 9,8 % des multipares ayant accouché par voie basse en ont eu une en 2016 (13) (Annexe 3).

Dans notre étude, les sages-femmes trouvaient quasiment toujours un terrain d'entente avec la patiente lorsque celle-ci inscrivait dans son projet qu'elle ne désirait pas d'épisiotomie. Les recommandations nationales sur l'épisiotomie sont donc bien prises en compte par les sages-femmes en salle d'accouchement dans le Limousin puisque ' *« au cours d'un accouchement normal, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée pour réduire le risque de lésions obstétricales du sphincter de l'anus [...] ni en cas de présentation du siège, de grossesse gémellaire ou de variété postérieure »*. (21) La baisse rapide du nombre d'épisiotomie et le terrain d'entente entre sage-femme et patiente pourraient témoigner d'une réponse sous-jacente à une potentielle demande des sages-femmes de réduire cet acte médical aux « *patientes ayant des facteurs de risques individuels* » et aux « *conditions obstétricales* » le nécessitant. (21)

6.4. Accouchement dans une position autre que gynécologique

Dans notre étude, 96% des sages-femmes acceptaient que la patiente accouche dans une position autre que gynécologique tandis que c'était une pratique très peu développée nationalement. En effet, d'après l'Enquête nationale périnatale de 2016, 95,5 % des femmes accouchent en position gynécologique (13) (Annexe 3). Pour réellement affirmer que cette demande était bien prise en compte, il aurait fallu questionner les sages-femmes sur la position de la patiente au moment de l'expulsion.

On pouvait penser que l'expérience du professionnel avait une place importante dans la réalisation de cette demande, car cela nécessite d'être à l'aise dans la maîtrise de la technique de l'accouchement. Notre étude a montré qu'il n'y avait pas de différence significative de la prise en compte de cette demande en fonction de l'expérience de la sage-femme ni en fonction du type de maternité. Cela peut s'expliquer par la formation initiale qui a permis aux étudiantes sages-femmes et donc aux jeunes diplômées de faire des stages dans des maternités variées de différents types et donc de voir ou de réaliser des accouchements dans différentes positions. Par ailleurs, de nombreuses sages-femmes plus anciennes ont eu la possibilité de se former grâce à des formations telles que celles de Madame De Gasquet qui abordent les alternatives à la positions gynécologique pour l'accouchement.

6.5. Clampage tardif du cordon

Concernant le clampage tardif du cordon, les maternités de type I avaient tendance à « toujours » respecter cette demande contre « souvent » dans la maternité de type III. Le manque de connaissances sur cette pratique, les protocoles de service, le manque d'intérêt

ou encore le pH à réaliser étaient les quatre raisons de non-réalisation de cette demande dans les projets de naissance.

Mais globalement, 85% des sages-femmes le clampaient toujours ou souvent tardivement ce qui montre un bon respect de cette demande lorsqu'elle est formulée dans le projet de naissance de la patiente. Les recommandations de l'OMS précisent que « *retarder le clampage du cordon (supérieur à 60 secondes) permet de maintenir la circulation du sang entre le placenta et le nouveau-né, ce qui peut améliorer le bilan en fer du nourrisson jusqu'à six mois après la naissance.* »(22)

Néanmoins, nous ne pouvons pas conclure sur le respect de cette recommandation de façon générale lorsque la demande n'est pas clairement énoncée par les patientes et/ou les couples. Ces résultats rejoignent notre hypothèse vue précédemment qui supposait que les maternités de type I avaient plus tendance à respecter la physiologie de la naissance étant donné la moins forte proportion de pathologies pendant le travail, l'accouchement et les suites de couches et la charge de travail moindre.

7. Coïncidence avec les plaintes pour violences obstétricales

D'après notre étude, la moitié des sages-femmes pensait que l'augmentation des projets de naissance n'était pas liée à l'augmentation des plaintes pour violences obstétricales, 40% pensaient que les deux étaient liées et 10% ne savaient pas.

L'expression « violences obstétricales » regroupe tout acte médical, posture, intervention, non approprié ou non consenti par la patiente. (23)

D'après le rapport du 18 septembre 2018 sur la bientraitance en obstétrique, les violences obstétricales augmentent avec « *l'augmentation du risque médico-légal* » qui probablement favorise « *l'émergence d'une obstétrique sécuritaire avec une composante défensive, et donc plus interventionniste.* » (23) Le projet constitue donc un équilibre entre la liberté de la patiente et le risque médico-légal, qui est particulièrement important de nos jours en obstétrique.

Au sein de ce rapport figurent également les principales sources d'interrogations et d'insatisfaction des femmes. Parmi elles, se trouvent « *l'accompagnement humain de la grossesse et de l'accouchement* ». L'Académie de médecine propose donc que « *pour les parturientes à très bas risque la surveillance de l'accouchement peut être démedicalisée et adaptée aux souhaits exprimés par le couple [...].* » (23)

Dans les projets de naissance des femmes, le principal message qui est exprimé est le souhait d'une naissance ainsi que des soins les plus naturels et les moins interventionnistes possibles. C'est donc pour contrer cette médicalisation de l'accouchement que les patientes émettent des souhaits précis.

Il faut donc être vigilant à notre prise en charge et aux actes que nous réalisons et demander systématiquement l'accord de la patiente qui, si elle n'est pas prévenue et n'est pas en accord avec l'acte à réaliser, peut les percevoir comme violents bien que cela ne soit en aucun cas intentionnel.

8. Réalisation du projet de naissance avec un professionnel de santé pendant la grossesse

D'après notre étude, 71% des sages-femmes pensaient que la réalisation du projet de naissance avec un professionnel de la maternité était « un plus » tandis que 21% pensaient que c'était plutôt « indispensable ». On s'aperçoit donc que le projet nécessite un cadre, qui peut être donné par le professionnel accompagnant la patiente pendant la grossesse, mais que le contenu doit pouvoir laisser une certaine liberté à la patiente dans la mesure où les demandes sont réalistes et réalisables.

9. Propositions d'action

La première proposition d'action serait de réaliser cette étude à l'échelle de la région Nouvelle-Aquitaine. En effet, il est plus pertinent de distribuer le questionnaire au sein de plusieurs maternités de type III car le Limousin n'en compte qu'une seule. L'étude gagnerait en puissance et en pertinence.

Il pourrait être intéressant de réaliser une étude sur le respect des recommandations des bonnes pratiques par les sages-femmes en salle de naissance incluant toutes les patientes et non seulement celles ayant un projet de naissance afin de pouvoir comparer les pratiques entre les 2 études précédemment suggérées.

Il serait également judicieux de proposer un questionnaire aux patientes ayant accouché au sein des structures concernées par le questionnaire distribué aux sages-femmes afin de recueillir la vision qu'elles ont sur le respect de leur projet de naissance. Cela permettrait de mettre en corrélation les résultats recueillis à l'aide du questionnaire distribué aux sages-femmes avec ceux recueillis à l'aide du questionnaire distribué aux patientes.

Il serait aussi important de réaliser un état des lieux de ce qui est possible ou non en fonction de telle ou telle structure, d'organiser des réunions d'information pour les professionnels du territoire concernés afin d'uniformiser le discours des sages-femmes pour orienter, conseiller, diriger les patientes vers une structure en fonction de leurs besoins, demandes particulières. Pour améliorer l'information donnée aux patientes sur les possibilités existantes au sein d'une structure, il serait judicieux d'informer les sages-femmes libérales avec par exemple des vidéos sur lesquelles on visualiserait les locaux du bloc obstétrical des différentes maternités

de la région (ballons, lianes, baignoire, salle physiologique, miroirs...). Ce d'autant plus que la part de sages-femmes libérales ou mixtes devrait atteindre 36% en 2030 selon les projections de la DREES (15). Il pourrait également leur être distribué des livrets expliquant ce qui est possible ou non (avec les protocoles de service ou la présence de matériel nécessaire à la réalisation d'une certaine demande) au sein de chaque maternité du territoire. Ceci pourrait être porté par le réseau périnatal.

Il est également important de sensibiliser tout professionnel travaillant dans le domaine de l'obstétrique sur l'importance de rappeler aux femmes l'existence de l'EPP dont devrait bénéficier chaque femme enceinte. Cet entretien est un premier pas vers le projet de naissance : il permet le commencement d'un suivi personnalisé, individualisé, centré sur les besoins personnels de la patiente/du couple. C'est lors de cet entretien que le projet de naissance est abordé avec la sage-femme et il faut que celle-ci aide, dirige et aiguille le couple sur sa rédaction. Il est important aussi de rappeler aux professionnels l'importance de cet entretien, dont le temps consacré pour celui-ci ne doit pas être dédié à une ouverture de dossier ou à une consultation obstétricale de surveillance de la grossesse.

A l'arrivée en salle de naissance et lorsque le diagnostic de pré-travail ou de travail est posé, il serait indispensable de la part des sages-femmes de demander à la patiente/au couple si elles ont des demandes particulières pour le pré-travail, la naissance et les soins au nouveau-né et ce, même si la patiente ne présente pas de projet de naissance. La communication et la confiance sont deux notions charnières indispensables dans la relation patient-soignant.

Conclusion

Les patientes arrivant en salle de naissance avec un projet de naissance sont de plus en plus nombreuses. Le patient d'aujourd'hui se veut de plus en plus acteur dans les soins qui lui sont proposés et souhaite un retour « au naturel ». C'est pour cela que les parturientes formulent des souhaits pour l'accouchement ou les inscrivent par écrit : ce sont les projets de naissance. Les demandes tendent toutes à un but commun : respecter la physiologie de la naissance.

Beaucoup de sages-femmes sont mitigées à propos de l'existence de ces projets, il est donc important que leur rédaction soit accompagnée par les professionnels de l'obstétrique. C'est donc le rôle de la sage-femme ou du professionnel assurant le suivi mensuel des patientes de l'aider à constituer son projet afin que celui-ci soit réaliste et réalisable dans la structure choisie par la patiente pour accoucher.

Le projet de naissance écrit ne doit pas remplacer la communication orale dans la relation patient-soignant, elle est indispensable afin d'instaurer un climat de confiance entre les deux membres de cette relation.

Notre étude a montré que les projets de naissance en salle d'accouchement étaient globalement bien pris en compte. Il ne semblait pas y avoir de différence de prise en compte de celui-ci en fonction de l'expérience de la sage-femme ni du type de maternité dans lequel la patiente accouchait.

Néanmoins, lorsque l'on mettait en situation des demandes concrètes que l'on peut observer régulièrement au sein des projets de naissance, on a pu s'apercevoir que les demandes étaient plus ou moins respectées en fonction du type de maternité et de l'expérience de la sage-femme ayant en charge la patiente.

Les principales raisons du non-respect du projet de naissance, lorsque les conditions obstétricales et néonatales le permettaient, étaient : non réalisables, non réalistes. Ces causes sont évitables à l'aide d'une bonne information des patientes qui nécessite en amont une information des professionnels de santé concernés.

Le projet de naissance apparaît comme une opportunité pour les patientes quant à leur confort physique et psychologique en les rendant plus actrices de leur accouchement. Il permet aussi aux sages-femmes de valoriser leur profession en respectant la physiologie de la naissance en assurant une prise en charge diversifiée, individualisée.

« La bientraitance se traduit par la qualité de la relation avec la femme et l'accompagnant, la prise en compte des préférences et des attentes exprimées dans le projet de naissance, si celui-ci existe et s'il n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis » (20)

Références bibliographiques

1. éditeur P. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. CIANE. 2012 [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://ciane.net/2012/09/respect-des-souhaits-et-vecu-de-laccouchement/>
2. Lecomte et de Almeida - Petit guide de l'accouchement physiologique.pdf [Internet]. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: http://www.osteopathe-yaya.com/manager/filemanager/userfiles/files/guide_accouchement_physiologique_web.pdf
3. Morel M-F. Naître à la maison d'hier à aujourd'hui. Trav Genre Soc. 10 avr 2018;n° 39(1):193-9.
4. Alizée CHERON. Le projet de naissance : Comment et pourquoi les femmes en écrivent 2009.
5. Le Monde. Comment la naissance est devenue un acte médicalisé. 31/08/2017 [Internet]. [cité 22 nov 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/maternite/article/2017/08/30/comment-la-naissance-est-progressivement-devenue-un-acte-medicalise_5178707_1655340.html
6. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016. [cité 1 déc 2019] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
7. Code de la santé publique - Article L1111-4.
8. Plan périnatal [Internet]. SFN. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/plan-perinatal/>
9. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
10. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
11. Reco OMS : Soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement - Février 2018 [Internet]. Co-naître. [cité 1 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net/actualites/reco-oms-soins-intrapartum-experience-positive-de-laccouchement-fevrier-2018/>
12. Adela Abella. Fantômes inconscients dans la relation médecin-malade1 [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 1 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-509/Fantomes-inconscients-dans-la-relation-medecin-malade1>
13. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et

- évolution depuis 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
14. Dossier patient en secteur MCO (DPA MCO) [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 3 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2676370/fr/dossier-patient-en-secteur-mco-dpa-mco
 15. Les maternités en 2016 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-maternites-en-2016-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale>
 16. Importance de la communication dans la relation soignant-soigné [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2006 [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/importance-de-la-communication-dans-la-relation-soignant-soigne/>
 17. Retour sur 20 ans de numérique et d'internet - L'économiste [Internet]. [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.leconomiste.eu/decryptage-economie/551-retour-sur-20-ans-de-numerique-et-d-internet.html>
 18. Césarine - Le père peut-il être présent en cas de césarienne [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cesarine.org/pendant/pere/>
 19. Présence du conjoint en salle de césarienne [Internet]. [cité 21 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cpiasauvergnerhonealpes.fr/Reseaux/MATER/Journee/2016/5_presence_conjoint.pdf
 20. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
 21. cngof épisiotomie PDF - [Internet]. [cité 3 mars 2020].
 22. OMS | Clampage du cordon pour la prévention de l'anémie ferriprive chez les nourrissons : moment optimal [Internet]. [cité 28 janv 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/elena/titles/cord_clamping/fr/
 23. Rapport 18-09. De la bientraitance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2018 [cité 29 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/de-la-bientraitance-en-obstetrique-la-realite-du-fonctionnement-des-maternites/>

Annexes

Annexe 1. Questionnaire « Le projet de naissance »

Bonjour, je m'appelle Emeline BARUSSEAU et je suis étudiante sage-femme. Dans le cadre de l'obtention de mon Diplôme d'Etat, je réalise un mémoire sur le projet de naissance. Ce dernier ayant pour objectifs de faire un état des lieux de la prise en compte des projets de naissances par les sages-femmes en salle d'accouchement ainsi que de voir si cette prise en compte diffère en fonction du type de maternité. Le questionnaire est anonyme. Je vous remercie par avance des quelques minutes que vous m'accorderez.

1. Dans quel type de maternité travaillez-vous :

- Type I Type II Type III

2. En quelle année avez-vous eu votre Diplôme d'Etat de sage-femme ?

3. Combien d'année(s) d'expérience avez-vous en salles de naissances ?

4. Tenez-vous compte du projet de naissance dans vos actions ? (dans votre prise en charge du couple, dans vos thérapeutiques)

- Totalement
- En partie
- Peu
- Pas du tout

5. Procédez-vous à la lecture du projet de naissance de votre patiente lorsque le diagnostic de mise en travail est posé ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

6. Ce projet de naissance est-il, la plupart du temps, travaillé en amont avec des professionnels de santé ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si la réponse est « oui », avec l'aide de quel professionnel de santé, en priorité, est-il préparé en amont ? *

** Une seule réponse possible*

- Un/une sage-femme libérale
- Une sage-femme de consultations au sein de la structure hospitalière
- Le/la cadre du service
- Autre :

7. L'existence d'un projet de naissance est-il tracé dans le dossier ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

8. Echangez-vous avec la patiente/ le couple à propos du projet de naissance ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

9. Expliquez-vous à la patiente/ au couple la faisabilité ou non du projet de naissance ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

10. Lorsque le projet de naissance n'a pas été pris en compte dans votre pratique, la/les cause(s) la/les plus fréquente(s) est/sont : *

** Trois réponses maximum possibles ; les numéroter par ordre d'importance, 1 étant la cause la plus fréquente.*

- Manque de temps
- Non réalisable
- Non réaliste
- Tenu(e) par les protocoles
- Pas assez à l'aise pour allier technique et demande de la patiente
- Autre :

11. Lorsque le compagnon demande à être présent lors d'une césarienne programmée, la demande est acceptée selon quelle fréquence ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Si votre réponse n'est pas « toujours », que faites-vous principalement : *

** Une seule réponse possible*

- Vous leur expliquez d'emblée les raisons pour lesquelles le conjoint n'est pas autorisé à entrer en salle de césarienne
- Vous faites part au gynécologue-obstétricien et à l'anesthésiste de la demande du conjoint de vouloir assister à l'opération
- Le protocole de service n'autorise pas de personne accompagnante lors d'une césarienne programmée
- Autre :

12. Lorsqu'une femme ne voulant pas de péridurale avec un travail physiologique, souhaite déambuler en phase active du travail, vous accédez à sa demande ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Si votre réponse n'est pas « toujours », que faites-vous principalement : *

** Une seule réponse possible*

- Vous l'autorisez tout en surveillant régulièrement le rythme cardiaque fœtal
- Etant donné qu'elle est en phase active, vous lui expliquez l'importance de l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal et donc que cela implique une restriction de déambulation jusqu'à la naissance.
- Autre :

13. Lorsqu'une femme inscrit dans son projet qu'elle refuse l'épisiotomie, comment réagissez-vous auprès de la patiente ?

** Une seule réponse possible*

- Vous échangez sur les motifs de son refus et sur les situations où l'épisiotomie est nécessaire

- Vous lui dites que vous éviterez au maximum d'en faire une
- Vous prenez acte de son refus sans échanger avec elle et vous vous laissez la possibilité d'en faire une quand même
- Autre :

14. Dans la majorité des cas pour l'épisiotomie, trouvez-vous un terrain d'entente avec la patiente ?

- Oui Non

15. Lorsqu'une femme souhaite accoucher dans une autre position que gynécologique et que toutes les conditions sont favorables, respectez-vous sa demande ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Si la réponse n'est pas « toujours » : que faites-vous principalement : *

** Une seule réponse possible*

- Vous lui dites que vous êtes plus à l'aise pour l'aider lorsqu'elle se trouve en position gynécologique
- Vous essayez de satisfaire sa demande mais vous vous réservez le droit de la remettre en position gynécologique au moindre doute
- Vous mettez tout en œuvre pour satisfaire sa demande même si l'expulsion risque d'être retardée
- Autre :

16. Lorsqu'un couple souhaite une section de cordon uniquement lorsque ce dernier a cessé de battre et que l'état de santé de la mère et du nouveau-né le permet, respectez-vous sa demande ?

- Toujours
- Souvent
- Peu souvent
- Jamais

Si la réponse n'est pas « toujours » :

- Vous le coupez néanmoins le plus tôt possible
- Vous le coupez plus tardivement mais vous n'attendez pas qu'il ait fini de battre
- Autre :

Si la réponse est « jamais », pour quelle(s) raison(s) :

.....
.....

17. Quel est votre point de vue global sur l'existence des projets de naissance ?

- J'ai une vision positive du projet de naissance
- Je suis mitigée à propos du projet de naissance
- J'ai une vision négative du projet de naissance

Si votre vision est positive, pourquoi : *

** Trois réponses maximum possibles ; les numéroter par ordre d'importance, 1 étant la cause la plus fréquente.*

- Je pense qu'il permet aux sages-femmes de pouvoir réaliser un encadrement spécialisé vis-à-vis de la patiente
- Je pense qu'il permet aux patientes de leur apporter des connaissances sur l'accouchement de part la préparation du projet en amont
- Je pense qu'il permet aux patientes de s'approprier un moment important de leur vie à savoir la naissance de leur enfant.
- Autre :

Si vous êtes mitigé(e), pourquoi ?

.....
.....
.....

Si votre vision est négative, pourquoi ? *

** Trois réponses maximum possibles ; les numéroter par ordre d'importance, 1 étant la cause la plus fréquente.*

- Je pense qu'il donne aux patientes la possibilité d'être plus exigeante vis-à-vis du corps médical
- Je pense que les patientes n'ont pas les connaissances nécessaires pour pouvoir demander la réalisation ou non de certains gestes
- Je pense qu'il s'agit plus d'un « effet de mode » plus qu'une réelle demande de la part des patientes
- Autre :

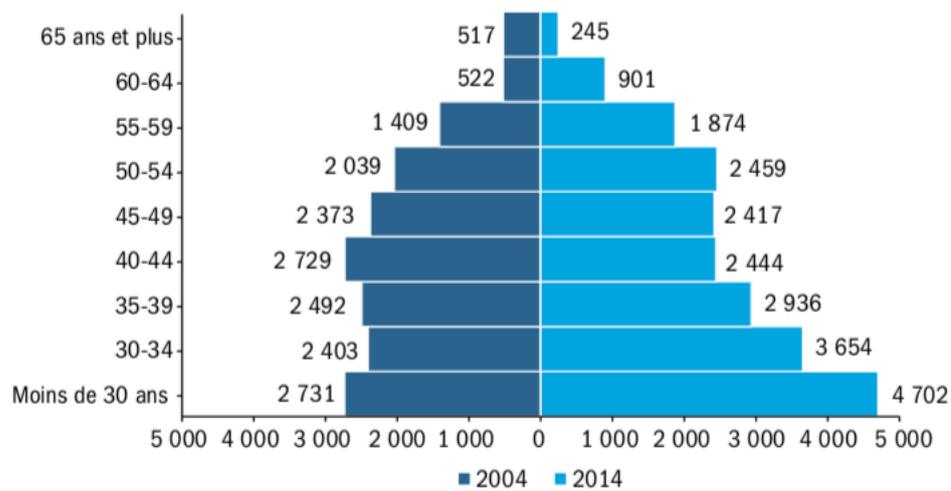
18. Pensez-vous que l'augmentation du nombre de projets de naissance coïncide avec l'augmentation des plaintes pour violence obstétricale ?

- Oui Non

19. Pour vous, la réalisation du projet de naissance avec un professionnel de la maternité pendant la grossesse est :

- Indispensable
- Un plus
- Peu utile
- Pas d'intérêt
- Autre : ...

Annexe 2. Pyramide des âges des sages-femmes



Sources : ONDPS ; Répertoire Adeli en 2004 ; RPPS, traitement Drees en 2014.

Annexe 3. Accouchements par voie basse (France métropolitaine ; femmes majeures et naissances vivantes)

	2010		2016		
	%	p	n	%	IC à 95%
Position au début des efforts expulsifs ⁽¹⁾					
Sur le dos	–		8 322	88,5	87,9 - 89,2
Sur le côté	–		789	8,4	7,8 - 9,0
Assise, accroupie, debout	–		168	1,8	1,5 - 2,1
À quatre pattes ou à genoux	–		109	1,2	1,0 - 1,4
Autre	–		13	0,1	0,1 - 0,2
			(9 401)		
Position à l'expulsion ⁽¹⁾					
Sur le dos	–		9 010	95,5	95,1 - 95,9
Sur le côté	–		273	2,9	2,6 - 3,3
Assise, accroupie, debout	–		73	0,8	0,6 - 1,0
À quatre pattes ou à genoux	–		66	0,7	0,5 - 0,9
Autre	–		11	0,1	0,0 - 0,2
			(9 433)		
Épisiotomie ⁽¹⁾					
Primipares					
Oui	44,8	< 0,001	1 424	34,9	33,7 - 36,1
Non	55,2		2 659	65,1	63,9 - 66,4
	(4 677)		(4 083)		
Multipares					
Oui	14,4	< 0,001	578	9,8	9,2 - 10,5
Non	85,6		5 321	90,2	89,5 - 90,8
	(6 510)		(5 899)		
Ensemble des femmes					
Oui	27,1	< 0,001	2 002	20,1	19,3 - 20,9
Non	72,9		7 980	79,9	79,1 - 80,7
	(11 225)		(9 982)		

Source : Enquête nationale périnatale, Rapport 2016, Les naissances et les établissements : Situation et évolution depuis 2010

État des lieux de la prise en compte du projet de naissance en salle d'accouchement en Limousin

55 pages

**Mémoire de fin d'études – École de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire
2019-2020**

Le « projet de naissance » est de plus en plus présent en salle de naissance.

Nous avons réalisé un état des lieux de la prise en compte du projet de naissance par les sages-femmes en salle d'accouchement au sein des 7 maternités du Limousin.

Lorsque l'on interroge les sages-femmes, l'expérience du professionnel et le type de maternité n'ont pas d'influence sur le respect du projet. Néanmoins, dans des situations concrètes retrouvées fréquemment dans les projets de naissance, on a pu remarquer qu'il existait une différence en fonction du type de maternité et de l'expérience de la sage-femme.

Mots-clés : projet de naissance, prise en compte, salle de naissance

