

**Les maisons de naissance en France : une nécessité
actuelle ? Etude de leur émergence en France en 2018 en
regard du système anglo-saxon.**

Mémoire présenté et soutenu par
EVAÏN Myriam
Née le 7 Octobre 1996

Directrice de mémoire : Clémentine Morel-Duclos

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Clémentine Morel-Duclos pour avoir consacré un temps précieux à la direction de ce mémoire et pour s'être montrée très disponible et de bons conseils.

J'adresse également mes sincères remerciements à Isabelle Derrenderinger pour ses guidances et relectures.

Je remercie mes parents d'avoir toujours été là. Leur soutien, leur patience et leur aide aura été essentielle.

Je remercie Tom Wright et toute sa famille pour leur aide à la diffusion des questionnaires et pour leur hospitalité lors des déplacements en Angleterre.

Je finis enfin par remercier mes amis et camarades de promotion pour l'entraide et la bonne humeur de ces 5 dernières années.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE.....	4
A) DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT.....	4
1) <i>La prénance des actes techniques et thérapeutiques</i>	<i>4</i>
2) <i>Le débat autour des violences obstétricales</i>	<i>6</i>
B) ... A L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE	7
1) <i>Qu'est-ce que la physiologie ?</i>	<i>7</i>
2) <i>Développement d'unités physiologiques et plateaux techniques.....</i>	<i>8</i>
3) <i>Emergence de nouvelles pratiques à travers des recommandations innovantes... ..</i>	<i>10</i>
C) VERS LES MAISONS DE NAISSANCE	13
1) <i>Qu'est-ce qu'une maison de naissance ?</i>	<i>13</i>
2) <i>Législation et cadre de l'expérimentation.....</i>	<i>15</i>
3) <i>Les bénéfices.....</i>	<i>16</i>
4) <i>Les points d'amélioration.....</i>	<i>20</i>
PARTIE 2 : ÉTUDE	23
A) QUESTIONNEMENTS ET HYPOTHESES.....	23
B) MATERIEL ET METHODE.....	23
1) <i>Le questionnaire</i>	<i>23</i>
2) <i>Les entretiens.....</i>	<i>24</i>
3) <i>Difficultés.....</i>	<i>25</i>
C) RESULTATS ET DISCUSSION	25
1) <i>Analyse quantitative des questionnaires</i>	<i>25</i>
a) Les deux populations étudiées	25
b) La notion de maison de naissance	28
2) <i>Description du lieu d'étude.....</i>	<i>39</i>
3) <i>Analyse qualitative des entretiens.....</i>	<i>40</i>
a) La formation des sages-femmes des maisons de naissance	40
b) L'emploi du temps des sages-femmes.....	41
c) Ce que l'on retrouve dans les maisons de naissance	42
d) Les différences avec l'hôpital	43
e) La sécurité	44
f) Le coût des maisons de naissance pour les usagers.....	50
PARTIE 3 : CONCLUSION	51

Glossaire

Français

AGN : Accompagnement Global à la Naissance
ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
AVB : Accouchement Voie Basse
CSP : Catégorie Socio-Professionnelle
CALM : Comme A La Maison
CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance
CNSF : Collège National des Sages-Femmes
CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens
FIR : Fond d'Intervention Régional
HAS : Haute Autorité de Santé
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MDN : Maison de Naissance
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
SYNGOF : Syndicat des Gynécologues Obstétriciens de France

Anglais

AMU: Alongside Midwife-led Unit
BC: Birth Centre
FMU: Freestanding Midwife-led Unit
NHS: National Health Service
NICE: National Institute for health and Care Excellence

Pourquoi ce mémoire ?

Ce sujet m'a été suggéré du fait de mon attachement particulier à l'Angleterre et à la langue anglaise. En effet, je souhaitais au départ réaliser un mémoire comparant la France et l'Angleterre dans leur mode de fonctionnement concernant le suivi de grossesse et de l'accouchement en général, et mettre en évidence les différences d'offres de soin.

Ce thème étant très vaste je me suis centrée sur l'étude comparative des maisons de naissance en France et en Angleterre, en étudiant leur fonctionnement et développement.

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de celui de Solène Gaudin, qui en 2018 a travaillé sur le profil des femmes accouchant en maisons de naissance en France, et plus particulièrement au CALM.

L'objectif de ce travail est de s'interroger sur la pertinence du développement des maisons de naissance en France, en s'appuyant sur l'exemple du modèle anglo-saxon. Du moins nous essayerons de mettre en évidence le besoin de la diversification de l'offre de soin en France s'inscrivant dans la dynamique actuelle de plus d'autonomie des patientes et d'une demande croissante du respect de la physiologie.

La problématique est donc la suivante : Le développement des maisons de naissance en France est-il une nécessité ? Comment et sous quelle forme ce projet peut-il se développer de manière pérenne et équitable ?

Pour cela, nous réaliserons dans un premier temps une revue de la littérature pour mieux comprendre le contexte dans lequel nous nous trouvons, puis dans un second temps nous nous appuierons sur les outils que sont le questionnaire et l'entretien afin d'apporter de nouvelles données, et de comparer notre système Français au système Anglais.

Introduction

Afin de comprendre les tendances actuelles quant aux choix de lieux de naissance des femmes, il est important de s'intéresser aux faits historiques. L'évolution des naissances à travers l'histoire est un sujet ayant été notamment largement abordé par l'historienne Yvonne Knibiehler.

En effet, dans son livre « Histoire des mères et de la maternité en Occident » paru en 2012, elle revient sur les événements cruciaux ayant mené à l'organisation des soins telle qu'on la connaît aujourd'hui.

En France, pendant des siècles la naissance se fait principalement à la maison, dans la pièce commune, et la femme est entourée non seulement d'une matrone mais également de sa famille et parfois même d'amis.

A partir du XVII^{ème} siècle les matrones sont peu à peu assistées/remplacées par les « médecins accoucheurs » lors d'accouchements difficiles¹.

Jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle les hôpitaux sont alors le lieu d'accouchement « des pauvresses » et sont réputés dangereux du fait des épidémies de fièvre puerpérale : accoucher à domicile est donc l'option la plus choisie.

Ce n'est qu'au milieu du XX^{ème} siècle que les naissances commencent à se faire majoritairement dans les hôpitaux, notamment dans les grandes villes. Leur réputation change : les hôpitaux deviennent un lieu de « haute technicité ».²

Ce phénomène s'observe au même moment en Angleterre.

Au début du XX^{ème} siècle seulement 5% des femmes donnent naissance dans les hôpitaux, la majorité d'entre elles accouchent à la maison ou dans des lieux dirigés par des sages-femmes.

C'est également dans les années 1950, lors de la création de la « National Health Service » (NHS), que les naissances se sont peu à peu déplacées vers les hôpitaux.³

Comme le montre une publication du parlement anglais datant de 2003, les naissances sont de moins en moins accompagnées par les sages-femmes puisque l'Angleterre passe de 75,6% des naissances réalisées par les sages-femmes en 1989 à 66,2% en 2002. Parallèlement les naissances réalisées par les médecins augmentent, passant de 23,7% à 33,8%.

¹ Yvonne KNIBIEHLER, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*, Broché 2012

² « Maternité choisie, accouchement et violences obstétricales : des enjeux pour les féministes » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur : https://extranet.planning-familial.org/sites/extranet/files/2015_09_dpca_maternite_violences_obstetriques.pdf

³ « How has birth changed through history in the UK ? » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur: <https://www.essentialparent.com/lesson/how-has-birth-changed-through-history-in-the-uk-6288/>

A partir de cette période les deux systèmes vont évoluer de manière différente.

En Angleterre cette médicalisation de l'accouchement est rapidement mal vécue par certaines femmes. Les protocoles hospitaliers empiètent sur la personnalisation du suivi de la naissance ce qui donne rapidement l'impression aux femmes de ne pas être prises en charge en fonction de nécessités médicales, mais plutôt en fonction des habitudes du service de soin⁴.

Par ailleurs, en 1992, les auteurs des rapports Winterton estiment inutile, « d'un point de vue sécuritaire », le fait que toutes les femmes accouchent à l'hôpital, et déplorent la disparition progressive des accouchements à domicile. Selon eux, c'est « une obligation légale de proposer un service d'accouchement à domicile ».⁵

Cette façon de penser pousse la NSH, dans le courant des années 1990, à d'offrir aux femmes un plus large choix quant aux différents lieux et modes d'accouchement. Les « midwife-led birth » ou naissances gérées par les sages-femmes, « home birth » ou naissances à la maison, et « water birth » ou naissance dans l'eau deviennent alors très populaires.

La NHS développe un site internet appelé «Where to give birth ? » à l'aide duquel les femmes peuvent être guidées et orientées dans leur choix en répondant à un auto-questionnaire ciblant leurs envies, leurs besoins et leur personnalité.⁶

Cette politique s'ancre bien dans la notion de patiente autonome ayant une entière liberté de choix et de regard sur les décisions la concernant.

En France les choses sont tout autres. Dans les années 1975, alors que les femmes expriment également leur idée d'une naissance plus naturelle, douce et moins « violente »⁷, les tendances n'évoluent pas dans ce sens.

En effet à partir du milieu des années 1990 les naissances hospitalières ne cessent d'augmenter avec des structures de taille de plus en plus grande. Comme le mentionne Madeleine Akrich dans son article « les lieux de naissance en France, quel choix pour les usagers ? » (p149-158): alors qu'en 1996 seulement 10% des maternités accueillaient plus de 1 500 accouchements, en 2006 ces structures représentent environ 35% des naissances.

De plus ces structures ne cessent de se médicaliser : alors qu'en 1996 près de la moitié des femmes accouchent dans des lieux de niveau I, elles ne sont plus qu'un

⁴ www.historyandpolicy.org/policy-papers/papers/choice-policy-and-practice-in-maternity-care-since-1948

⁵ Mémoire « Diversification des filières de soins en périnatalité : vers un plus grand choix laissé aux usagers ? Etude comparative des politiques périnatales depuis 1990 en France et en Angleterre » Nour RICHARD-GUERROUDJ 2010

⁶ <https://www.which.co.uk/birth-choice/where-to-give-birth>

⁷ Conley, Olivia, "Birth without Violence (1975), by Frederick Leboyer". *Embryo Project Encyclopedia* (2010-06-30). ISSN: 1940-5030 <http://embryo.asu.edu/handle/10776/2032>.

tiers en 2006.⁸ La centralisation entraîne peu à peu la fermeture de petites structures en faveur de structures de taille plus importante et à plus grande technicité.

L'expérience de certaines femmes devient alors négative : selon une enquête menée par le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2014, 16% des patientes interrogées disent ne pas avoir reçu le soutien qu'elles attendaient de la part du personnel médical le jour de leur accouchement.⁹

L'Angleterre de son côté voit également un nombre important de ses petites maternités fermer au fil des années, c'est d'ailleurs toujours le cas aujourd'hui avec notamment les maternités de Charing Cross et Ealing à Londres¹⁰. Cependant, en parallèle, les « Midwife Led Units » ou maisons de naissance se développent et réalisent un nombre de plus en plus important de naissances chaque année. D'après une étude menée par le Royal College of Midwives en 2013, alors qu'en 2001 la majorité des maisons de naissance réalisent entre 50 et 200 accouchements par an, en 2011 ce sont les MDN en réalisant entre 200 et 400 par an qui s'imposent¹¹.

La cadre historique désormais établi, nous étudierons dans une première partie, à travers une revue de littérature, le contexte actuel dans lequel les femmes souhaitent peu à peu un retour aux naissances moins ponctuées d'interventions médicales, avec une relation de confiance entre soignant et soigné. Nous proposerons notamment l'émergence des maisons de naissance en France comme potentielle réponse à cette attente des femmes. En parallèle nous nous appuyerons sur l'exemple anglais pour promouvoir le développement sur notre territoire de ces structures perçues comme plus respectueuses de la physiologie, du fait de leur taux d'intervention médical minime, tout en garantissant la sécurité des patientes et nouveau-nés.

La seconde partie portera sur l'étude en elle-même, menée à l'aide de questionnaires et d'entretiens. Cette étude nous permettra dans un premier temps de connaître l'état d'esprit et le sentiment des femmes concernant les MDN. Dans un second temps, les entretiens nous permettront de comprendre comment ces MDN fonctionnent en France et en Angleterre et ainsi de pouvoir proposer des solutions pour leur bon fonctionnement sur notre territoire.

⁸ « Lieux de naissance en France, quels choix pour les usagers » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2010-2-page-149.htm#pa3>

⁹ « Quel accompagnement pour les femmes le jour de l'accouchement ? » consulté le 15/01/18 [en ligne], disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2014/07/CPAccompagnement.pdf>

¹⁰ <https://www.getwestlondon.co.uk/news/west-london-news/ealing-charing-cross-hospitals-nhs-13461621>

¹¹ The royal college of midwives « Trends in Freestanding midwives-led units in England and Wales 2001-2013 »

Première partie : Contexte

A) De la médicalisation de l'accouchement...

1) La prégnance des actes techniques et thérapeutiques

Les progrès de la médecine au fil des années ont permis de grandes avancées notamment dans le domaine de l'obstétrique, en entraînant une forte diminution de la morbi-mortalité en France.

En effet, alors que la mortalité maternelle s'élève autour de 3 à 9% dans les années 1860 (LANGLAIS 2016 p3)¹², selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), elle baisse en 2015 aux alentours de 12 décès pour 100 000 naissances¹³.

Cependant, cet essor de la médecine a progressivement pris le dessus sur la physiologie de l'accouchement, qui est à cette occasion devenu un acte médicalisé la plupart du temps. Les gestes techniques se multiplient, la patiente perd peu à peu son autonomie, son pouvoir de décision, sa liberté de mouvement et sa pudeur.

En France, selon l'association Césarine, le taux de césarienne est en augmentation depuis 1981 où il est d'environ 11%, jusqu'en 2010 où il s'élève à près de 21%¹⁴. Selon l'enquête périnatale de 2016, depuis 2010, on observe une stabilisation de ce taux avec, en 2016, une valeur proche de 20,2%.¹⁵

Bien que dans la moyenne Européenne, ce chiffre français reste trop élevé par rapport aux recommandations de la communauté internationale qui considère que le taux de césarienne idéal se situerait entre 10 et 15%. Au-delà de ces valeurs, l'OMS déclare qu'on n'observe pas de réduction de la mortalité maternelle et néonatale.¹⁶

Malheureusement la césarienne n'est pas le seul indicateur d'une médicalisation et d'une technicité grandissante de l'accouchement.

Les extractions instrumentales, les déclenchements, les épisiotomies, la péridurale, l'utilisation d'oxytocine, mais également la non-liberté de mouvement lors de travail et de l'accouchement : autant de choses qui écartent la naissance de son caractère physiologique.

¹² « Evolution de la mortalité maternelle au XXème siècle en France », consulté le 02/02/18 [en ligne], disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01329332/document>

¹³ « Mortalité maternelle », consulté le 15/09/18 [en ligne] disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

¹⁴ « Evolution du taux de césarienne en France » consulté le 02/02/18 [en ligne] disponible sur : https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php

¹⁵ « Enquête périnatale 2016 » consulté le 30/01/18 [en ligne] disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

¹⁶ « Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne » consulté le 02/02/18 [en ligne] disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf

En effet, toujours selon l'enquête périnatale de 2016, le nombre de déclenchement augmente entre 1998 et 2016 puisqu'il passe de 20.3% à plus de 22%, réduisant le taux de mise en travail spontanée de 70.5% à 68.3%. Bien que ces variations restent minimales, elles montrent bien la dynamique dans laquelle nous nous trouvons aujourd'hui. La facilité d'accès et la banalisation de ces techniques médicales les font prendre peu à peu le dessus sur le processus physiologique de la naissance.

Les données concernant l'épisiotomie quant à elles ne suivent pas le même schéma. En effet, on constate une baisse de cette pratique entre les années 2010 et 2016 avec un taux passant de 27% à 20% (dont 35% chez les primipares et 10% chez les multipares). Pour autant, il existe encore une grande disparité sur le territoire français. En effet, alors que la maternité de Nanterre compte un taux d'épisiotomie de seulement 2.5%, et le centre hospitalier de Besançon de moins de 1%, certains établissements continuent de la pratiquer de manière beaucoup plus fréquente, pouvant atteindre des taux proches de 45%¹⁷. Nos pratiques restent loin de celles de nos voisins anglo-saxons qui comptent seulement 8% d'épisiotomie sur leur territoire, d'après une étude menée par le « Hospital Episode Statistics » (HES) en 2011¹⁸.

L'atmosphère chaleureuse et rassurante des anciens accouchements à domicile où la femme est entourée de personnes qu'elle connaît, dans un environnement familial s'est peu à peu perdue. L'inconnu des chambres d'hôpitaux et l'appellation même de « bloc obstétrical » permet difficilement de créer un climat de sérénité pour la femme. Une étude par questionnaire réalisée auprès de 254 femmes, ayant pour but d'évaluer leur satisfaction quant au respect de leur pudeur en salle de naissance, a montré que ce taux de satisfaction était de 75,7%, et uniquement de 57.5% ($p=0.0075$) lorsque ces femmes ont eu une extraction instrumentale par rapport à l'absence d'extraction instrumentale¹⁹. Or selon l'enquête périnatale de 2016, environ 12% des naissances actuelles en France ont lieu à l'aide d'extractions instrumentales ce qui représente un nombre non négligeable de femmes insatisfaites.

Malgré les avantages de la médicalisation tels que la prise en charge efficace de la douleur et la réduction d'incidents graves pouvant toucher la mère et le nouveau-né, le manque de proximité et de lien affectif avec les professionnels ainsi que l'automatisme de certains gestes se font ressentir.

¹⁷ http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/episiotomie-pourquoi-de-tels-ecarts-entre-les-maternites_5249544_4355770.html

¹⁸ <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB03071>

¹⁹ <https://link.springer.com/article/10.1007/s12611-009-0035-2>

2) Le débat autour des violences obstétricales

Les violences obstétricales en France sont aujourd'hui au cœur de l'actualité. Ce terme est large et regroupe des faits allant « de la parole blessante au geste imposé en passant par un manque de prise en charge de la douleur » selon la présidente du CIANE, Chantal Ducroux-Schouwey. Cela reflète la place dominante du personnel médical dans les décisions et dans le processus de l'accouchement, en oubliant parfois les souhaits et le respect des patientes.

Il ne s'agit bien évidemment pas d'actes commis de façon délibérée de la part des professionnels de santé dans le but nuire, mais ces actes sont parfois très mal vécus et perçus par les patientes. Un mémoire en cours de réalisation à l'école de sage-femme de Nantes étudie d'ailleurs ce phénomène de « violences obstétricales » du point de vu des professionnels de santé afin de connaître leur ressenti sur le sujet. Cependant, certaines pratiques jugées parfois trop systématiques (notamment l'épisiotomie), le manque d'information accompagnant ces gestes et l'absence de recherche de consentement de la patiente peuvent et sont souvent ressenties comme des violences.

Alors que la loi Kouchner de 2002 stipule clairement que tout examen médical doit être consenti par la patiente après information éclairée²⁰, de nombreuses femmes racontent aujourd'hui leurs accouchements comme une expérience traumatisante du fait du manque d'explications reçues de la part les professionnels de santé lors de réalisation de gestes techniques.

Beaucoup de femmes ne se sentent pas prises en charge de manière holistique, et ont le sentiment que le jour de l'accouchement, les émotions, questions, peurs, et souhaits particuliers n'ont pas leur place et ne sont pas écoutés.

Cette brutalité ressentie par certaines patientes entraine parfois des traumatismes importants, autant physiques que psychiques, que l'on ne peut négliger. C'est l'objet du livre « Accouchement : les femmes méritent mieux. » de Marie-Hélène Lahaye²¹ (juriste de profession) paru en 2018.

En effet, selon l'article 35 du code de déontologie médicale²² : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations, et les soins qu'il lui propose ».

²⁰ « Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>

²¹ MH Lahaye « Accouchement : les femmes méritent mieux », Michalon, 4 Janvier 2018

²² « Code de déontologie médical » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

De même, le code de déontologie des sages-femmes stipule que « La sage-femme doit prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci »²³.

Cependant, de nombreux blogs en ligne dénoncent certaines pratiques allant à l'encontre de ces principes²⁴. De plus en plus de femmes partagent ainsi leurs expériences marquantes à travers des témoignages et récits de leurs accouchements.

La sortie récente (2017) de l'ouvrage « Le livre noir de la gynécologie » de Mélanie Dechalotte, relatant des faits de « maltraitements gynécologiques » à travers le vécu de patientes, nous montre bien que ce sujet longtemps resté tabou est pleinement d'actualité²⁵.

La demande grandissante des femmes voulant accoucher de manière physiologique, dans le respect de leur corps et de leur volonté, commence de ce fait à se faire entendre par les professionnels de santé qui développent des actions allant dans ce sens.

B) ... A l'accouchement physiologique

1) Qu'est-ce que la physiologie ?

Avant de pouvoir développer les axes d'améliorations peu à peu mis en place dans le but d'un meilleur respect de la physiologie, il nous faut définir plus précisément ce terme et ce qu'il englobe.

Selon la définition du Larousse, l'adjectif physiologique « se dit des fonctions et des réactions normales de l'organisme »²⁶. L'accouchement physiologique pourrait donc être défini comme un accouchement se déroulant dans le respect des capacités de l'organisme, sans intervention extérieure, tant que celui-ci se déroule de manière normale.

Le CIANE propose en effet une définition similaire où l'accouchement physiologique est le fait de « préserver le rythme et le déroulement spontané du travail, de l'expulsion et de la délivrance ».

La HAS, en accord avec la définition proposée par le CIANE sur l'aspect de limiter les interventions médicales, rajoute tout de même une notion qui est celle d'un accouchement « à bas risque, sans complications majeures ».

²³ « Code de déontologie des sages-femmes » consulté le 31/03/18 [en ligne], <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>

²⁴ « 10 femmes nous racontent les violences obstétricales qu'elles ont subies » consulté le 15/09/2018 [en ligne] disponible sur : <https://www.buzzfeed.com/sandrinesnel/10-femmes-nous-racontent-les-violences-obstetricalles>

²⁵ Mélanie DECHALOTTE, *Le livre noir de la gynécologie*, Boché 2017

²⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/physiologique/60618>

Pour que cet accouchement se passe dans les meilleures conditions possibles, il est en effet accompagné et encadré par un professionnel de santé. Le choix d'une naissance physiologique est souvent formulé et préparé en anté-natal par le couple.

Contrairement à l'accouchement physiologique, l'accouchement « naturel » n'a pas nécessairement d'issue favorable pour la mère et le nouveau-né, il n'est également pas toujours planifié. Le mot « naturel » définit seulement une situation « directement issue de la nature, [...], qui n'est pas le fait du travail de l'homme »²⁷

Les termes de « physiologique » et de « naturel » doivent être bien distingués puisqu'ils n'ont en effet pas exactement la même signification. Accouchement physiologique n'est pas synonyme de passivité, il implique un investissement du professionnel de santé qui s'assurera du caractère « normal » du déroulement du travail et de l'accouchement, afin d'assurer la sécurité maternelle et fœtale.

Il est important de connaître la physiologie afin de savoir reconnaître la pathologie et ainsi agir au bon moment et à bon escient, uniquement si la situation le nécessite.

2) Développement d'unités physiologiques et plateaux techniques

De plus en plus les futurs parents se tournent vers des lieux proposant des naissances différentes, pratiquant des alternatives à la médicalisation. Les maternités diversifiant leurs offres de soins se développent petit à petit en France, au détriment des autres, reflétant bien la demande croissante des couples de bénéficier d'approches plus physiologiques.

En effet, d'après une enquête du CIANE de 2013 : alors qu'entre 2006 et 2011, ces maternités innovantes voient leur nombre de naissances augmenter de 4 608, celles n'ayant pas évolué voient ce nombre chuter de 1 756.²⁸

Mais quelles sont ces nouvelles « alternatives » que proposent ces maternités ?

Tout d'abord, certaines maternités, comme celles de Digne les Bains, de Narbonne, de Paris ou encore de Caen²⁹ ont ouvert des « plateaux techniques » où des sages-femmes libérales peuvent louer des salles. Cette location leur permet d'accompagner leurs patientes le jour de leur accouchement grâce à une convention passée avec l'établissement.

Ce système permet aux femmes de bénéficier d'un suivi continu par une même sage-femme tout au long de la grossesse et de l'accouchement, et ainsi de créer une relation de confiance grâce à l'Accompagnement Global à la Naissance (AGN).

²⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/naturel/53897?q=naturel#53542>

²⁸ « Une demande croissante pour une démarche moins médicalisée » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/05/CPSallesNatures.pdf>

²⁹ <http://projetdenaissance.com/repertoire-sages-femmes-pour-accompagnement-aad-et-pt/> consulté le 13/02/18 [en ligne]

La péridurale est accessible, mais dans beaucoup d'établissements toute médicalisation signifie que la sage-femme libérale doit passer le relais à l'équipe de garde de la structure hospitalière.

La physiologie de l'accouchement sera respectée à condition que la grossesse ne soit pas considérée comme à risque et que l'accouchement se déroule normalement. Cette nouvelle option qui s'ouvre aux femmes dans les années 1940 (LAFONT 2010 p.8) s'avère être un bon compromis entre les naissances à domicile et les naissances plus « classiques » en maternité.

Cependant, une étude des plateaux techniques réalisée par une étudiante sage-femme en 2010 dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude montre les limites de ce système.

Les sages-femmes expriment notamment leur mécontentement quant à la rémunération qu'elles n'estiment pas à la hauteur des responsabilités et de la disponibilité dont elles doivent faire preuve³⁰.

Beaucoup d'entre elles pratiquent donc des dépassements d'honoraires, créant ainsi une inégalité d'accès aux soins puisque seules certaines mutuelles couvrent ces dépenses supplémentaires.

De plus, la sage-femme dépend des protocoles de l'établissement et se doit de prévenir l'équipe de garde de l'avancement et du déroulement du travail. Cela signifie aussi qu'elle se doit de remplir les documents administratifs habituels du service³¹ en plus de sa charge administrative déjà importante liée à son exercice libéral.

Cet exercice intéresse donc peu les sages-femmes libérales qui considèrent cette activité comme contraignante et peu rentable. Cela freine entre autre la généralisation de ces structures, et complique l'accès aux couples désireux.

En effet, le site de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) ne compte aujourd'hui que 27 adhérents pratiquants des accouchements en plateaux technique sur le territoire français³².

Par ailleurs d'autres établissements tels que l'hôpital Necker à Paris proposent aux femmes des accouchements en « filière physiologique ». Ces structures se trouvent au sein des maternités classiques mais mettent à disposition un espace spécifique pour les femmes souhaitant un accouchement non technicisé et réalisé par une sage-femme. Sont à disposition des patientes : des baignoires, la pratique d'hypnose ou encore d'acupuncture.

Contrairement aux plateaux techniques, la sage-femme sera ici une praticienne hospitalière et non libérale, elle formera le plus souvent un binôme avec une auxiliaire de périnatalité.

³⁰ Memoire_Benedicte_Lafont.pdf consulté le 13/02/18 [en ligne]

³¹ <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/rq/isgaiuogpwjviooy9cow7onsiwr9q3-org.pdf> consulté le 13/02/18 [en ligne]

³² https://ansfl.org/trouver-une-sf/?first_name=&last_name=&department=&city=&activities=Accouchements&accompanying=Accouchement+en+plateau+technique&um_search=1

L'activité de la sage-femme n'est bien souvent pas dédiée à cet espace physiologique, ce qui signifie qu'elle réalise également des accouchements nécessitant une médicalisation.

Cette proximité de la pathologie peut parfois avoir un retentissement sur ces naissances souhaitées plus physiologiques, avec des équipes moins disponibles ou encore moins habituées à prendre en charge ce type de travail.

Ces nouvelles offres de soin s'inscrivent bien dans le désir de changement et de plus d'autonomie des patientes énoncé précédemment. Sont-elles pour autant suffisantes ?

3) Emergence de nouvelles pratiques à travers des recommandations innovantes...

Le 25 janvier 2018 la Haute Autorité de Santé (HAS) publie de nouvelles recommandations traitant de l'accompagnement optimal des femmes lors de l'accouchement³³.

L'enjeu de ces recommandations est bien évidemment d'assurer la sécurité du couple mère/enfant tout en répondant au souhait des patientes d'une naissance la plus respectueuse de la physiologie possible, lorsque la situation le permet.

- A qui s'appliquent ces recommandations ?

« Toutes les femmes enceintes en bonne santé qui présentent un faible risque obstétrical pendant leur grossesse jusqu'à l'accouchement ».

- En quoi consistent-elles ?

« Tant que les risques obstétricaux –réévalués en continu- restent faibles [...] limiter les interventions techniques et médicamenteuses au minimum nécessaire »

Les « interventions techniques » désignent notamment les toucher vaginaux à répétition ou encore la réalisation d'épisiotomie systématique chez les primipares. Autant de pratiques dont le caractère systématique doit être abrogé, dans le but d'apporter une prise en charge personnalisée et adaptée à chaque patiente et à ses particularités.

De même, ces nouvelles recommandations encouragent dans certaines situations les professionnels à réaliser l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal de manière discontinu afin notamment de pouvoir laisser à la femme une plus grande liberté de mouvement et de ne pas trop médicaliser la naissance lorsque cela n'est pas nécessaire.

³³ "Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement" consulté le 02/02/18 [en ligne], disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement

Pour les « interventions médicamenteuses », il est entre autre recommandé d'encourager et de soutenir les femmes dans leur choix de prise en charge non médicamenteuse de la douleur.

Une étude de la Cochrane publiée en juillet 2017 concernant plus de 12 000 femmes montre d'ailleurs qu'un soutien continu de la patiente pendant le travail permet de réduire significativement le taux de recours aux moyens analgésiques quels qu'ils soient (RR=0.90)³⁴.

Cependant, l'organisation française en l'état actuel ne permet pas aux femmes de bénéficier d'une présence continue d'un professionnel de santé lors du travail. Le système de « one to one care », pourtant répandu en Europe, n'est pas un modèle que l'on trouve en France, notamment à cause du coût que cela engendrerait pour les structures de santé.

Le désir et la volonté de faire changer les pratiques en France sont réels. Tout d'abord dans le but d'une meilleure satisfaction des femmes en améliorant leur vécu de l'accouchement mais également dans le but d'améliorer nos pratiques. Il faut cependant rester vigilant pour ne pas basculer dans l'autre extrême et faire encourir des risques aux patientes. C'est en effet la connaissance médicale et les progrès techniques associés qui au fil des années ont permis de réduire la morbi-mortalité maternelle, fœtale et néo-natale.

D'autres évolutions allant dans le même sens que ces nouvelles recommandations remettent en question nos pratiques actuelles.

Par exemple, une revue de la littérature, basée sur des données Medline interrogées en mars 2016, remet en cause le modèle de Friedman concernant les différentes phases du travail, utilisé depuis plus de 60 ans.

En effet, celui-ci proposait un modèle selon lequel la dilatation cervicale se ferait en 2 phases : la phase de latence (avant 3-4cm) et la phase active (à partir de 3-4cm). En fonction de ces différentes phases et de la parité de la patiente ont ensuite été calculées des normes de vitesse de dilatation.

Par soucis de simplification, de nombreux pays ont considéré la dilatation cervicale comme anormale si celle-ci se faisait à moins d'1cm/h en phase active quelle que soit la parité.³⁵

³⁴ « Continuous support for women, during childbirth » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur : http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth

³⁵ « Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie », consulté le 02/02/18 [en ligne], disponible sur : file:///C:/Users/Myriam/Downloads/Droulement%20travail_courbes%20dfinition_lignes%20dalerte_gestion%20dystocie.pdf

Ce modèle a entraîné au fil des années, une utilisation trop systématique de l'oxytocine de synthèse chez les femmes dont le travail était spontané, mais dont la dilatation cervicale était jugée trop lente : en 2016, 44,3% des femmes en travail spontané ont reçu de l'oxytocine de synthèse pendant le travail.³⁶

Dans cette revue de littérature de 2016, on retrouve toujours la notion de phase de latence et de phase active, cependant la phase active ne débiterait qu'à partir de 5-6cm.

En phase de latence (jusqu'à 5-6cm), « il est recommandé de ne pas intervenir à titre systématique ». De plus, en phase active, la dilatation n'est considérée comme dystocique que si la vitesse de dilatation est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7cm et inférieure à 1cm/2h entre 7cm et dilatation complète.³⁷

Ces nouvelles données quant au déroulement physiologique d'un travail devraient permettre une politique moins interventionniste en réduisant le recours aux ocytociques lorsque ce n'est pas nécessaire. L'utilisation de l'oxytocine de synthèse doit se faire de manière prudente, raisonnée, non systématique, et selon une indication médicale : le but étant de permettre au travail de se dérouler de façon autonome, tant que cela n'entraîne pas de risque ni pour la mère ni pour le fœtus.³⁸

Car en effet, depuis sa mise sur le marché en 1970, l'utilisation du syntocinon® est peu à peu sortie de ses indications principales que sont (au cours d'un travail spontané) :

- « Défaut de la contractilité utérine associée à une anomalie de la dilatation cervicale ou de la progression du mobile fœtal »,
- « L'administration préventive d'oxytocine au dégagement des épaules ou rapidement après la naissance »³⁹.

C'est ce qu'exprime notamment le Dr Camille Le Ray, Gynécologue Obstétricienne, dans un dossier du Collège National des Sages-Femmes (CNSF) concernant les recommandations d'utilisation de l'oxytocine : « On médicalise beaucoup l'accouchement en France. Le déclenchement, la péridurale, l'épisiotomie, l'administration de l'oxytocine de synthèse sont globalement plus pratiqués que dans les autres pays d'Europe.

³⁶ "Recommandations pour l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané" Rozenn Collin-Réseau sécurité naissance, Consulté le 02/02/18 [en ligne], disponible sur http://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/12/20171124_collin_RPC-oxytocine.pdf

³⁷ « Recommandations pour l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané », consulté le 02/02/18, [en ligne] disponible sur : http://www.sfm.org/upload/consensus/rpc_oxytocine2017.pdf

³⁸ « Administration de l'oxytocine lors du travail spontané : Adoptons les bons reflexes! » consulté en ligne le 02/02/18 [en ligne], disponible sur : <http://www.cnsf.asso.fr/doc/4EF68404-00ED-06AF-ED98B63B2E8ABF32.pdf>

³⁹ "Recommandations pour l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané" Rozenn Collin-Réseau sécurité naissance, Consulté le 02/02/18 [en ligne], disponible sur http://www.reseau-naissance.fr/medias/2017/12/20171124_collin_RPC-oxytocine.pdf

Ces recommandations sont importantes car elles visent à trouver un juste milieu. Il ne s'agit pas de 'démédicaliser' mais de mieux prescrire, la juste dose, au bon moment. »⁴⁰

C) Vers les maisons de naissance

1) Qu'est-ce qu'une maison de naissance ?

Une maison de naissance (MDN) est une structure autonome où des « sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse⁴¹ » dans certaines conditions prévues par la loi. Ces institutions sont sous la responsabilité des sages-femmes, mais elles doivent toutefois être en liaison avec une structure hospitalière obstétricale et pédiatrique.

Les femmes y viennent chercher en premier lieu un suivi et accompagnement global avec un nombre d'interlocuteur réduit, une plus grande liberté de décision, et un soutien psychologique important au moment de l'accouchement.

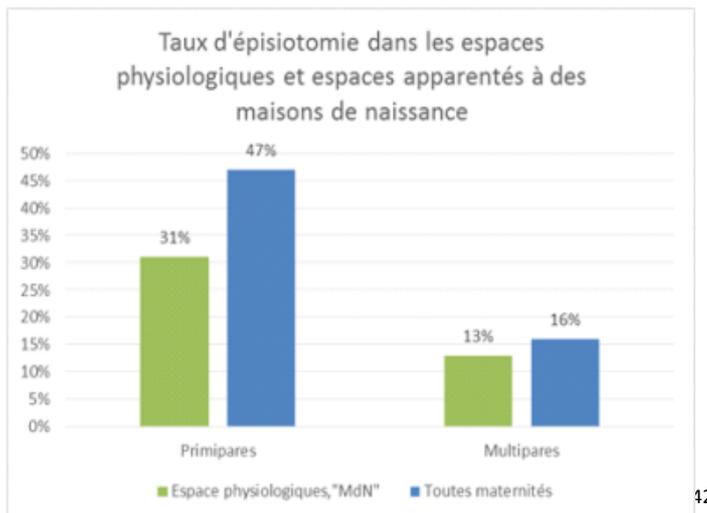
Les MDN sont destinées aux femmes ayant une grossesse de déroulement normal, et ont pour but de promouvoir la physiologie. Elles offrent un environnement plus convivial, avec une dimension humaine de plus en plus recherchée par les patientes.

Au vue de la demande et du contexte évoqué précédemment, cette définition répondrait en grande partie aux nouvelles demandes et attentes des couples.

En effet, une enquête du CIANE datant de 2013 montre par exemple la différence de recours à l'épisiotomie en fonction du lieu d'accouchement. En effet, on remarque que les espaces physiologiques de type MDN sont des lieux où cette pratique est moins fréquente, respectant ainsi mieux la physiologie et étant surtout plus en accord avec le souhait des femmes.

⁴⁰ Dr Camille Le Ray, Gynécologue Obstétricienne, CNGOF, AP-HP (Paris) Consulté le 26/11/2018 [en ligne] disponible sur <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/rpc-du-cnsf/>

⁴¹ Loi n°2013-1118 du 6 décembre 2013, article 1.



42

De plus, une étude se basant sur le registre de données de la Cochrane met en évidence qu'une femme bénéficiant d'un suivi continu lors du travail et de l'accouchement est moins susceptible de se montrer insatisfaite de sa prise en charge (RR: 0,69 IC: [0.59 ; 0.79])⁴³. Or, ce soutien personnalisé en continu par la sage-femme est un des éléments faisant parti de la prise en charge en MDN.

Par ailleurs, le fait d'être suivie par une seule et même sage-femme au cours la grossesse et de l'accouchement créé un environnement de confiance où les futurs parents se sentent plus à l'écoute et peuvent exprimer leur projet plus aisément.

En effet, le nombre de femmes voulant être actrices de leur accouchement, et souhaitant formuler des souhaits quant au déroulement des évènements augmente : 36% avant 2005 contre 57% en 2011, or le vécu de l'accouchement est fortement corrélé au respect de ces souhaits (90% des femmes dont le souhait est respecté vivent bien leur accouchement).⁴⁴

Il est donc important que les attentes et les craintes de l'ensemble des femmes puissent être formulées et entendues, pour un meilleur accompagnement et vécu de l'accouchement. Cela leur permettrait ainsi de vivre ces moments plus sereinement, dans le respect, et de façon plus intime : qu'il s'agisse de naissance à l'hôpital ou en maison de naissance.

En plus d'une communication plus aisée et un climat de confiance, le suivi personnalisé par une seule sage-femme que proposent les maisons de naissance permet également d'assurer une sécurité supplémentaire.

⁴² CIANE « Episiotomie : état des lieux du vécu des femmes » consulté le 10/01/18 [en ligne], disponible sur : https://drive.google.com/drive/folders/0B9hf_47PTXUfNFhqd2Z0MIZGTTA

⁴³ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857334>

⁴⁴ <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>

« Le jour de l'accouchement, la sage-femme connaît parfaitement le dossier médical de sa patiente⁴⁵ » déclare Marie-Josée Keller, ancienne présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.

Les sages-femmes hospitalières connaissent bien évidemment elles aussi les dossiers médicaux des patientes qu'elles prennent en charge, mais en cas d'urgence ou de très forte charge de travail il est parfois techniquement difficile de connaître les moindres détails propres à chacune.

Selon Anne-Marie Curat, présidente actuelle, la sécurité des femmes aujourd'hui est malheureusement trop « fondée sur des protocoles médicaux, donc une standardisation faisant fi de la diversité des êtres humains ». Une prise en charge moins médicalisée mais plus en rapport avec le profil de chaque patiente et ses besoins serait donc plus adaptée⁴⁶.

Chez nos confrères américains, les premières maisons de naissance ou « free-standing birthing centres » voient le jour dans les années 1975⁴⁷, puis cette tendance s'étend et l'Allemagne développe ses premiers «Geburtshaus» en 1987, suivie de la Suisse, de la Belgique, les Pays-Bas, et du Royaume Unis entre autre.⁴⁸

En France, le chemin vers les MDN est plus long c'est en 1998 que Bernard Kouchner évoque cette possibilité pour la première fois, mais les discussions durent et on renonce plusieurs fois au projet⁴⁹.

On compte finalement aujourd'hui huit MDN dont la plupart ont ouvert leurs portes il y a seulement 2 ans, uniquement sous forme d'expérimentation pour une durée maximale de cinq ans.

2) Législation et cadre de l'expérimentation

Le 6 décembre 2013, selon la loi n°2013-1118, le gouvernement autorise l'expérimentation des maisons de naissance en France et précise que cette expérimentation sera évaluée après une durée de 2 ans de fonctionnement, par l'agence régionale de santé compétente.

En 2014 la Haute Autorité de Santé élabore alors un cahier des charges précisant qu'une maison de naissance ne peut fonctionner sans un nombre minimal de 2 sages-femmes « ayant une expérience minimale suffisante d'accouchement durant les 2 dernières années précédant leur intégration à la maison de naissance. »

Les conditions d'admission et de prise en charge des patientes et leurs nouveau-nés font également partie des éléments détaillés dans le document de l'HAS.

En effet, seules les femmes présentant une grossesse sans facteur de risque, ayant reçu une information éclairée sur le fonctionnement de la MDN et son caractère expérimental, et ayant donné leur consentement seront admises.

⁴⁵ Marie-Josée Keller, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

⁴⁶ <http://www.carnetsdesante.fr/Curat-Anne-Marie>

⁴⁷ <http://www.genevawoodsbirthcenter.com/history.html>

⁴⁸ <http://www.unnidpournaitre.fr/project-view/notre-histoire/>

⁴⁹ <http://www.senat.fr/rap/l12-368/l12-3683.html>

La consultation pré-anesthésique reste obligatoire pour ces patientes, du fait de l'éventualité du transfert en cas de complication, sans celle-ci l'accouchement en MDN n'est pas possible.

Le 30 juillet 2015, le décret n°2015-937 expose les conditions de cette expérimentation et dit que « la maison de naissance dispose d'un accès direct avec la structure de gynécologie-obstétrique de l'établissement partenaire permettant d'assurer des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des parturientes et des nouveau-nés, sans voie publique à traverser. »

Une convention doit alors être mise en place entre la MDN et l'établissement auquel elle est rattachée. Cette convention précise entre autre les modalités de transfert des femmes et nouveau-nés, mais également les modalités de transmission d'informations médicales, les relations financières entre les deux structures ainsi que les modalités d'approvisionnement en médicaments de la MDN par la pharmacie à usage intérieur.

C'est environ quatre mois après ce décret, le 23 novembre 2015, que la liste des maisons de naissance retenues pour l'expérimentation est parue dans un arrêté, neuf établissements ont été retenus (seulement huit sont en activité aujourd'hui) :

- La société civile de moyens CALM-maison de naissance à Paris
- L'association Premier Cri à Vitry sur Seine (*n'ayant finalement pas ouvert*)
- L'association Maison de naissance DOUMAIA à Castres
- L'association La Maison à Grenoble
- L'association Le Temps de Naître à Baie-Mahault
- L'association Premières Heures au Monde à Bourgoin-Jailleu
- L'association MANALA, Maison de naissance Alsace à Sélestat
- L'association Un Nid pour Naître à Nancy
- L'association Joie de naître à Saint-Paul

3) Les bénéfiques

Les bénéfiques attendus de cette expérimentation sont nombreux, les MDN permettraient tout d'abord aux femmes d'être dans un environnement rassurant et chaleureux tout au long de suivi de grossesse et jusqu'à l'accouchement. De plus, comme exposé précédemment, ce suivi permet aux femmes d'être actrices de leur accouchement physiologique.

Par ailleurs, le fait d'être suivi tout au long de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum par une seule et même sage-femme ou groupe de sages-femmes se révèle très bénéfique pour les femmes.

En Avril 2016, Jane Sandall et al ont publié une méta-analyse regroupant 15 études de la base-de-données de la Cochrane⁵⁰ portant sur les issues obstétricales, maternelles et néo-natales en fonction des types de suivis reçus par les patientes. Ces 15 études représentent un total de 17 674 patientes, et ont aussi bien été incluses les patientes considérées comme à bas risque, que celles considérées comme à risque plus élevée, mais ne présentant aucune complication et symptôme au moment de l'étude.

D'un côté les femmes sont suivies par une même sage-femme ou équipe de sage-femme en pré, per et post natal dans un accompagnement global à la naissance (AGN). De l'autre les femmes ont un suivi plus classique et ont rencontré différents intervenants.

L'enjeu étant de montrer que le suivi réalisé de manière continu par une sage-femme est tout aussi sûr pour la mère et l'enfant et qu'il apporte des bénéfices supplémentaires par rapport à un suivi plus classique tel qu'on le connaît en France.

Le tableau ci-dessus expose les résultats de cette étude :

	RR	[95%]	n
Anesthésie loco-régionale	0.85	[0.78 ; 0.92]	14 674
Pas de moyen analgésique	1.21	[1.06 ; 1.37]	10 499
Extraction instrumentale	0.90	[0.83 ; 0.97]	15 501
AVB spontané	1.05	[1.03 ; 1.07]	16 687
Césarienne		NS	
Épisiotomie	0.84	[0.77 ; 0.92]	17 674
Amniotomie	0.80	[0.66 ; 0.98]	3 253
HPP		NS	
Utilisation d'oxytocine		NS	
Apgar <7 à 5 min		NS	
Admission du NN en services spécialisés		NS	

NS : non significatif

Nous pouvons constater que le fait de bénéficier d'un AGN entraîne une diminution du recours à la péridurale, mais également à l'épisiotomie et aux extractions instrumentales ou encore à l'amniotomie. Cela entraîne en réponse une plus grande part d'accouchement par voie basse spontanée.

Pour autant ce suivi n'augmente pas le risque pour le nouveau-né puisqu'il n'y a pas de différence significative quant aux transferts dans les services de soins intensifs et de néonatalogie, ni quant aux scores d'Apgar <7 à 5 minutes de vie.

⁵⁰ " Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting" consulté le 31/01/2018 [en ligne], disponible sur http://www.cochrane.org/CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early

Les risques pour la mère semblent également faibles puisque les taux de césariennes et d'hémorragies du post-partum entre autre ne sont pas significativement différents entre les 2 groupes.

Ce modèle de soin qui est accessible aux femmes dans les maisons de naissance est en accord avec la demande actuelle de respect de la physiologie et constitue donc un atout majeur de celles-ci.

Une étude de cohorte incluant 64 538 patientes parue dans le «British Medical Journal » (BMJ) en 2011 conforte cette idée que les femmes donnant naissance dans des filières physiologiques telles que les maisons de naissance ou « Midwife-led units » en anglais auront une plus faible probabilité d'intervention médicale.

De plus, ce travail met en avant le fait que pour les multipares ayant une grossesse à bas risque, il n'y a pas de différence quant à la survenue de complications néonatales (décès néonatal, asphyxie périnatale, syndrome d'inhalation méconiale...) que la naissance se fasse à la maison, dans une structure de type maison de naissance ou dans les unités d'obstétrique.

Cependant, pour les nullipares le risque de complications néonatales est significativement plus important dans le cas d'une naissance à la maison, mais comparable entre les structures de type maison de naissance et les unités d'obstétrique.⁵¹

Ces résultats nous confortent dans l'idée que les femmes présentant une grossesse à bas risque devraient se voir offrir le choix de leur lieu d'accouchement. C'est ce qu'encourage le « National Institute for Health and Care Excellence » (NICE) en Angleterre en conseillant notamment à ces femmes multipares de se diriger vers les naissances à la maison « home birth » ou les maisons de naissance « midwife-led units ». ⁵²

Voici l'arbre décisionnel type qui est utilisé par les professionnels de santé lorsqu'une femme débute son suivi de grossesse en Angleterre et qu'elle consulte pour la première fois.

⁵¹ « Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk of pregnancies: the birthplace in England national prospective cohort study » consulté le 06/01/18 [en ligne], disponible sur: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>

⁵² « Intrapartum care for healthy women and babies » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

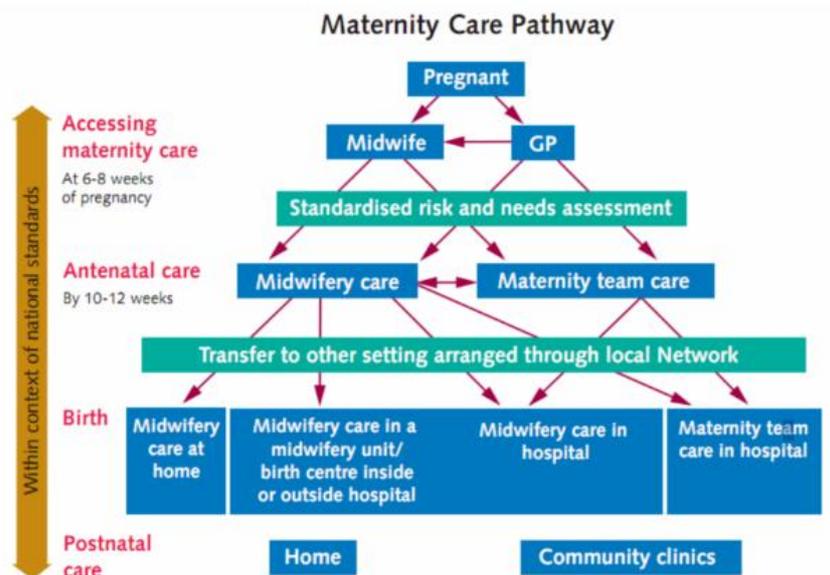


Figure 1: Choice commitments along the maternity pathway

La prise en charge commence toujours par une évaluation des besoins et risques de chaque grossesse. En fonction de cette première rencontre avec une sage-femme ou un médecin généraliste, la femme se voit proposer ses différentes options de suivi (par une sage-femme ou par une équipe médicale). De même, au fur et à mesure de la grossesse le risque est réévalué et les professionnels peuvent alors proposer à la patiente un accouchement à domicile, en maison de naissance, à l'hôpital avec une sage-femme ou encore à l'hôpital avec une aide médicale en fonction des risques apparus ou non en cours de grossesse. Cette réévaluation permanente des besoins de la patiente permet un suivi personnalisé et adapté aux subtilités de chaque grossesse.

Ce mode de fonctionnement tel qu'il existe aujourd'hui en Angleterre commence également à se développer en France avec la consultation d'orientation. Cependant cette consultation n'est pas systématique et gagnerait à se développer.

Cela pourrait permettre d'effectuer certaines économies en France en adressant les femmes vers les bons professionnels en fonctions de leurs particularités, et en évitant ainsi les consultations ou actes qui ne seraient pas nécessaires.

En effet, le système de rémunération actuel en France se fait selon l'activité (système T2A). Les professionnels de santé cotent leurs actes médicaux et l'établissement de santé reçoit donc les financements en fonction des actes réalisés.⁵³

Les structures de type maison de naissance où aucun acte médical n'est pratiqué pourrait donc être une alternative plus économique. Cependant, se pose alors la question de la survie de ces structures et de la base à partir de laquelle elles obtiendront leurs fonds.

⁵³ http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Presentation_des_grands_lignes_de_la_reforme.pdf

4) Les points d'amélioration

Le système de MDN de naissance tel qu'il est aujourd'hui n'est pas complètement satisfaisant. En effet il entraîne des inégalités d'accès aux soins de par le coût que cela engendre pour les usagers, mais également de par leur disparité géographique et le manque de place.

Aujourd'hui en France, à partir du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, tous les frais médicaux (consultation, échographie, accouchement...) sont remboursés à hauteur de 100% par l'assurance maladie.

Cependant, en fonction du lieu choisi de l'accouchement, un certain montant correspondant aux dépassements d'honoraire peut rester à la charge des patientes ou de leur mutuelle.

La sécurité sociale se base sur un tarif de 313€15 pour le remboursement d'un accouchement singleton et 418€ pour un accouchement multiple⁵⁴. Ces tarifs sont en effet respectés dans les hôpitaux publics, ce qui permet l'égal accès aux soins. Cependant pour les structures de type établissement à but lucratif ou maisons de naissance, ces tarifs sont souvent dépassés.

Si l'on se concentre sur les MDN, on remarque que l'inégalité est particulièrement importante.

En effet, la plupart des maisons de naissance en activité aujourd'hui en France pratiquent des dépassements d'honoraires, sans doute par nécessité de pallier au manque de fonds leur étant accordés selon le modèle de la tarification liée à l'acte en vigueur. L'étude menée en 2016 auprès des différentes MDN en France, par l'étudiante sage-femme Solène Gaudin lors de la réalisation de son mémoire, montre que ces dépassements d'honoraire peuvent aller de 400 à 1 000 euros avec une moyenne de 620€. ⁵⁵ Ce coût supplémentaire non pris en charge par l'assurance maladie crée malheureusement des disparités économiques entraînant une sélection de patientes pouvant y accéder.

Ce mémoire s'est également intéressé au profil des femmes accouchant en maison de naissance en France, et il a été mis en évidence entre autre que les patientes accouchant dans la MDN du CALM à Paris appartenaient pour la plupart à la catégorie des « cadres et professions intellectuelles supérieures ». En revanche les catégories « ouvriers », « sans profession » ou « agriculteurs exploitants » ne sont quasiment, voir par du tout, représentées dans l'échantillon de patientes étudiées.

⁵⁴ « Accouchement : coût et remboursement » consulté le 03/02/18 [en ligne], disponible sur :

<https://www.santiane.fr/mutuelle-sante/guides/accouchement-prevoir-couts-et-remboursements>

⁵⁵ Solène GAUDIN « Accoucher en maison de naissance : Quelles histoires... », Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-Femme, 2018

Mise à part le problème économique que ce système pose, il va également falloir répondre au problème du manque de place et de la disparité géographique de ces établissements pour pouvoir les rendre accessibles à tous.

En effet, 6 des maisons de naissance françaises en expérimentation déclaraient en 2017 devoir refuser des patientes ou avoir mis en place un système de liste d'attente par manque de place.

Aujourd'hui en métropole, les 6 MDN en activité sont concentrées sur l'Est de la France mais sont absentes au centre et à l'ouest. Sans doute l'influence des pays européens à l'est (Pays-bas, Suisse, Belgique et Allemagne notamment) a-t-elle permis préférentiellement leur développement dans ces régions frontalières. Ces pays sont en effet, des lieux où la physiologie de l'accouchement prône déjà et où les maisons de naissance font pleinement partie du système de soin.

En effet, en 2018 l'Angleterre compte 14% de ses naissances réalisées en « midwifery units » ou maison de naissance⁵⁶

Il ne semble aujourd'hui pas juste que les patientes en France ne puissent pas toutes bénéficier du même panel de choix, en fonction de leur localisation géographique ou encore de leur situation financière.

Le système de MDN tel qu'il est expérimenté actuellement, rend leur accès difficile et inégal et semble être réservé à une partie privilégiée de la population.

Les constats qui se posent ainsi sont les suivants :

- La France a besoin de progresser dans le respect de la physiologie de l'accouchement pour améliorer la qualité de ses soins et la satisfaction des patientes.
- Le système de type maisons de naissance pourrait être une innovation permettant ce progrès en réduisant certaines interventions médicales lorsqu'elles ne sont pas nécessaires.
- Le fonctionnement actuel des maisons de naissance ne permet pas de répondre de manière égale et satisfaisante à la demande de soin.
- Le modèle anglo-saxon pourrait être un exemple pour aider la France à généraliser les maisons de naissance de manière accessible à tous, comme c'est déjà le cas dans de nombreux pays d'Europe.

⁵⁶ « Mapping midwifery and obstetric units in England » consulté le 15/09/18 [en ligne] disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29024869>

Partie 2 : Étude

A) Questionnements et hypothèses

Comme nous avons pu le voir en première partie, les françaises sont aujourd'hui désireuses de moins de technicité ainsi que d'offres de soin plus diversifiées, cependant sont-elles informées des différentes options qui s'offrent à elles ?

Les femmes sont-elles réellement prêtes à franchir le pas vers la physiologie ? Qu'entendent-elles par physiologie ?

L'âge, la parité, le niveau socio-économique influent-ils sur les choix des femmes quant à leurs accouchements ?

Comment rendre le système de maisons de naissance accessible à tous ? Comment offrir le choix de moins de technicité aux femmes ?

Le système de maison de naissance est-il la solution ? Y-a-t-il aujourd'hui en France une demande pour ce type de structure ?

B) Matériel et méthode

1) Le questionnaire

Afin de pouvoir répondre au mieux à ces interrogations, nous avons tout d'abord choisi le questionnaire comme outil d'investigation. En effet, cet outil quantitatif nous permet d'avoir un échantillon conséquent de femmes et donc nous permet d'observer des tendances au sein de populations.

Un premier questionnaire a été élaboré en français. La population cible que nous avons choisi est composée de femmes françaises en âge de procréer (entre 20 et 40 ans) avec ou sans enfant, car ce sont elles qui sont en premier lieu concernées par les évolutions actuelles autour de l'accouchement.

Ce questionnaire a pour but de mettre en avant les connaissances et au contraire les difficultés de ces femmes en ce qui concerne la physiologie en général, et plus précisément concernant le système de maison de naissance en France.

Ce questionnaire a donc pour objectif de faire un état des lieux sur le ressenti des femmes françaises sur le thème de l'accouchement physiologique.

Nous avons ensuite traduit ce questionnaire en anglais. Celui-ci a été adressé à la même population cible de femmes en âge de procréer, mais cette fois-ci d'origine anglaise.

Cela afin de pouvoir observer les similitudes et les différences en termes de connaissances et représentations entre deux populations d'origines différentes choisies selon les mêmes critères.

La première partie du questionnaire tente de repérer différents déterminants sociaux (niveau d'étude, âge, parité...) qui pourraient influencer sur les réponses de la seconde partie du questionnaire portant quant à elle sur l'objet de recherche en lui-même.

Ces questionnaires élaborés dans un premier temps par le biais de l'outil informatique (Google Forms) ont été diffusés sur les réseaux sociaux, par bouche à oreille, et par le biais de forums internet. Ils ont également été distribués en version papier dans des commerces, ainsi qu'à la sortie d'écoles et crèches, pendant la période allant de début Avril 2018 à fin août 2018.

2) Les entretiens

Dans un second temps, nous avons complété notre étude par la réalisation d'entretiens semi-directifs afin de recueillir des données qualitatives.

Nous avons souhaité réaliser 2 entretiens semi-directifs. Le premier avec une sage-femme anglaise travaillant dans un « birth centre » ou maison de naissance en Angleterre, et le second avec une sage-femme française travaillant en maison de naissance en France. Ceci afin de pouvoir comprendre le mode de fonctionnement de ces structures en outre-Manche, et de le comparer au fonctionnement français.

Pour cela nous avons pris contact avec Pauline Cooke, la cadre du Queen Charlotte Birth Centre qui se situe au nord-ouest de Londres, et qui est rattaché au Queen Charlotte and Chelsea Hospital.

Après avoir exposé notre projet, nous avons été invitées à passer une journée d'observation le 10 mai 2018 afin de visiter et de comprendre le fonctionnement du Birth Centre. Lors de cette journée nous avons eu l'occasion de rencontrer des patientes, de suivre le travail des sages-femmes ainsi que de réaliser un entretien avec l'une d'entre elles.

Par ailleurs nous avons pris contact avec Anne Morandeau, sage-femme à la maison de naissance du CALM (rattachée à la maternité des Bluets) se situant à l'est de Paris. Ce lieu d'étude ayant été exploré par Solène Gaudin lors de la réalisation de son mémoire en 2018, nous ne sommes pas rendues à nouveau sur place. Nous avons toutefois pu récupérer les données recueillies en 2018 lors de son passage afin de les exploiter en comparaison avec celles recueillies en Angleterre.

Par ailleurs, de la même façon que nous l'avons fait en Angleterre, nous avons réalisé un entretien, cette fois-ci téléphonique, avec une sage-femme de la maison de naissance du CALM, toujours dans une optique de comparaison des pratiques.

3) Difficultés

La difficulté principale rencontrée concernant les questionnaires a été d'obtenir 2 échantillons homogènes. En effet nous souhaitions environ le même nombre de répondantes pour les 2 questionnaires, mais également des catégories socioprofessionnelles, des âges et des parités comparables afin de pouvoir analyser les réponses en écartant ces biais-là.

L'autre difficulté, cette fois-ci rencontrée lors de la comparaison des deux lieux d'étude, a été de pouvoir analyser et comparer les données collectées dans les deux maisons de naissance du fait de leurs différences en termes d'activité : l'une réalisant plus de 1 000 naissances par an et l'autre moins de 100.

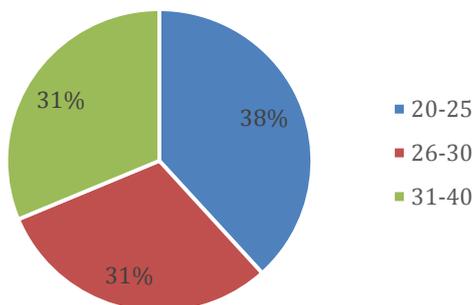
C) Résultats et discussion

1) Analyse quantitative des questionnaires

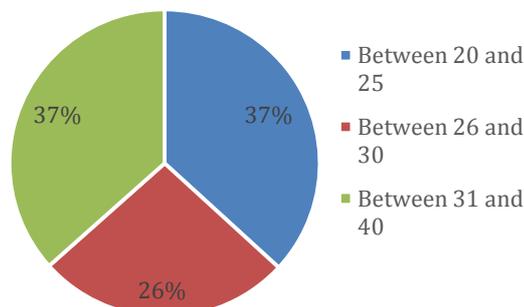
a) Les deux populations étudiées

Les groupes Français et Anglais comptent respectivement 460 et 457 réponses de femmes. Ces femmes ont tout d'abord été interrogées sur leur âge afin de former trois classes d'âges différents. Cela nous a permis de nous assurer de l'homogénéité des deux groupes et de limiter le biais lié à l'âge des répondantes. En effet, les légères différences observées ne sont pas significatives entre les deux groupes. L'indice de significativité (p-value) calculée grâce au test statistique de Student nous indique une valeur égale à 0,94 (soit bien supérieure à 0,05). Nos deux échantillons ne sont donc pas significativement différents en termes d'âges.

Age des répondantes Françaises



Age des répondantes Anglaises

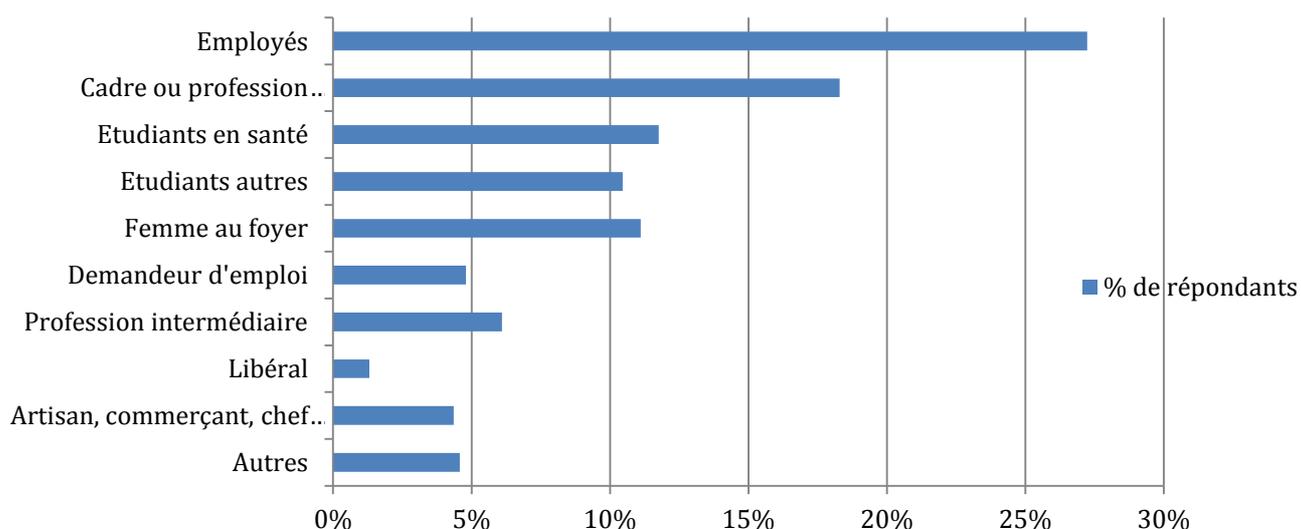


Par la suite nous nous sommes intéressés à la catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartiennent ces femmes.

Pour cela nous nous sommes appuyés sur la classification française de l'INSEE⁵⁷ et de la National Statistics Socio-economic Classification du Royaume-Unis⁵⁸ qui sont les classifications les plus utilisées dans ces deux pays et qui se ressemblent sur plusieurs points. Nous avons obtenu des réponses assez diverses et représentatives de différents milieux.

Nous observons tout de même une majorité d'employés et de cadres et professions intellectuelles supérieures pour le groupe français, avec également une part importante d'étudiants en santé et d'étudiants autre, ainsi que de femmes au foyer.

Répondantes par catégories socio-professionnelles



⁵⁷ <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>

⁵⁸ <https://www.ons.gov.uk/methodology/classificationsandstandards/otherclassifications/thenationalstatisticssocioeconomicclassificationnssecbasedonsoc2010#the-data-you-need>

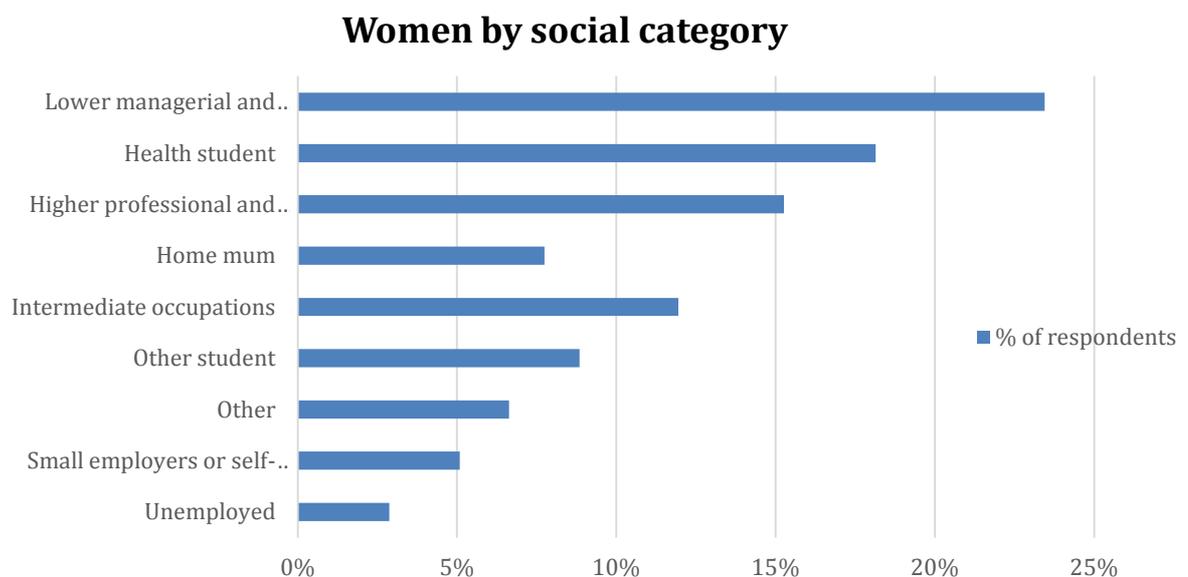
Dans le groupe anglais on retrouve également une majorité de « Lower managerial occupations » ce qui correspond à la catégorie « employés » du groupe français.

De même, on retrouve un nombre comparable de « Higher professional and managerial occupations » ce qui correspondrait aux cadres et professions intellectuelles supérieures.

Cependant on observe une proportion supérieure de « Health student » par rapport à celle d'étudiants en santé dans le groupe français, et une proportion inférieure de « Other student » par rapport à celle des étudiants autres.

On remarque également une proportion supérieure de « intermediate occupations » par rapport aux professions intermédiaires.

Ces légères différences en termes de catégories socio-professionnelles sont à prendre en compte car elles pourraient être sources de biais lors des comparaisons établies ci-dessous. Ce fut l'une des difficultés rencontrées que de pouvoir obtenir deux groupes parfaitement comparables sur tout point, cependant nos échantillons restent similaires.



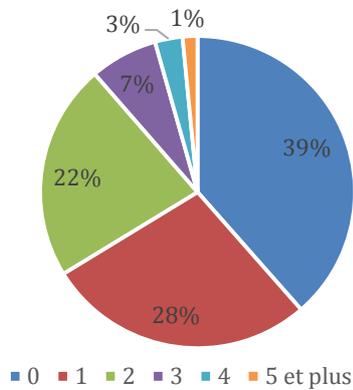
Les femmes ont par la suite été interrogées sur leur parité. Dans les deux groupes nous avons obtenu une majorité de femmes avec enfants (entre 1 et plus de 5), et un petit peu moins de la moitié des femmes sans enfant.

Nous obtenons dans les deux cas un nombre moyen d'enfant par femme d'environ 1,1. En effet ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale française d'1,9 et anglo-saxonne d'1,8, ceci pouvant être lié au fait que ces indices sont en général calculés pour les femmes âgées de 15 à 50 ans et non de 20 à 40 ans comme dans nos échantillons.

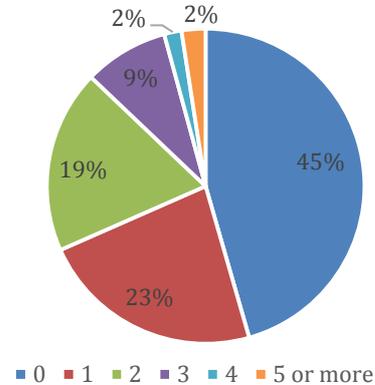
Les deux populations de l'étude sont ici à nouveau comparables entre elles en termes de parités puisque notre indicateur de significativité correspond à $p=0,98$ ($>0,05$) ce qui n'est pas significativement différent.

Cela nous permet de limiter le biais lié à la parité entre les deux groupes, cependant il peut exister un biais avec la population générale.

Nombre d'enfants par femme



Number of children per woman



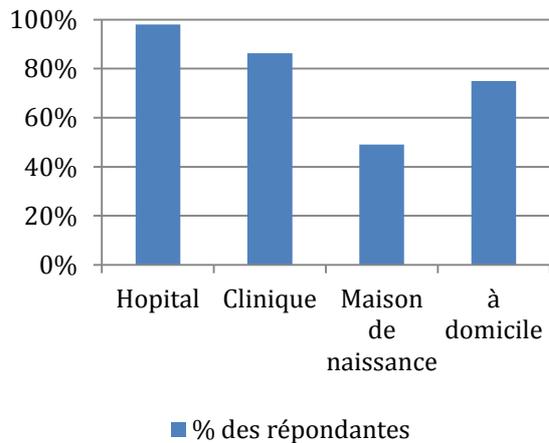
b) La notion de maison de naissance

Une fois les populations présentées, nous souhaitons savoir si les femmes interrogées connaissent globalement leurs options en termes de lieux possibles d'accouchement.

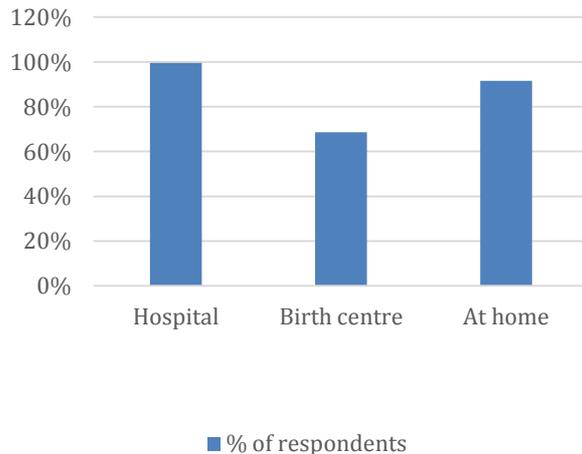
Pour cela, les femmes étaient face à une question à réponses multiples, elles ont donc eu le choix de cocher les options qu'elles pensaient correctes. Nous avons pu observer que du côté français, l'hôpital et les cliniques sont les lieux les plus connus (par plus de 80% des femmes). L'accouchement à domicile fut cité par environ 70% des femmes et les maisons de naissance par moins de 50%. En revanche en Angleterre, l'accouchement à domicile est presque aussi connu que l'accouchement en structure hospitalière (plus de 90%). Par ailleurs, les maisons de naissance ont été citées par plus de 60% des femmes.

On observe donc une meilleure connaissance globale des femmes anglaises en ce qui concerne leurs choix de lieux d'accouchement.

Où peut-on accoucher en France ?



Where to give birth in England ?



En effet, cette différence peut être mise en lien avec le fait que lors des premières consultations de grossesse en Angleterre, il est établi avec les femmes un état des lieux de leur santé générale, et des risques potentiels de leur grossesse.

En fonction des constats établis, la patiente se verra proposer différents types de suivi et de lieux d'accouchement comme l'accouchement à domicile ou en maison de naissance.

En France, l'accouchement en maison de naissance n'est pas abordé du fait de son caractère très récent, du manque de structures sur le territoire, de sa capacité réduite et donc de son accès très limité.

De même, l'accouchement à domicile est très rarement mentionné du fait de sa controverse mais également à cause du nombre très réduit de sages-femmes pratiquant cette activité.

En effet, le coût de l'assurance à laquelle les sages-femmes souhaitant pratiquer cette activité doivent souscrire s'élève pratiquement à la hauteur de leur revenu annuel⁵⁹. La plupart d'entre-elles pratiquent donc les accouchements à domicile sans assurance du fait de leur impossibilité à la financer. D'autres pratiquent des dépassements d'honoraire afin de compenser les dépenses importantes engendrées. Cependant ces dépassements d'honoraire ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et restent à la charge des couples ou de leur mutuelle, contrairement à l'Angleterre où l'accouchement à domicile est pris en charge par la NHS.

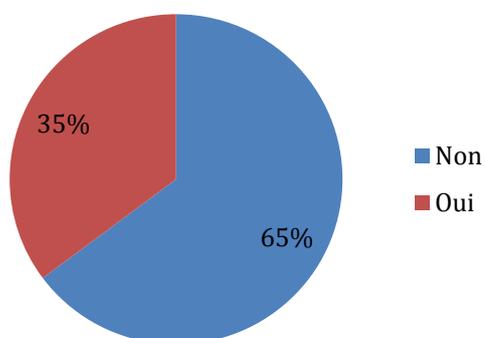
Les femmes françaises sont donc globalement moins au fait des choix qui s'offrent à elles pour leurs accouchements, principalement du fait que leurs options sont plus réduites que celles des femmes anglaises.

Dans un second temps nous avons interrogé les femmes sur les maisons de naissance plus particulièrement, afin de savoir si elles en connaissent la définition. Ici

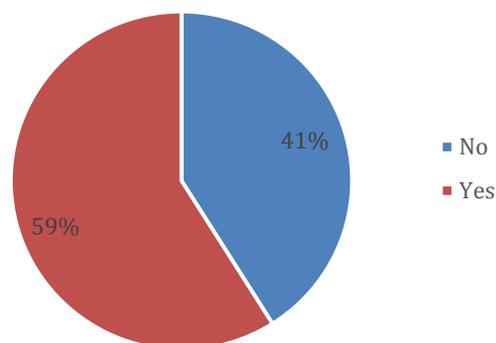
⁵⁹ <https://ansfl.org/actualites/assurance-des-sages-femmes-pratiquant-les-accouchements-a-domicile/>
Consulté le 20/10/2018 [En ligne]

également on remarque une différence importante entre la connaissance des maisons de naissance dans le groupe France et Angleterre.

Savez-vous ce qu'est une maison de naissance ?



Do you know what a birth centre is ?



En effet, l'indicateur de significativité (p-value) calculé à l'aide d'un test statistique (Chi2), ayant une valeur égale à 0.026×10^{-9} (soit bien inférieur à la valeur seuil de 0,05) nous pouvons conclure à une différence significative entre les deux populations.

Alors que dans le groupe français environ un tiers des femmes seulement disent savoir ce qu'est une maison de naissance, dans le groupe anglais elles sont plus de la moitié.

Cette différence met en évidence un manque de diffusion d'information envers les femmes concernant les différentes structures existantes pour le suivi de leur grossesse et de l'accouchement, et notamment concernant le projet d'expérimentation des MDN mis en place actuellement en France.

Une question ouverte était ensuite proposée aux femmes afin qu'elles donnent leur propre définition d'une maison de naissance. Afin de pouvoir analyser les réponses, nous nous sommes basés sur la définition de la MDN évoquée en première partie.

Il s'agit d'une structure destinée aux femmes ayant une grossesse de déroulement normal, dirigée uniquement par des sages-femmes et permettant aux femmes de faire suivre leur grossesse, de se préparer à la parentalité et à la naissance, ainsi que d'accoucher.

Ces structures toujours en lien avec un service hospitalier d'obstétrique ont pour but de promouvoir la physiologie et ne sont donc pas le lieu d'intervention médicale quelle qu'elle soit.

Parmi les femmes ayant répondu « Oui » à la question « Savez-vous ce qu'est une maison de naissance ? », seulement 60% ont donné une réponse correcte complète, 28% ont donné une réponse correcte mais incomplète et 12% ont donné une réponse fautive dans le groupe France.

Dans le groupe Angleterre, parmi les femmes ayant répondu « Yes », 77% ont donné une réponse correcte complète, 14% ont donné une réponse incomplète et 9% ont donné une réponse fausse. Cette observation creuse encore plus l'écart déjà existant quant à la connaissance des maisons de naissance entre les femmes des deux groupes.

Nous avons par la suite souhaité savoir si certains facteurs pouvaient influencer sur la réponse des femmes à la question précédente concernant la connaissance ou méconnaissance des MDN.

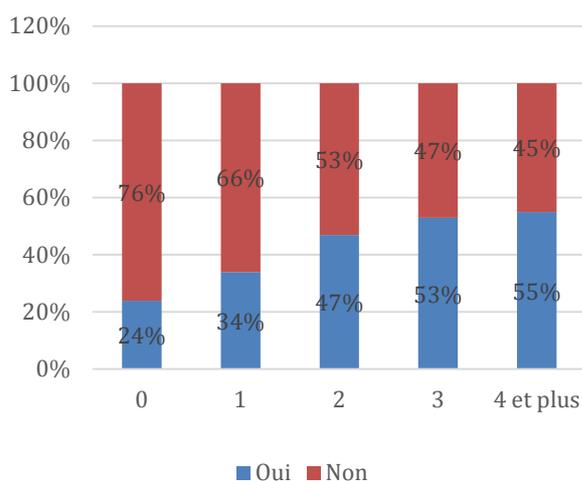
Pour cela nous avons tout d'abord analysé le facteur « Parité » en supposant que le nombre d'enfants par femme pouvait entraîner des différences de connaissance.

En effet, nous avons pu mettre en évidence le fait que plus les femmes ont d'enfants plus elles sont à même de connaître le système de maison de naissance ou de birth centre, en France comme en Angleterre.

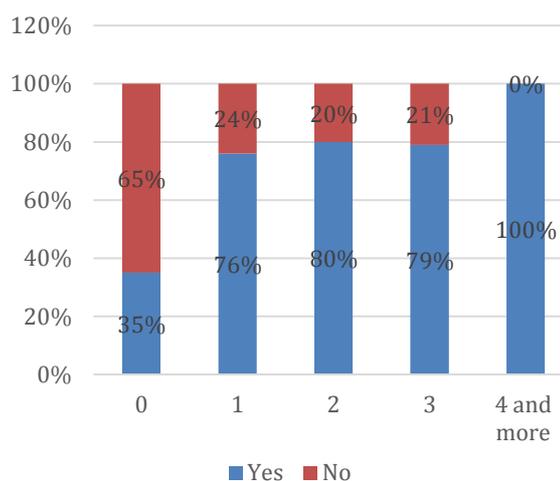
Le projet de grossesse et d'enfant dans un couple fait que les femmes s'informent et à s'intéressent davantage aux différentes structures existantes et dans lesquelles elles pourraient bénéficier d'un suivi.

Cependant comme mentionné précédemment, on observe une connaissance des birth centres bien meilleure des femmes anglaises quelle que soit la parité par rapport aux femmes française.

Connaissance des maisons de naissance en fonction du nombre d'enfants



Knowledge of birth centres by number of children



En effet, alors qu'en Angleterre dès le 1^{er} enfant, plus de 75% des femmes connaissent les birth centres, elles sont moins de 35% en France. De même, alors que 100% d'entre elles en ont la connaissance en Angleterre après un 4^{ème} enfant, elles ne sont que la moitié en France.

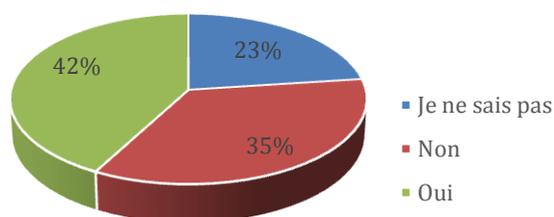
Cette différence marquante est liée dans un premier temps à la rareté de ces structures sur notre territoire, ainsi qu'à leur création récente et donc à leur difficulté d'accès pour les patientes. De plus, le manque de communication qui a suivi le début de leur expérimentation pourrait également être responsable de cette différence marquante en termes de connaissances entre les deux groupes.

Une fois une brève définition de la maison de naissance donnée aux femmes par le biais du questionnaire, se posait ensuite la question d'un éventuel souhait de suivi en structure de type maison de naissance.

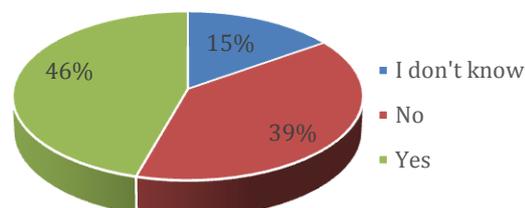
Ici nous avons pu observer des réponses assez similaires de la part des femmes des deux nationalités.

En effet, le nombre de réponses « Oui » à la question « Aimeriez-vous un suivi en MDN ? » dans le groupe anglais n'est pas significativement supérieur à celui de groupe français ($p\text{-value}=0,82$ soit $>0,05$).

Aimeriez-vous bénéficier d'un suivi en maison de naissance ?



Would you like a birth centre care ?



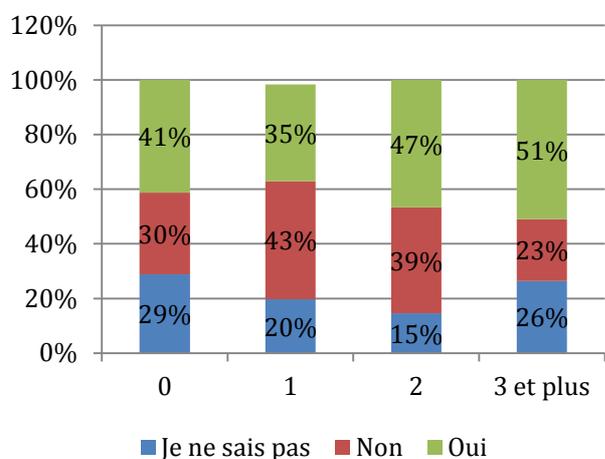
Un petit peu moins de la moitié des femmes interrogées seraient effectivement intéressées par une prise en charge en maison de naissance dans les deux groupes. Ce résultat nous montre que les mentalités françaises et anglaises sont très proches et ainsi que les MDN en France auraient un intérêt certain.

Un nombre important de femmes seraient effectivement intéressées par un suivi dans ces nouvelles structures qui gagneraient donc à se développer de manière plus importante sur le territoire pour pouvoir répondre à la demande qui est certaine aujourd'hui.

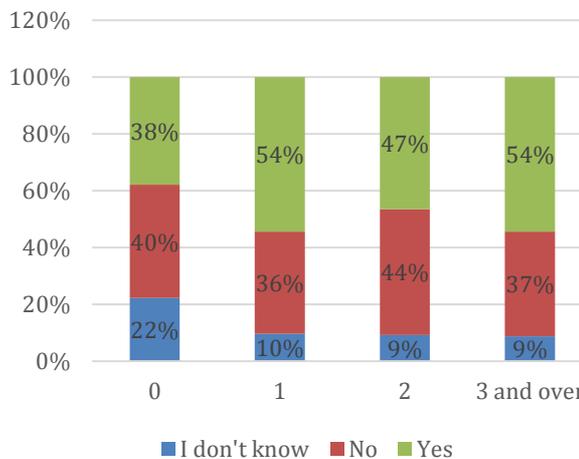
Nous avons ensuite souhaité connaître les différents facteurs qui pourraient influencer sur l'envie ou au contraire le refus de faire suivre sa grossesse en maison de naissance.

Nous avons pour cela tout d'abord pris en compte le facteur parité.

Souhait de suivi en maison de naissance en fonction du nombre d'enfants



Wish for a birth centre care by number of children



Nous observons alors que plus les femmes ont d'enfants plus elles se disent intéressées par un suivi en maison de naissance. L'inconnu de l'accouchement d'un premier enfant ainsi que l'angoisse de la douleur entraîne souvent une réticence des femmes à un accouchement totalement non médicalisé.

Cependant, après avoir vécu cela une ou plusieurs fois dans leur vie, les femmes savent comment se déroule le suivi de la grossesse, du travail, de l'accouchement et du post-partum et sont plus à même d'exprimer des préférences en comparaison avec leurs expériences passées. Elles connaîtront alors mieux leur corps, leur seuil de tolérance à la douleur, les sensations et émotions ressenties lors du processus de la naissance.

Ainsi elles savent ce dont elles auraient potentiellement besoin ou au contraire ce dont elles ne veulent pas ou plus, ce qui n'est pas forcément le cas lorsqu'il s'agit d'un premier enfant.

Nous avons ensuite analysé le facteur «Age» en ayant à l'esprit l'hypothèse que plus les femmes ont d'enfants plus elles sont âgées et donc que les tendances devraient suivre celles des graphiques ci-dessus. En effet ce fut le cas, plus les femmes sont âgées, plus elles ont tendance à se positionner et moins elles ont tendance à répondre « Je ne sais pas ». Elles sont donc plus nombreuses à dire souhaiter un suivi en maison de naissance.

Ces différences observées s'expliquent sûrement par le fait que les patientes âgées de 20 à 25 ans s'interrogent bien souvent moins sur les lieux possibles de suivi de grossesse de d'accouchement. Elles sont plus indécises du fait qu'elles ne se soient pas encore projetées dans un désir de maternité et a fortiori dans les choix qui s'offriront à elles à ce moment-là.

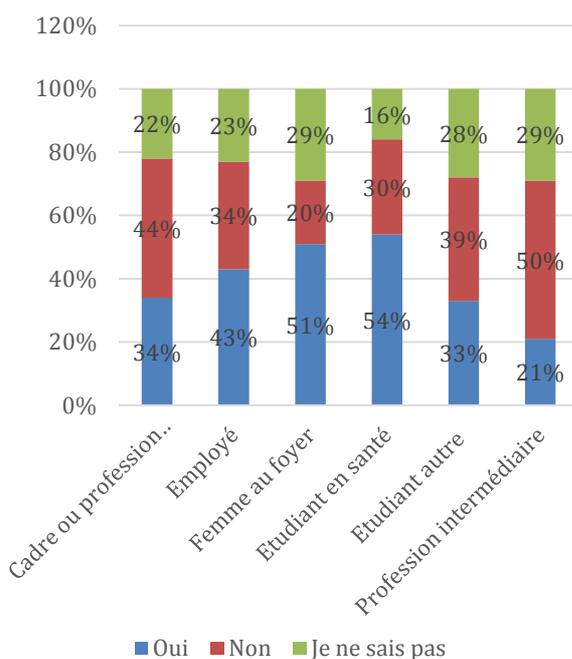
Les patientes âgées de 26 à 40 ans sont quant à elles plus souvent dans un projet de grossesse, ce qui les mène à envisager leurs différentes options, donc à se renseigner.

Enfin, nous avons souhaité savoir si les catégories socio-professionnelles influent sur les choix des femmes.

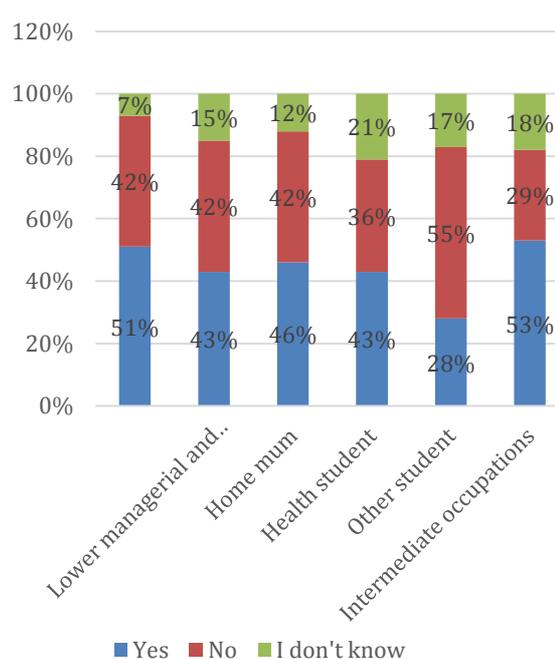
Nous avons pu observer que dans les deux populations, les étudiants autres que les étudiants en santé représentent la catégorie la plus réfractaire à l'idée d'un suivi en maison de naissance. Sans doute dans un premier temps du fait de leur jeune âge, mais également du fait du manque d'information concernant ce sujet.

En revanche, les catégories des étudiants en santé sont l'une des plus enthousiastes à l'idée. Sans doute cette différence est-elle liée au fait que les étudiants en santé sont plus au fait du fonctionnement de ces structures de soin et ont moins d'à priori négatifs. Une information juste pour tous permettrait de réduire ces inégalités.

Souhait de suivi en MDN en fonction des CSP



Wish for a birth centre care by social categories



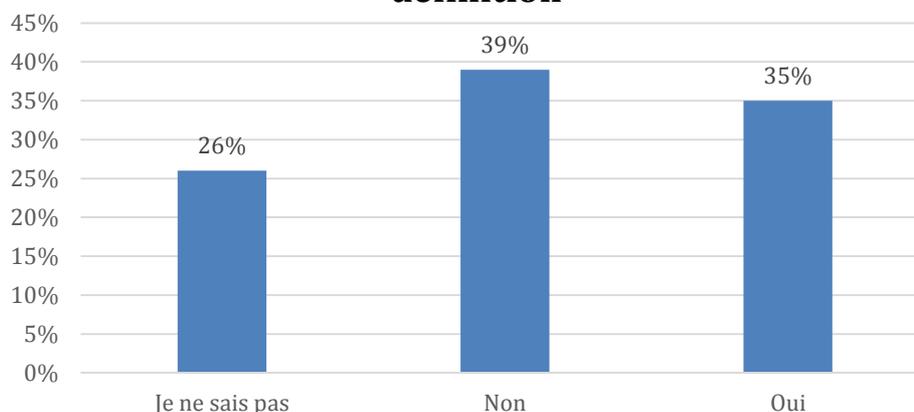
Par ailleurs, on remarque que dans le groupe anglais quelle que soit la catégorie socio-professionnelle, les femmes sont globalement moins indécises que dans le groupe français. L'indécision est souvent liée à un manque d'information ne permettant pas à l'individu de faire des choix en connaissance de cause. Si les femmes françaises étaient éclairées de manière suffisante sur les maisons de naissance, elles seraient pour la plupart capables de se positionner en faveur ou en défaveur de ces structures.

Par la suite, nous nous sommes penchées plus précisément sur les femmes françaises ne connaissant pas la définition de la maison de naissance, afin de savoir combien parmi elles seraient intéressées par ce type de structure.

En effet, une grande partie d'entre elles (35%) auraient souhaité ou souhaiterait un suivi en MDN. Ce constat nous montre que le retard au développement de ces structures en France est préjudiciable pour certaines femmes qui auraient sans doute fait des choix différents si d'autres possibilités s'étaient offertes à elles. Cela nous montre également le manque certain de MDN en France pour répondre à la demande des femmes, et ainsi le problème que pose leur disparité géographique.

Aujourd'hui, la grande majorité des femmes souhaitant ce type de suivi ne pourrait pas y accéder du fait de l'offre bien inférieure à la demande.

Souhait de suivi en maison de naissance chez les femmes n'en connaissant pas la définition



Nous avons par ailleurs souhaité connaître les raisons pour lesquelles certaines femmes ont répondu « Non » à la question d'un suivi en maison de naissance.

On remarque que dans le groupe français, la cause principale de refus est l'absence de péridurale disponible dans les MDN. L'accouchement sans péridurale en France fait peur : les patientes ne veulent pas avoir mal, et les soignants sont souvent démunis face à la souffrance. De nouvelles techniques telles que l'hypnose, l'acupuncture, l'homéopathie, mais également des éléments très simples tels que les massages, les positionnements, l'aqua thérapie, et surtout le soutien par un accompagnement personnalisé et adapté à chaque patiente tout au long du travail sont des choses à développer afin de redonner confiance aux femmes en leur capacité d'accoucher sans péridurale.

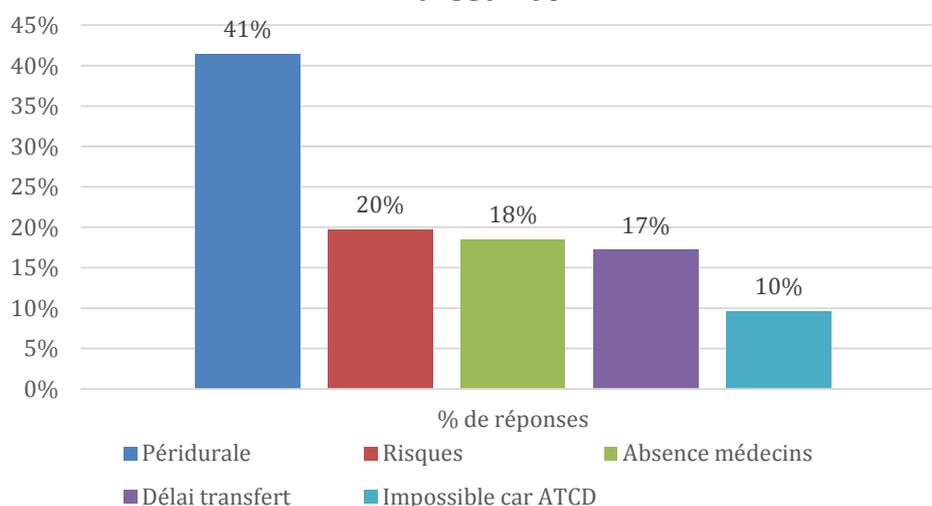
Par ailleurs, la crainte que l'accouchement soit plus risqué ainsi que l'absence de médecin sur place est responsable d'un petit peu moins de 40 % des refus au total.

Un message national positif et rassurant quant à la sécurité des maisons de naissance gagnerait à se faire entendre.

En effet, comme nous l'avons vu en première partie, le « National Institute for health and Care Excellence » ou NICE en Angleterre rappelle que pour une multipare sans facteur de risque, il n'est pas plus risqué d'accoucher à domicile qu'en birth centre ou qu'à l'hôpital, celles-ci sont donc invitées à se diriger vers des naissances à domicile ou en birth centre.

En revanche pour une primipare, le risque est plus important lors d'un accouchement à domicile que pour un accouchement en birth centre ou que pour un accouchement à l'hôpital⁶⁰, celles-ci sont donc plus souvent dirigées vers les structures hospitalières.

Causes de refus de suivi en maison de naissance



Contrairement au groupe français, dans le groupe anglais on observe que la raison principale de refus est la peur d'un retard de prise en charge en cas de nécessité de transfert.

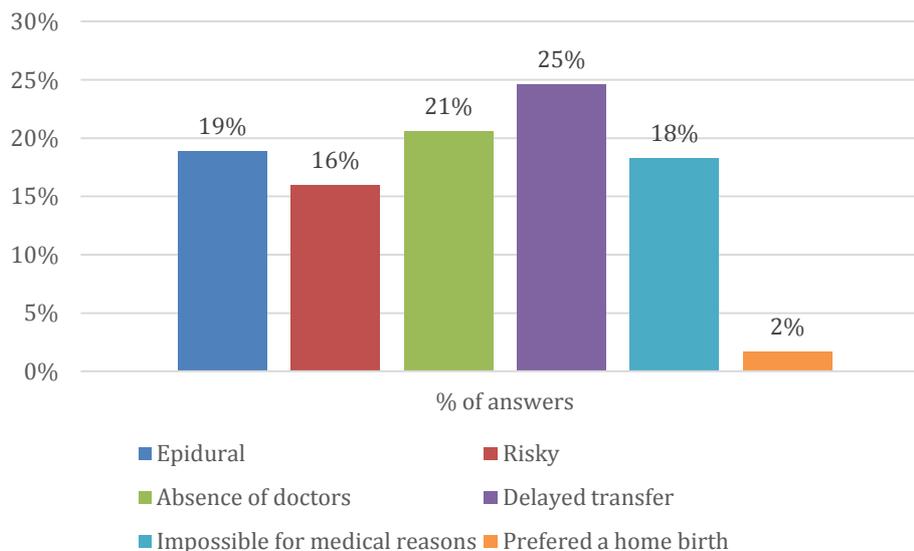
L'absence de péridurale ne semble pas être un facteur aussi décisif que pour les femmes françaises. En effet cela est sans doute en lien avec le taux national de péridurale en Angleterre (autour des 30%) qui est bien inférieur à celui de la France qui avoisine les 80% des accouchements par voie basse⁶¹.

En effet, le fait d'accoucher sans péridurale dans les mentalités anglaises étant très commun, les femmes le redoutent doute moins et il ne s'agit donc souvent pas d'un frein à un accouchement en birth centre.

⁶⁰ <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>

⁶¹ Mémoire « Diversification des filières de soins en périnatalité : vers un plus grand choix laissé aux usagers ? Etude comparative des politiques périnatales depuis 1990 en France et en Angleterre » Nour RICHARD-GUERROUDJ 2010

Reasons for not wanting a birth centre care



En France comme en Angleterre nous avons ensuite interrogé les femmes sur ce qui leur semble important dans un suivi en maison de naissance.

Nous avons pu observer des avis assez différents, cependant dans les deux pays les femmes semblent attacher une importance particulière au fait de bénéficier d'un suivi personnalisé, d'une disponibilité des équipes et d'un soutien psychologique important. Par ailleurs, le fait de connaître la sage-femme présente le jour de l'accouchement apparaît comme un atout supplémentaire non négligeable de ces structures, tout comme le fait d'être accueilli dans un environnement chaleureux et rassurant.

Dans un second temps, nous les avons interrogées sur ce qui leur paraissait être des inconvénients au sein des MDN. De manière logique et dans la continuité des observations précédentes, les femmes françaises citent l'absence de péridurale et l'absence de médecin comme des inconvénients bien plus que les femmes anglaises.

Cependant elles sont une grande majorité à ne pas être dérangées à l'idée d'un éventuel transfert au cours de travail ou après l'accouchement en cas de nécessité. Les femmes anglaises quant à elles craignent le transfert possible mais ne voient pas l'absence de péridurale et de médecin comme un inconvénient majeur.

Quant à la physiologie, nos deux populations en ont globalement la même vision et la définissent de manière assez semblable.

Les femmes françaises parlent d' « un accouchement le plus naturel possible », « sans intervention médicale », « qui respecte mieux le corps de la maman », « où on est libre de ses mouvements ».

Pour cela, beaucoup ont précisé que l'accouchement physiologique doit se passer dans un climat de totale confiance avec la sage-femme, dans le respect, et avec une préparation préalable indispensable.

Les femmes anglaises de la même façon parlent de « all natural birth without medical intervention » ainsi que de « active birth, moving around during labour » ou encore « letting your body do what it is made to ».

En effet, environ 16% des femmes de notre échantillon anglais a déjà eu l'expérience d'un accouchement physiologique en birth centre, et celles-ci la décrivent comme « an incredible experience », « wonderful but painful », « unforgettable experience », « magical ».

Afin de mieux comprendre les expériences « inoubliables » dont parlent ces femmes anglaises, nous allons nous plonger au cœur d'un birth centre : celui étant rattaché au Queen Charlotte and Chelsea Hospital à Londres et que nous avons eu la chance de visiter.

2) Description du lieu d'étude

Le Queen Charlotte Birth Centre à Londres a ouvert ses portes en 2007 et a vu passer son nombre de naissances d'environ 200 à plus de 1000 par an en 2018.

Tout comme la maison de naissance du CALM à Paris, il s'agit d'une « Alongside Midwifery-led Unit » ou « AMU », soit une maison de naissance se trouvant au sein d'un hôpital avec un accès direct au service d'obstétrique par un ascenseur réservé à cet effet.

Cette maison de naissance se trouve donc au 1^{er} étage du Queen Charlotte and Chelsea Hospital, un interphone permet de se rendre dans le service.

Une fois les portes passées, un couloir nous fait face et sur notre gauche se trouve dans un premier temps un accueil. Contrairement au CALM que décrit Solène Gaudin dans son mémoire en 2018, on ne retrouve pas d'endroit pour déposer ses chaussures et son manteau « comme à la maison » : à première vue ce service pourrait ressembler à n'importe quelle unité obstétricale.

Au fur et à mesure que l'on progresse dans le couloir, se trouve tout d'abord sur notre droite une cuisine dans laquelle les sages-femmes peuvent préparer des repas, collations ou boissons pour leurs patientes. Suivent ensuite les salles de consultations, puis une sorte d'arsenal avec essentiellement du stock de matériel, ainsi qu'un réfrigérateur contenant principalement de l'ocytocine et de l'adrénaline (en cas d'urgence) ainsi que les vaccins BCG destinés aux nouveau-nés.

Plus loin, on retrouve la salle d'attente des consultations qui est également utilisée comme salle de préparation à l'accouchement certains jours de la semaine.

Sur la gauche, après l'accueil se trouvent des chambres de post-partum avec chacune un lit double, un berceau, des fauteuils, et une salle de bain en suite avec baignoire.

Ces premières chambres déjà se différencient des chambres d'hôpitaux classiques de par leur aspect chaleureux, mais également de par l'importance donnée au père à travers l'installation de lits doubles. Ce détail peut paraître anodin mais cela permet d'inclure le père de manière naturelle dans le processus de naissance de l'enfant et dans ses premiers jours de vie qui sont également des jours cruciaux d'apprentissage pour les nouveaux parents.

Plus loin au fond du couloir se trouvent les chambres d'accouchement qui comprennent toutes également un lit double non médicalisé, une table à langer, une salle de bain ainsi qu'une grande baignoire double servant de piscine. Il est important de noter qu'aucun matériel médical n'est visible au sein du Birth Centre : ni monitoring maternel et fœtal, ni tables de réanimation, ni prises d'oxygène ou autre. Il s'agit d'une toute autre ambiance et d'un tout autre environnement entourant les patientes. De même, il n'est retrouvé aucune horloge ou objet permettant de se repérer dans le temps.

La volonté du Birth Centre est de considérer l'accouchement comme atemporel, le but étant que les femmes ne soient pas concentrées sur la progression du travail en fonction du temps mais qu'elles se focalisent sur leurs sensations sans s'inquiéter de l'heure qui tourne.

Le Queen Charlotte birth centre comprend au total sept chambres spacieuses, trois d'entre elles comprenant une « piscine » au sein de la chambre (photos en annexe). Le travail et l'accouchement se font tant que possible dans les chambres avec piscine, et le post-partum se fait ensuite dans les autres chambres. Cependant si le service est plein toutes les chambres peuvent servir de chambre d'accouchement. La capacité d'accueil de ce birth centre est donc supérieure à celle de la MDN du CALM qui ne comprend que 2 chambres, cependant celles-ci sont assez similaires dans ce qu'elles ont à offrir aux patients : lit double, suspensions, baignoires spacieuses, ballons, tapis de sol (*photos en annexe*).

3) Analyse qualitative des entretiens

Afin de mieux comprendre comment fonctionnent les maisons de naissance en Angleterre nous nous sommes entretenues avec Susan Barry, sage-femme cadre de l'équipe du Queen Charlotte Birth Centre.

De même, afin d'observer les différences en terme d'organisation et de vision nous nous sommes entretenues par téléphone avec Anne Morandau, une des sages-femmes de l'équipe du CALM à Paris.

La première différence que nous avons pu observer entre les deux systèmes est la présence d'une sage-femme cadre au Queen Charlotte. En effet celle-ci représente toute l'équipe de sages-femmes travaillant au birth centre. Elle permet de faire le lien et l'intermédiaire avec la structure hospitalière la plus proche, notamment en cas de nécessité de transfert ou bien même de conflit. Cette figure représentante n'est pas présente à la maison de naissance du CALM à Paris où la communication avec la maternité des Bluets se fait directement avec les 6 sages-femmes travaillant au sein de la maison de naissance.

a) La formation des sages-femmes des maisons de naissance

L'une des premières questions abordée lors des entretiens concerne l'accès aux maisons de naissance aux sages-femmes.

Tout d'abord, il faut rappeler que la formation de sage-femme en France et en Angleterre est différente, en effet alors qu'en Angleterre les études durent trois ans, en France elles durent cinq ans. Dans les deux cas la formation consiste en une alternance de cours théoriques et de stages cliniques. L'une des différences notables des deux formations est le fait que les étudiantes anglaises au cours de leur cursus réaliseront obligatoirement trois « accompagnement global à la naissance » ou AGN.

En effet cela signifie que les futures sages-femmes sont formées à suivre des couples du début de la grossesse jusqu'aux jours suivants la naissance dans une approche très physiologique. De plus, le cursus anglais ne comporte pas uniquement des stages hospitaliers, il offre également aux étudiantes la possibilité de réaliser plusieurs stages en birth centres.

Une fois diplômées, les sages-femmes ne peuvent pas accéder aux maisons de naissance directement. En France comme en Angleterre elles doivent acquérir un minimum d'expérience.

En France, les textes imposent un minimum de deux ans de pratique aux nouvelles diplômées, durant ces deux années elles devront réaliser un nombre « suffisant » d'accouchements.

En Angleterre les prérequis sont légèrement différents, les nouvelles sages-femmes doivent bénéficier d'un an de formation pour acquérir des compétences particulières avant de pouvoir travailler en maison de naissance. Cette année supplémentaire consiste principalement en l'apprentissage plus poussé de gestes infirmiers pour les étudiantes qui n'auraient pas reçu de formation infirmière en premier lieu.

En effet, en France cette formation aux soins infirmier fait partie des études de sages-femmes dès le début du cursus lors de la réalisation de stages en services de soins généraux. Cela souligne une approche différente du métier de sage-femme et de la naissance entre les deux pays. L'un insistant sur la technique dès le départ avec l'apprentissage de gestes, et l'autre se basant dans un premier temps sur la formation des étudiantes à un accompagnement plus global pour les patientes.

b) L'emploi du temps des sages-femmes

Le travail des sages-femmes en maison de naissances que nous avons pu observer en France et en Angleterre s'organise de manière bien différente.

A Paris, dans la maison de naissance du CALM, l'équipe compte 6 sages-femmes. Celles-ci fonctionnent en binômes (conformément à la réglementation) afin de suivre des couples dans l'accompagnement global. Anne nous explique que chaque couple a une sage-femme référente, puis dans le dernier trimestre le couple rencontre le binôme de la sage-femme référente au moins une fois. Le couple dispose ensuite du planning des deux sages-femmes afin d'appeler celle des deux qui sera d'astreinte le jour de l'accouchement. En effet, il arrive que les sages-femmes du CALM ne soient pas sur place, il n'y a pas de permanence 24h/24. Les patientes appellent donc dans un premier temps afin de les prévenir du début de travail, puis avec la sage-femme elles conviennent ensemble du meilleur moment pour se rendre à la maternité.

« Au CALM les semaines varient entre 15 et 70h »

Pour ce qui est de l'organisation du personnel soignant au Queen Charlotte c'est différent. Les sages-femmes travaillent en gardes : de 7h30 à 20h le jour et de 20h à 7h30 la nuit. Au moins 3 d'entre elles sont présentes à chaque garde, et assurent

donc une permanence jours et nuits comme dans les services hospitaliers classiques.

Le jour de l'accouchement les patientes peuvent également appeler pour prévenir et poser des questions, mais le birth centre reste toujours ouvert pour les recevoir.

L'emploi du temps ressemble alors plus à celui d'une sage-femme hospitalière en France travaillant en 12h, et permet donc plus facilement de planifier une vie privée en dehors du birth centre. Cependant, cela implique que très souvent les patientes ne connaîtront pas la sage-femme présente le jour de l'accouchement. Il arrive parfois qu'il s'agisse d'une sage-femme rencontrée auparavant lors de consultations ou de cours de préparation à la naissance, mais on ne retrouve pas ce système de suivi par binômes qui existe au CALM.

Un tel suivi se retrouve également en Angleterre mais dans des Birth Centres réalisant un nombre moins important de naissances. Ici notre étude se base uniquement sur le Queen Charlotte Birth Centre et la maison de naissance du CALM, il est possible d'observer des différences en termes d'organisation dans des structures de taille différentes.

En France comme en Angleterre, il y a une obligation de présence d'au moins deux sages-femmes au moment de l'accouchement.

Au Queen Charlotte il s'agira alors de deux sages-femmes de garde à ce moment-là, au CALM il s'agira de la sage-femme référente (ou de son binôme) ainsi qu'une sage-femme d'appui pouvant être une sage-femme libérale.

c) Ce que l'on retrouve dans les maisons de naissance

Que ce soit en France ou en Angleterre l'offre que l'on retrouve en maison de naissance est assez similaire.

Selon Anne :

« C'est comme chez soi mais avec un petit peu plus d'espace »

Les chambres sont spacieuses et toutes munies de baignoires pouvant aussi bien servir pour le travail que pour la naissance. Au CALM comme au Queen Charlotte, 30% des patientes donnent naissance dans l'eau.

En effet, en Angleterre les sages-femmes travaillant en Birth Centre ont une formation à l'hydrothérapie leur permettant de réaliser des naissances dans l'eau de manière sécuritaire. De même, la plupart d'entre elles peuvent proposer de l'hypnose à leurs patientes puisqu'elles y sont majoritairement formées.

Les accessoires tels que les lianes ou les ballons que l'on retrouve dans les hôpitaux sont également mis à disposition.

Par ailleurs, les sages-femmes encouragent la mobilité des patientes. Susan nous explique que les lits dans les chambre se rabattent contre le mur afin de ne pas être l'élément principal des salles d'accouchement et ainsi ne pas tenter les femmes de rester allongée tout le long du travail.

« We keep the beds away so that women are not tempted to simply lie down throughout labour »

D'ailleurs, la position allongée n'est pas la plus fréquente non plus pour accoucher. Au Queen Charlotte, les femmes accouchent principalement à quatre pattes (41,7%), mais également accroupies (11,3%) ou encore debout (2,2%).

Cette mobilité permanente des patientes est permise notamment grâce à l'auscultation cardiaque fœtale qui est discontinuée. Les femmes ne sont donc jamais reliées à un monitoring au cours du travail : l'auscultation se fait de manière intermittente. En France, elle se fait uniquement au moment des contractions utérines ainsi qu'immédiatement après pendant au moins une minute (selon la définition de la Haute Autorité de Santé).

d) Les différences avec l'hôpital

Nous nous sommes ensuite intéressées aux différences qui existent entre l'hôpital et les maisons de naissance dans le travail des professionnels au quotidien.

Susan partage avec nous son opinion sur le fait que l'état d'esprit est différent, notamment la vision particulière de la douleur qu'ont les professionnels de santé dans les birth centres.

En effet, l'une des différences avec l'hôpital selon elle dans leur manière de travailler est liée au fait qu'ils voient la douleur de manière très différente:

« Pain is necessary, it is a natural thing to feel »

En considérant la douleur de cette manière, comme quelque chose de nécessaire et de naturel lors de la naissance, cela permet aux équipes d'accompagner les femmes dans l'acceptation de celle-ci.

La patience des sages-femmes, mais également le temps dont elles disposent, leur permettent de passer du temps auprès des patientes afin de les aider à gérer leur douleur. Cet élément marque une première différence avec la prise en charge hospitalière française où souvent la disponibilité mais aussi parfois la formation manque aux équipes pour gérer la douleur avec les patientes de manière physiologique. La péridurale étant alors très accessible, elle est bien souvent la solution vers laquelle se tourner.

En revanche, dans le service d'obstétrique du Queen Charlotte, le « one to one care » mis en place permet aux sages-femmes d'être disponibles pour proposer des solutions alternatives telles que des massages, des bains, de l'hypnose, ou encore un soutien moral, réduisant ainsi le taux de péridurale à 65%.

Comme le confie la sage-femme Anne lors de notre entretien, le travail de fond est le même, c'est la manière de le réaliser qui est différente. C'est ce que viennent chercher les femmes qui accouchent en maisons de naissance : une proximité et une disponibilité des interlocuteurs, une prise en charge personnalisée et adaptée à leur situation propre, un environnement accueillant et familial.

Par ailleurs, une autre différence technique avec l'hôpital est mise en exergue lors des entretiens.

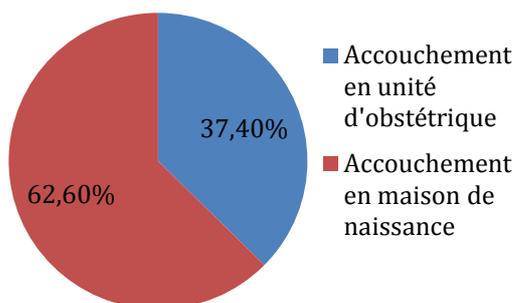
En effet, dans les textes français il est dit que toute patiente suivie en maison de naissance doit être vue au moins une fois pendant la grossesse par un médecin anesthésiste. Cela permet une sécurité ainsi qu'un gain de temps en cas de complication lors de l'accouchement et d'un éventuel transfert vers le service d'obstétrique. Cette obligation ne s'applique pas en Angleterre, si une patiente est considérée comme à bas risque elle sera vue uniquement par des sages-femmes du début à la fin.

Après l'accouchement, les femmes ont le choix de rester soit quelques heures (environ 4) soit de passer le reste de la journée ou de la nuit dans le birth centre afin de se reposer et d'être aidées et guidées pour les premières alimentations. Les séjours sont en effet très courts et le suivi à domicile par la suite est primordial afin de s'assurer la bonne mise en place du lien parent-enfant et de la bonne évolution de l'état maternel et néo-natal.

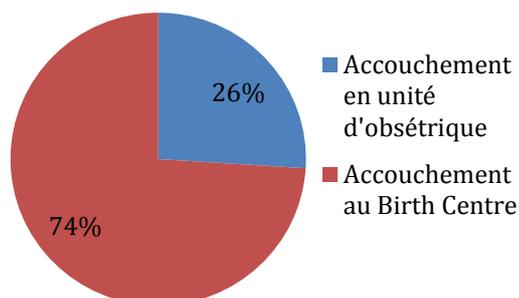
e) La sécurité

Tous les éléments recueillis peuvent soulever la question de la sécurité des patientes et des enfants à naître qu'un grand nombre se pose. Afin d'étudier cela nous nous sommes penchés sur les rapports d'activité annuels du CALM et du Queen Charlotte et avons étudié et confronté leurs chiffres de l'année 2017.

Nombre de transferts au CALM pour 123 patientes



Nombre de transferts au Queen Charlotte pour 1030 patientes

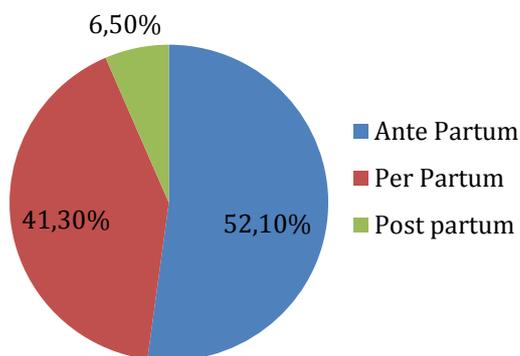


Nous pouvons tout d'abord observer que la plupart des patientes suivies en maisons de naissance en 2017 pour leur grossesse et qui ont comme souhait d'y accoucher pourront effectivement y donner naissance.

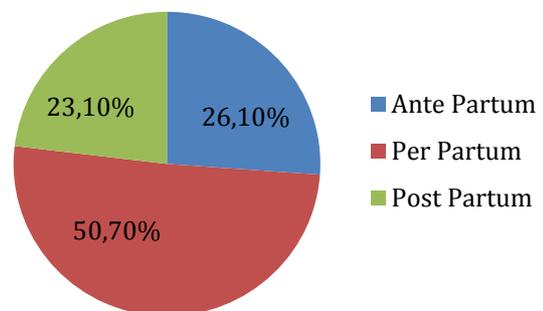
Au Queen Charlotte Birth Centre comme au CALM, moins de la moitié des patientes ont nécessité un transfert vers l'unité d'obstétrique située dans l'établissement de santé dont dépend le birth centre.

Pour assurer une sécurité maximale, les transferts peuvent se faire à tout moment s'il en est jugé nécessaire : en anté partum, en per partum comme en post partum.

Moment du transfert au CALM



Moment du transfert au Queen Charlotte

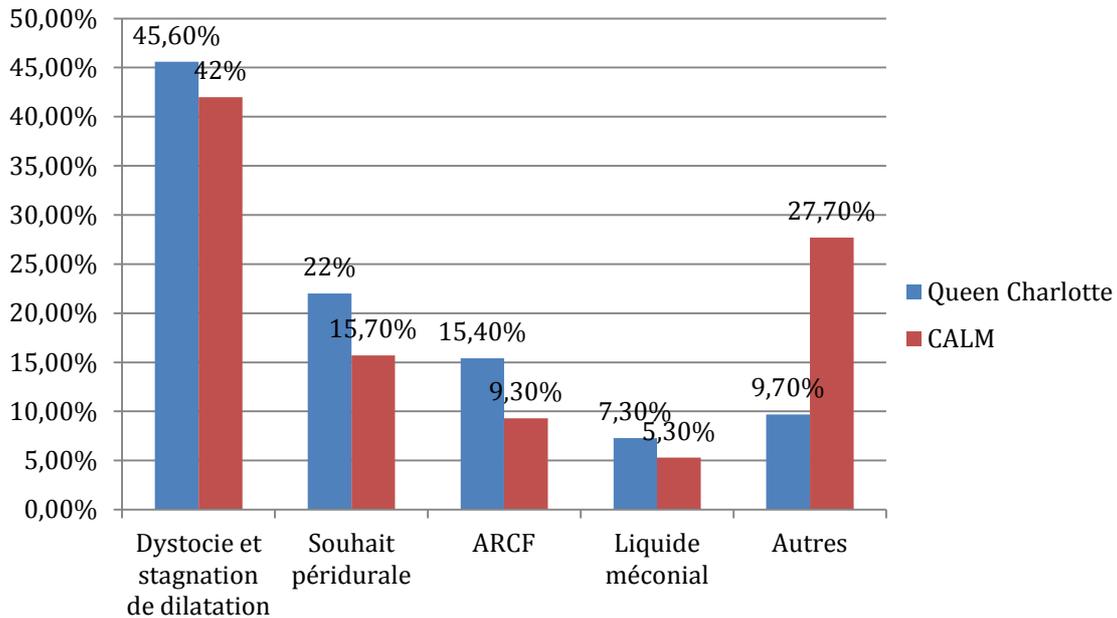


Nous pouvons constater que le CALM réalise proportionnellement plus de transferts en anté-partum qu'au Queen Charlotte. Ceci sans doute dans un souci de prudence et en lien avec les conditions ayant été données dans le cadre du début de l'expérimentation (patientes diabétiques, thrombopénie, retard de croissance...).

On observe donc que par la suite les taux de transferts per-partum ainsi que post-partum sont plus élevés au Queen Charlotte qu'au CALM.

Cependant, nous verrons que les issues maternelles et néo-natales des accouchements et des transferts au Queen Charlotte ne sont pas pour autant moins bonnes qu'au CALM où la part de transferts en anténatal est plus importante.

Causes principales de transferts per-partum

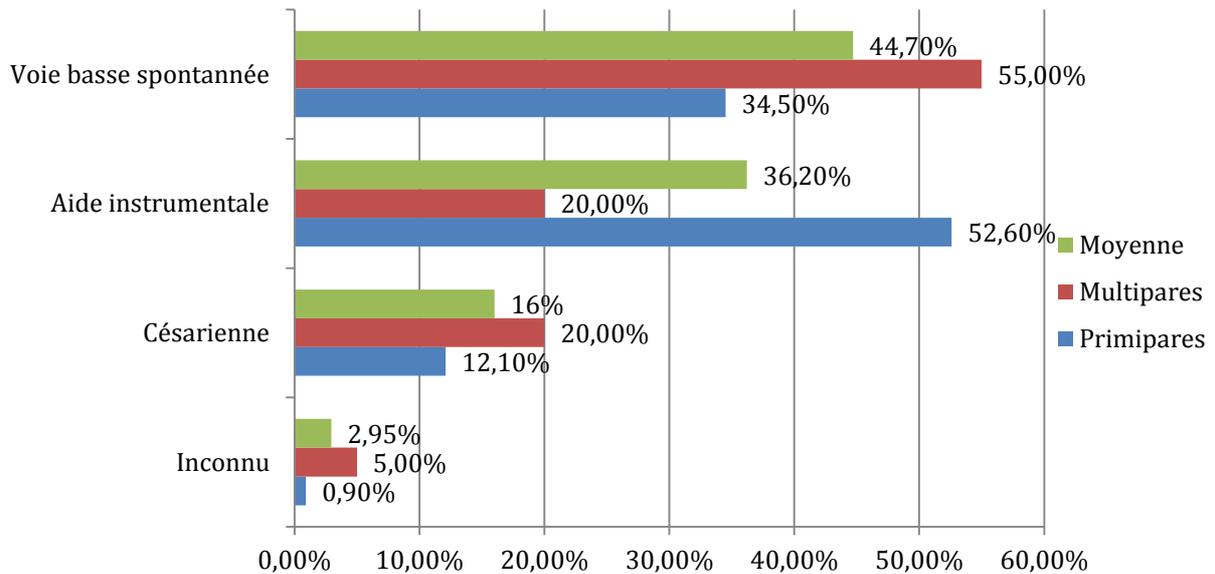


Les principaux motifs de transferts per-partum vers une unité plus conventionnelle d'obstétrique au CALM et au Queen Charlotte sont similaires et ont le même ordre de fréquence. La cause la plus fréquente dans les deux cas s'avère être la dystocie dynamique ou mécanique entraînant une stagnation de la dilatation.

Dans ces cas-là le travail est considéré comme pathologique et nécessite un suivi plus médicalisé dans un service adapté. Le deuxième évènement le plus fréquent est le souhait d'une péridurale, celui-ci pouvant parfois être lié à la stagnation de dilatation et donc un travail plus long pour la patiente qui aura moins de facilité à gérer sa douleur.

Nous nous sommes alors intéressés sur les voies d'accouchement des femmes étant transférées en per-partum au Queen Charlotte en comparaison avec le CALM, ceci afin de voir si la part plus importante de transferts pré-partum au CALM a une incidence sur les modes de naissance.

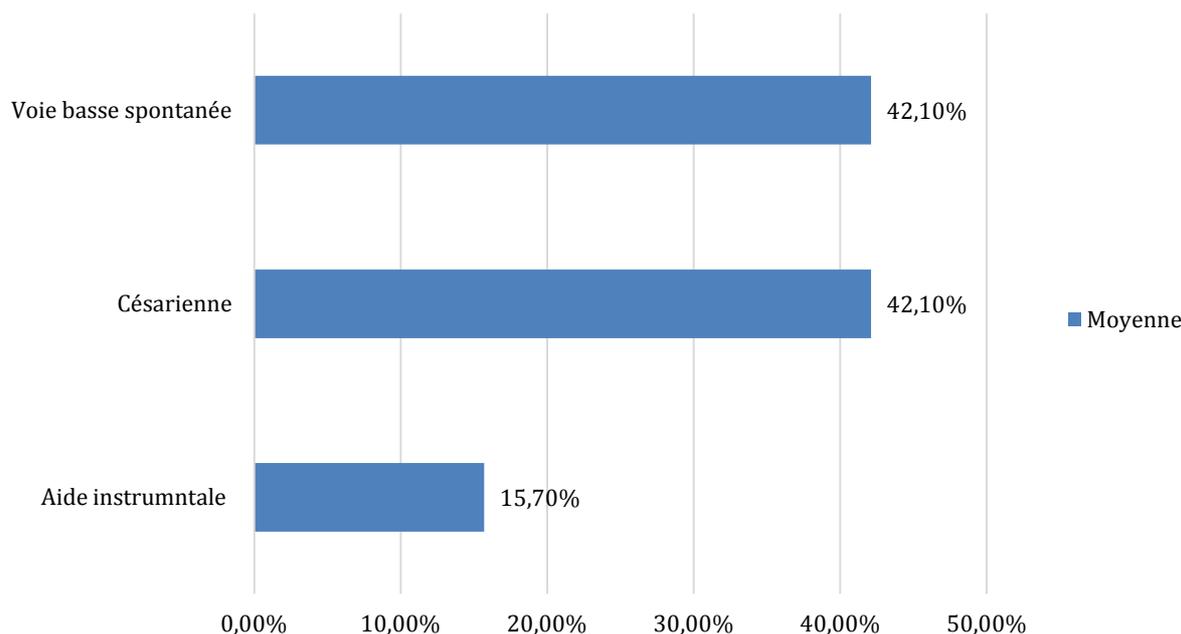
Comment accouchent les femmes transférées en per-partum au Queen Charlotte?



Au Queen Charlotte, plus de la moitié des transferts de multipares en per-partum aboutissent à un accouchement par voie basse spontané. En revanche chez les primipares, dans 68% des cas une aide obstétricale sera en effet nécessaire qu'il s'agisse d'une ventouse, d'un forceps ou d'une césarienne. En moyenne, environ la moitié des transferts donneront lieu à un accouchement par voie basse, 1/3 nécessitera une aide instrumentale et dans 16% des cas il y aura recours à une césarienne.

Au CALM les issues n'ont pas été classées en fonction de la parité des patientes mais de manière plus générale. Il est difficile d'analyser ces données puisqu'il s'agit d'un échantillon très réduit de femmes (19) ayant été transférées en per-partum en 2017 contrairement à l'échantillon du Queen Charlotte où les femmes sont plus nombreuses (134) à être transférées du fait de leur nombre de départ plus important. Cependant on observe une proportion globale à peu près similaire d'accouchements par voie basse soit environ 40% d'AVB, une proportion moindre d'aide instrumentale soit moins d'1/5 mais en revanche une proportion nettement supérieure de césarienne d'environ 40%.

Comment accouchent les femmes transférées en per-partum au CALM?



Ces données nous permettent de constater que la proportion plus importante de transferts qui est réalisée en pré-partum au CALM ne permet pas d'effectuer un tri prédictif des patientes plus à risque de césarienne ou de complications per-partum par rapport au Queen Charlotte. En effet, cette sélection sans doute trop stricte des patientes n'entraîne pas de différence en termes de nombre d'accouchements par voie basse et ne permet pas de diminuer le nombre de césariennes.

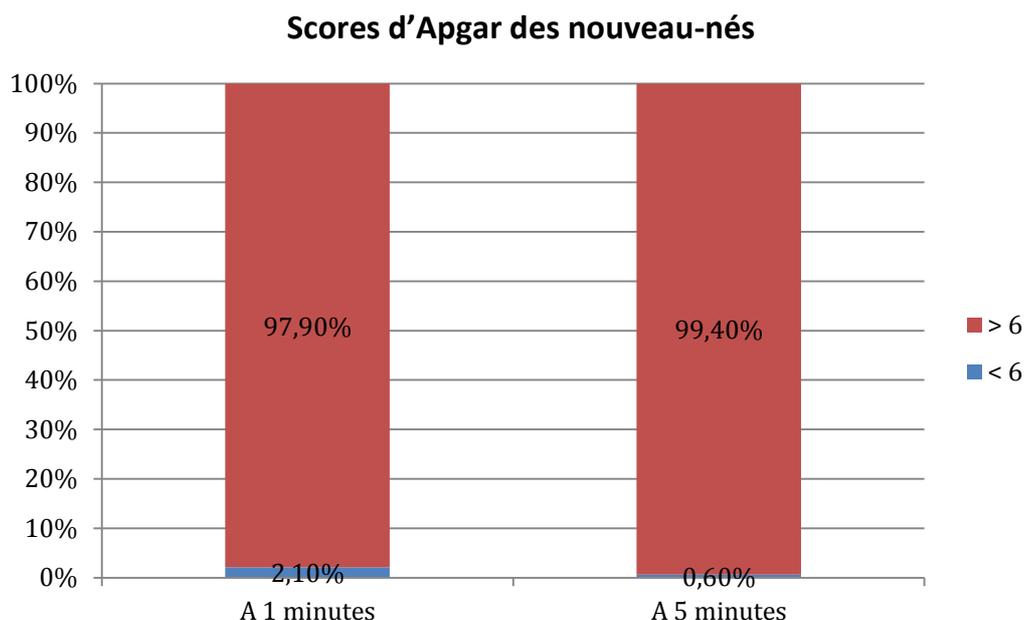
Si on étudie d'autres indicateurs de morbidité tels que le taux d'hémorragie du post-partum (HPP), on observe qu'ils sont également très bons. En effet, au Queen Charlotte en 2017, on compte 0,6% d'hémorragie inférieure à 1 litre et 1,4% d'hémorragie sévère supérieure à 1 litre.

Or rappelons que dans la moyenne nationale française est aux alentours de 5% d'HPP inférieure à 1 litre et de 2% d'HPP sévère supérieure à 1 litre⁶². Les taux obtenus au birth centre sont donc inférieurs aux taux français, ceci pouvant en partie être expliqué par le fait que la population accouchant en birth centre est une population à bas risque, ce qui peut constituer un biais de comparaison.

⁶² « Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum » Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction consulté le 25/10/2018 [en ligne] disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/942062>

Pour ce qui est de l'état périnéal des femmes, le Queen Charlotte réalise environ 2% d'épisiotomie en 2017 et ne note que 2% de déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré parmi toutes les femmes ayant donné naissance au sein du birth centre. Ces données sont nettement inférieures au chiffre français de 20% d'épisiotomie évoqué en première partie.

Qu'en est-il alors du devenir des nouveau-nés de mères suivies au Queen Charlotte ?



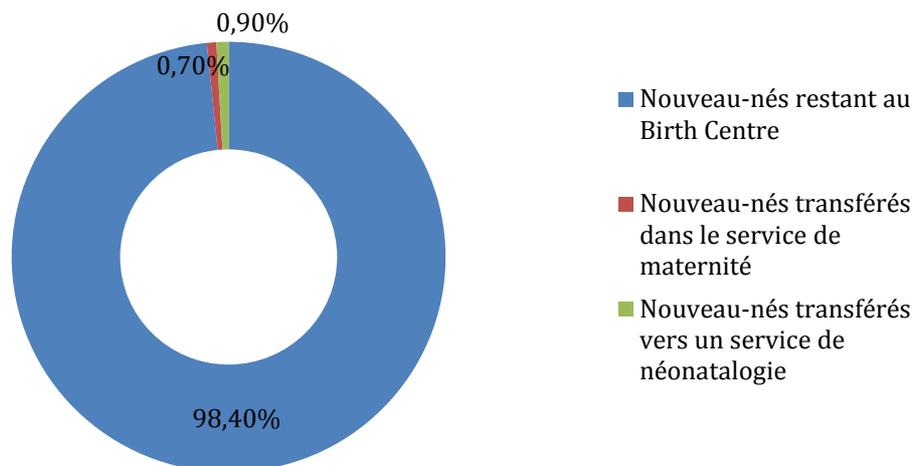
Les nouveau-nés, qu'ils soient nés au Birth Centre ou dans le service d'obstétrique après transfert maternel s'adaptent très bien à la vie extra-utérine. En effet, la moyenne nationale du score d'Apgar inférieur à sept à cinq minutes de vie est de 1.2% en France d'après l'enquête périnatale de 2016⁶³, pour un taux de 0.6% au Queen Charlotte en 2017.

La peur des femmes que nous avons interrogées selon laquelle les maisons de naissance seraient plus risquées s'avère être infondées. Les nouveau-nés de maisons de naissance s'adaptent aussi bien que ceux nés à l'hôpital.

De même, nous pouvons observer que le taux de leur transfert vers des unités médicalisées est très bas (moins de 2%), et ne traduit donc pas un moins bon état néo-natal des enfants nés en maison de naissance.

⁶³ "Enquête périnatale 2016" consulté le 06/08/2018 [en ligne] disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

Transferts des nouveau-nés



Qu'il s'agisse des indicateurs maternels ou néonataux, les données que nous avons pu recueillir auprès du Queen Charlotte birth centre sont très rassurantes quant à la sécurité qu'assure ces structures. De plus, la cohorte de femme étant plus conséquente qu'au CALM, cela nous permet un recul plus important sur les différentes situations et d'obtenir des chiffres plus significatifs.

f) Le coût des maisons de naissance pour les usagers

Le coût de l'accouchement en maison de naissance pour les usagers est une problématique principale en France.

En effet, le fond d'intervention régional (FIR) accordé annuellement aux maisons de naissance n'est pas suffisant pour couvrir tous les frais notamment liés aux assurances et à la location des structures⁶⁴. Les MDN pratiquent alors des dépassements d'honoraires variables, Anne nous confie par exemple qu'au CALM celui-ci s'élève à 900 euros.

Malgré la mise en place d'un fond de solidarité par l'association d'usagers du CALM, afin d'aider certains couples à financer ce projet, cela représente un coût supplémentaire et non négligeable pour les patients et pose le problème des inégalités sociales.

En Angleterre, donner naissance en birth centre ne représente aucun investissement financier pour les familles car les MDN n'exercent pas de dépassement d'honoraire. Aucun frais n'est alors à la charge des couples, rendant ainsi l'accessibilité des MDN plus grande et restaurant l'égalité des soins. Celles-ci sont entièrement financées par la « National Health Service » ou NHS (l'équivalent de la sécurité sociale française) et coutent même moins à l'Etat que les structures hospitalières classiques où le matériel et le professionnel médical sont chers.

⁶⁴ « Maisons de naissance en France Phase expérimentale 2016-2021 » Consulté le 25/10/2018 [en ligne] disponible sur: https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison_de_naissance_reseau_ch_ard.pdf

Partie 3 : Conclusion

De nos jours, la physiologie est au centre des préoccupations des usagers ainsi qu'au centre des réflexions des professionnels qui s'interrogent sur comment la respecter davantage.

Les maisons de naissance dont l'expérimentation a débuté en 2015 en France sont arrivées en réponse à ce désir grandissant des femmes et couples de bénéficier d'un suivi adapté à leur histoire, plus personnalisé, et surtout moins médicalisé lorsque cela n'est pas nécessaire.

En France comme en Angleterre, les maisons de naissance sont des lieux d'accompagnement où la physiologie prône tout en assurant la sécurité des patientes et des enfants à naître.

Cependant, le système actuel de MDN français n'est pas pleinement satisfaisant notamment du fait qu'il ne soit pas accessible à tous de manière équitable.

En effet, leur présence insuffisante sur le territoire crée des disparités géographiques importantes, notamment dans l'ouest de la France. Nous avons pu mettre en avant à travers notre étude le fait que seulement 30% des femmes françaises ayant déjà au moins un enfant connaît ce type de structures et est au fait de leur existence en France.

Les birth centres quant à eux se sont grandement développés en Angleterre, permettant ainsi un accès aisé pour les usagers. En effet, à l'inverse des femmes françaises, plus de 70% des femmes anglaises ayant au moins un enfant en ont la connaissance et savent que ces structures existent sur le territoire.

De plus, le suivi dans ces établissements ne représente pas de coût supplémentaire pour les patientes anglaises puisqu'il est le même que celui d'un suivi classique hospitalier et est donc totalement pris en charge. En revanche en France le coût non négligeable de ces structures constitue un obstacle pour beaucoup de couples qui ne sont pas en mesure de s'acquitter des dépassements d'honoraires importants qui y sont pratiqués.

Comme nous avons pu le constater, les femmes françaises sont dans un état d'esprit très similaire à celui des femmes anglaises en ce qui concerne les maisons de naissance et la non médicalisation en général. Dans les deux populations de notre étude, un petit peu moins de la moitié des femmes seraient intéressées par une prise en charge en maison de naissance.

Il existe aujourd'hui en France une demande réelle à laquelle nous nous trouvons dans l'impossibilité de répondre contrairement à nos pays voisins comme l'Angleterre qui développe ses Birth Centres depuis de nombreuses années avec succès.

Les MDN ont leur place aujourd'hui en France, en complémentarité des services d'obstétrique, afin de proposer une alternative sécuritaire pour le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-natal.

L'émergence de ces structures dédiées à la physiologie se révèle indispensable afin que les femmes dont l'histoire médicale le permet puissent choisir le type de suivi dont elles souhaitent bénéficier, parmi un panel d'offre de soin diversifiée.

Elles seront alors libres de décider quelle prise en charge leur correspond le mieux en fonction de leurs convictions, besoins, attentes et histoires personnelles. Cependant le modèle se doit d'être équitable et d'assurer l'égalité d'accès aux soins pour tous.

L'évaluation des maisons de naissance qui sera réalisée par le Collège National des Sages-Femmes ainsi que par les Agences Régionales de Santé concernées permettra sans doute d'ouvrir des perspectives d'avenir à ces structures.

Bibliographie

- [1] Organisation Mondiale de la Santé, *Mortalité maternelle*, 16-févr-2018. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. [Consulté le: 15-sept-2018].
- [2] *Association Nationale des Sages-Femmes Libérales*. [En ligne]. Disponible sur: https://ansfl.org/trouver-une-sf/?first_name=&last_name=&department=&city=&activities=Accouchements&accompanying=Accouchement+en+plateau+technique&um_search=1.
- [3] « 10 femmes nous racontent les violences obstétricales qu'elles ont subies », 20-avr-2017. .
- [4] B. Lafont, « Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques », Claude Bernard, Lyon 1, 2010.
- [5] M.-H. Lahaye, *Accouchement : les femmes méritent mieux (Book, 2018) [WorldCat.org]*. 2018.
- [6] « Accouchement : prévoir les coûts et remboursements », *Santiane.fr*, 24-août-2015. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.santiane.fr/mutuelle-sante/guides/accouchement-prevoir-couts-et-remboursements>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [7] S. Gaudin, « Accoucher en maison de naissance: Quelles histoires... », Ecole de sage-femme, Nantes, 2018.
- [8] Collège National des Sages-Femmes de France, « Administration de l'oxytocine lors du travail spontané: adoptons les bons réflexes ! », *Co-naître*, 2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.co-naître.net/actualites/oxytocine-1eres-recommandations-du-college-national-des-sages-femmes-de-france/>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [9] F. Leboyer, « Birth without Violence (1975), by Frederick Leboyer | The Embryo Project Encyclopedia », 30-juin-2010. [En ligne]. Disponible sur: <https://embryo.asu.edu/pages/birth-without-violence-1975-frederick-leboyer>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [10] A. Davis, « Choice, policy and practice in maternity care since 1948 », *History and policy*, mai-2013. [En ligne]. Disponible sur: www.historyandpolicy.org/policy-papers/papers/choice-policy-and-practice-in-maternity-care-since-1948.
- [11] Conseil national de l'ordre des sages-femmes, « Code de déontologie des sages-femmes ». juill-2012.
- [12] Ordre national des médecins, « Code de déontologie médicale ». avr-2017.
- [13] X. Aireau, « Communiqué de presse: Point de vue d'un obstétricien sur le plateau technique ouvert ». .
- [14] CIANE, « Comunique de presse: Une demande croissante pour des approches moins médicalisées ». 22-mai-2013.
- [15] E. D. Hodnett, S. Gates, G. J. Hofmeyr, et C. Sakala, « Continuous support for women during childbirth », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 7, p. CD003766, 15 2013.

- [16] M. Bohren, G. Hofmeyr, C. Sakala, R. Fukuzawa, et A. Cuthbert, « Continuous support for women during childbirth | Cochrane », 06-juill-2017. [En ligne]. Disponible sur: [/CD003766/PREG_continuous-support-women-during-childbirth](#). [Consulté le: 02-mars-2018].
- [17] Organisation Mondiale de la Santé, « Déclaration de l’OMS sur les taux de césarienne ». 2014.
- [18] « Définitions : naturel, naturelle - Dictionnaire de français Larousse ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/naturel/53897?q=naturel#53542>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [19] « Définitions : physiologique - Dictionnaire de français Larousse ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/physiologique/60618>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [20] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, « Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d’alerte et gestion de la dystocie ». 2014.
- [21] N. Richard-Guerroudj, « Diversification des filières de soins en périnatalité : vers un plus grand choix laissé aux usagers ? Etude comparative des politiques périnatales depuis 1990 en France et en Angleterre », Science Po, Paris, 2010.
- [22] G. Cooper, « Ealing and Charing Cross Hospitals: NHS plays down closure threat as councils launch petition to “save” services from downgrading », Aout-2017.
- [23] « Enquête nationale périnatale rapport 2016: Les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010 ». oct-2017.
- [24] L. Motet et A.-A. Durand, « Episiotomie : pourquoi de tels écarts entre les maternités ? », 2018.
- [25] CIANE, « Episiotomie: état des lieux et vécu des femmes », *Enquête accouchement*, n° Dossier n°6, nov. 2013.
- [26] M. Langlais, « Evolution de la mortalité maternelle au XXème siècle en France », Ecole de sage-femme, Caen, 2016.
- [27] « Find the right place to give birth », *Which? Birth Choice*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.which.co.uk/birth-choice/where-to-give-birth>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [28] Haute Autorité de Santé, « Haute Autorité de Santé - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales », déc-2017. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [29] Haute Autorité de Santé, « Haute Autorité de Santé - Mieux accompagner les femmes lors d’un accouchement », 25-janv-2018. [En ligne]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [30] Y. Knibiehler, *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. 2017.
- [31] « History of Birth Centers - Anchorage ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.genevawoodsbirthcenter.com/history.html>. [Consulté le: 04-mars-2018].
- [32] « House of Commons - Health - Written Evidence », 2003. [En ligne]. Disponible sur: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200203/cmselect/cmhealth/796/796we27.htm>.

[Consulté le: 03-mars-2018].

- [33] « How has birth changed through history in the UK? | Essential Parent », *Essential parent*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.essentialparent.com/lesson/how-has-birth-changed-through-history-in-the-uk-6288/>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [34] « Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance and guidelines | NICE », 2017. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [35] F. de Singly, *L'enquête et ses méthodes: le questionnaire*. Paris: Armand Colin, 2012.
- [36] A. Millet, G. Magnin, et S. Desurmont, « La pudeur en salle de naissance: ressenti des femmes, des personnes accompagnantes et du personnel médical », 2009.
- [37] C. Andreoletti et Equipe de la MT2A, « La tarification à l'activité (réforme de l'allocation de ressources des établissements de santé) ». .
- [38] M. Déchalotte, « Le livre noir de la gynécologie (Book, 2017) [WorldCat.org] », 2017. [En ligne]. Disponible sur: http://0-www.worldcat.org/novocat.nova.edu/title/livre-noir-de-la-gynecologie/oclc/1010413408&referer=brief_results. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [39] M. Akrich, F. Bardes, et E. Phan, « Les lieux de naissance en France : quel choix pour les usagers ? », *Spirale*, n° 54, p. 149-158, juill. 2010.
- [40] B. Blondel et M. Kermarrec, « Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 ». mai-2011.
- [41] *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*. 2002.
- [42] V. Deiller, « Maisons de naissance : où en est-on aujourd'hui ? | Laurence Pernoud », *Laurence Pernoud Devenir parents aujourd'hui*. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.laurencepernoud.com/grossesse/accouchement/maisons-naissance-ou-en-est-on-aujourd'hui.html>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [43] PubMed, « Mapping midwifery and obstetric units in England », sept. 2017.
- [44] Planning familial en collaboration avec le groupe de travail Maternité Choisie, « Maternité choisie, accouchement et violences obstétricales: des enjeux pour les féministes ? » déc-2015.
- [45] J. Sandall, H. Soltani, S. Gates, A. Shennan, et D. Devane, « Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting | Cochrane », 28-avr-2016. [En ligne]. Disponible sur: /CD004667/PREG_midwife-led-continuity-models-care-compared-other-models-care-women-during-pregnancy-birth-and-early. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [46] « NHS Maternity Statistics - England, 2010-2011 - NHS Digital », 01-déc-2011. [En ligne]. Disponible sur: <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB03071>. [Consulté le: 02-mars-2018].
- [47] INSEE, « Nomenclatures des professions et catégories socioprofessionnelles ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2406153>. [Consulté le: 23-sept-2018].
- [48] « Notre histoire », *Un Nid Pour Naître Maison de Naissance à Nancy*. .
- [49] B. in E. C. Group, « Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study », *BMJ*, vol. 343, p. d7400, nov. 2011.

- [50] B. Coulm, B. Blondel, S. Alexander, M. Boulvain, et C. Le Ray, « Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database », *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 93, n° 9, p. 905-912, sept. 2014.
- [51] « Proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance », 10 mars. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/112-368/112-3683.html>. [Consulté le: 10-mars-2018].
- [52] CIANE, « Quel accompagnement pour les femmes lors de l'accouchement ? » 21-juill-2014.
- [53] C. Dupont *et al.* « Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations », *La Revue Sage-Femme*, vol. 16, n° 1, p. 111-118, févr. 2017.
- [54] S. Gamelin-Lavois, « Répertoire sages-femmes pour accompagnement aad et pt », *Projet de Naissance*, 28-janv-2018. .
- [55] CIANE, « Respect des souhaits et vécu de l'accouchement », *Enquête accouchement*, n° Dossier n°3, août 2012.
- [56] Office for National Statistics, « The National Statistics Socio-economic classification (NS-SEC) ». [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ons.gov.uk/methodology/classificationsandstandards/otherclassifications/thenationalstatisticssocioeconomicclassificationnssecbasedonsoc2010#the-data-you-need>. [Consulté le: 23-sept-2018].
- [57] The Royal College of Midwives, « Trends in Freestanding midwives-led units in England and Wales 2001-2013 ». 2013.
- [58] Collectif Maisons de Naissance « « Maisons de naissance en France Phase expérimentale 2016-2021 » [En ligne]. Disponible sur: https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/6-2016-05-20-schwartz-maison_de_naissance_reseau_ch._ard.pdf. [Consulté le 25-oct-2018]
- [59] Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction « Epidémiologie de l'hémorragie du post-partum » 2014 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.em-consulte.com/en/article/942062>. [Consulté le 25-oct-2018]

Annexes

Annexe I)

Entretien avec Susan Barry, Sage-Femme au Queen Charlotte Birth Centre à Londres le 10/05/2018

Could you tell me a little bit about yourself?

Yes of course. My name is Susan Barry, I'm Irish, and I'm a midwife here at Queen Charlotte Birth centre. I've been working here three years now and used to work in bigger and more medicalized hospitals... but hum, I got tired of seeing birth become something so medicalized with years so that's why I decided to change the way I work by coming to a birth centre.

So it was a conscious choice that you made when you came to work in a birth centre?

Oh yes it really was you know, I needed to feel what being a midwife is really about again, which is the relationship you build with patients, the support you give them, the devotion you put in without counting your hours, I had lost that a little when I was working in obstetric units, so yes, for me it was really a choice to come here and I think I can speak for all my colleagues when I say that.

How long have you been a midwife for?

Huum, I've graduated in 1999, so quite a long time. (Laughs)

How do you become a midwife in the UK?

Well, it was different for me back then because I first did a nursing degree, and then specialized in midwifery on a fast 18 months course. But now it is a 3 years course.

A course that is specialized in midwifery from the start?

Yes exactly.

Is it possible for a midwife to work in a Birth Centre straight after graduating or is it necessary to have experience working in a hospital beforehand?

No it's possible, young midwives can work in a Birth Centre. But they have to have a year's worth of training to learn some more skills beforehand.

Would you say working in a Birth centre and working in a hospital is different?

Well there are two things. Here at Queen Charlotte we're what we call an « Alongside Midwife Led Unit », so we are still in a hospital. The labour ward is just two floors above us and in case of an emergency we have direct access to it by an elevator. What you're referring to I think is called a « Freestanding Midwife Led Unit », and in that case the nearest hospital can be a few miles away.

Anyway, to come back to the question, hum, yes I would say working in a Birth centre is different from the labour ward. In the Birth centre we have a different way of helping patient to cope with pain, our patients aren't tied up to the bed and lying down. Our policy here is that pain is necessary; it is a natural thing to feel in the process of giving birth. It is not a useless pain like when someone breaks a leg or anything like it, we want women to know their body more and understand it better so that when the contraction comes they can accept it better and deal with it better. So I would say midwives working in Birth centres have to have that patience, empathy and the will to actually be with the women in the room with the woman and not be in and out all the time.

What does a Birth centre have to offer to women in labour and giving birth?

Well here we encourage mobility, so women for example can take walks, also we don't put the bed in the middle of the room, they're all foldable beds, and we keep them away so that women are not tempted to simply lie down throughout labor. We also have three pools for women to go in, even with their partner if they wish, hum, we can offer massages, we have Etonox gas, and moral support is essential. We don't do continuous electronic fetal monitoring so that women can feel more comfortable and move around, so what we do is we will monitor the fetal heart rate immediately after a contraction, every 15 minutes in the first stage of labour and every 5 minutes in the second stage. It does mean the midwife has to be around a lot to be able to do that, but we believe it is beneficial to women.

Are women allowed visitors during labour and birth?

Yes they are, we are not as strict as the labour ward where only one person is allowed. But we do encourage women to choose wisely who is going to be there that day. We wouldn't want people coming and going all the time, women need to turn off their frontal cortex that allows them to think, and they need to go back to using their limbic cortex which is a more primitive area of the brain. It is the only way that women will be able to deal with the pain, by staying focus and not over think it. So we usually tell them that it's preferable if the partner is the one there, or a close member of the family and that too many people at once won't be beneficial.

How does it work from the moment a patient comes in for the first consultation to the moment of giving birth?

Well, we see patients for their 38 weeks check up, and then primips come again at 40 weeks and 41 weeks if they haven't given birth yet, and multips only come again at 41 weeks. Women also come for preparation class around 36 weeks. So we have consultations days and preparation class days here in the birth centre.

So the woman is not necessarily going to know the midwife who is going to be there on the day?

No, we have tried to make it work like that but no. When women come for their check up or preparation classes they will meet some of the midwives on the team, if they're lucky the same midwives might be there on the day.

Is the woman going to see a doctor at least once in the pregnancy, for an anesthetic consultation for example?

No, not necessarily, if she is considered low risk she won't be seeing any doctor.

How does it work for patients when labour start, do they go through triage and then come here?

Usually what happens is that if they have planned a birth here, they call us on a direct line and say that they are having contractions and we take it from here, we either tell them to wait before coming, or to come whenever they want, and sometimes if something doesn't sound right, like they are bleeding, then we tell them to go through triage and they may have to go to the labour ward. And then less frequently but it happens, it's the triage ward that call us to say that a woman in labour would like to come to the birth centre even if it wasn't planned, and if she is low risk then we can look after her.

How often does it happen that you have to transfer women to the labour ward, and what are the main reasons for transfer?

Oh, well I've got the numbers right here if you'd like me to check.

Yes that would be lovely.

So from March 2017 to March 2018, we've had 1030 births here in the birth centre and 136 intrapartum transfers, most women who were transferred were primips: 116 primips and only 20 multips. Now the main reasons for primips transfers are a prolonged first stage (29 women) and the epidural (22 women), for multips the main reasons are the epidural (6 women) and fetal heart abnormalities (5 women).

So that's for the intrapartum transfers, but we also sometimes transfer women or babies after birth, we transferred 62 mums after birth and the main reason for that would be 3rd degree tear (21 women) and then comes the post partum hemorrhage over 1 liter (15 women).

Babies may also have to be transferred to neonatal units, it was the case for 0.9% of our babies and the main cause for that was a probable infection.

I hope that answers your question.

Yes, very interesting, thank you very much. Have you ever had to refuse access to a woman wanting to give birth in Queen Charlotte birth centre before of a lack of means?

No, that doesn't happen. Sometimes when it is very busy we might tell them on the phone to stay at home as long as possible before coming, but we don't refuse patients.

What kind of schedule does a midwife working in a birth centre have?

Hum, so midwives might have 3 or 4 shifts a week, and we do 11,5 hours shifts, so some weeks will be more busy than others.

I see, and midwives do day and night shifts?

Yes, both days and nights, I guess that comes with the job.

So there are no « on call » midwives?

No, we have a special « one to one » team, but that's different, they don't do the usual shifts and they only take care of some patient.

How much would it cost for a woman to give birth in a birth centre compared to giving birth in a traditional hospital?

Ohh it would be a lot cheaper!!! I would say around 1 000 pounds, because the woman is not going to be seen by any doctor, only midwives, the stay is really short, from 6 to 24 hours after giving birth, and we don't use any drugs, so it is a lot cheaper for the NHS !

But these 1 000 pounds won't be paid by the woman directly right?

No of course not, the woman doesn't have to pay for anything.

Thank you very much for your time, is there anything else you would like to add?

Well yes I guess I would just like to say that I am not trying to criticize obstetric units at all, I think they do have a place for some births, but there are other ways and it is a shame that birth has become so medicalized with time.

Thank you Susan!

Annexe II)

Entretien téléphonique avec Anne Morandeu, Sage-Femme à la maison de naissance du CALM, le 28/05/2018

Est-ce que tu pourrais commencer par te présenter un petit peu ?

Je m'appelle Anne Morandeu, je suis diplômée de 2005, j'ai fait mes études en Belgique et j'ai toujours travaillé en France après. Je travaille au CALM, qui est la maison de naissance de Paris, depuis qu'elle existe, donc même avant l'expérimentation, c'est-à-dire depuis 2008.

Et tu avais travaillé ailleurs avant ?

Non, principalement à la maternité des Bluets.

C'était un choix pour toi de travailler en maison de naissance ? Qu'est-ce qui t'a motivé ?

Ah pour tout le monde c'est un choix, tu peux pas travailler en maison de naissance si tu en as pas envie, c'est pas envisageable. Moi je me suis retrouvée là parce que ça m'a toujours attirée je pense de travailler comme ça, et j'ai rencontré les sages-femmes qui étaient sur le projet quand j'ai commencé à travailler donc j'ai mis mon nez dedans, puis un orteil, puis un pied, puis toute la jambe puis tout quoi. J'aurais travaillé ailleurs peut-être que je n'aurais jamais été là aujourd'hui, mais j'avais toujours eu cette envie de faire du domicile, enfin je savais pas trop à quoi ça correspondait à l'époque mais ça m'a attiré très vite et du coup j'ai fait parti de l'équipe qui a commencé.

C'est possible pour sage-femme qui vient d'être diplômée de travailler en maison de naissance ?

Non aujourd'hui en France c'est pas possible, il me semble qu'il faut avoir au moins deux ans d'expérience, ça c'est le texte de loi qui l'impose.

Est-ce que tu peux maintenant me présenter le CALM, comment l'aventure a-t-elle commencée, sous quelle forme, depuis quand ?

Oui, alors le CALM a commencé en 2008, on était quatre sages-femmes libérales issues de la maternité des Bluets et en fait l'accord qu'on a passé avec la maternité partenaire les Bluets c'est d'avoir un accès au plateau technique. Donc on a fonctionné exactement comme si on était une maison de naissance, avec les mêmes critères de transferts, les mêmes critères d'éligibilité, on respectait tout ça, la seule différence par rapport à aujourd'hui c'est que les accouchements avaient lieu sur le plateau technique de la maternité des Bluets, donc en fait les femmes arrivaient en début de travail au CALM, on accompagnait le travail au CALM, et une fois que les choses se précisaient avec l'arrivée du bébé on montait un étage et elles accouchaient au premier étage dans une salle. Ensuite on restait deux heures là-haut et on

redescendait, en fait on entendait pas du tout parler de l'équipe médicale, sauf en cas de soucis bien sûr.

Et les consultations de grossesse se faisaient aussi au CALM ?

Oui, tout le suivi se faisait au CALM. Et ensuite elles rentraient chez elles précocement et on avait le suivi à domicile comme on fait aujourd'hui.

Vous êtes combien de sages-femmes aujourd'hui au CALM ?

Aujourd'hui on est six à faire de l'accompagnement global.

Combien de naissances par an se font au CALM du coup ?

Au total, depuis le début de l'expérimentation le 1^{er} Avril 2016 jusqu'au 31 décembre 2017, il y a 304 suivis au CALM et alors cette année en 2017 on a eu 119 accouchements et en 2016 il y en a eu 84.

Et comment ça se présente au CALM, il y a combien de chambres de travail et d'accouchement ?

Il y a deux chambres de naissance. En fait il y a une petite entrée, un grand salon, un bureau de sage-femme, un grand salon avec terrasse et cuisine, deux cabinets de consultations, une salle de préparation et ensuite on passe dans un couloir avec plus une partie naissance où il y a les deux chambres de naissance dans lesquelles il y a à chaque fois une baignoire, un cabinet de toilette, une suspension et un grand lit double comme tu aurais chez toi.

Quelles grandes différences y a-t-il dans le travail au quotidien pour la sage-femme en maison de naissance par rapport à la sage-femme hospitalière ?

Ah mais tout ! Je sais pas, tout et rien, tout parce que j'ai pas de gardes, parce que j'organise mon temps comme je veux, parce que je suis libérale, et rien parce qu'une consultation de grossesse ça reste une consultation, et la préparation à la naissance ça reste de la préparation, et que je le faisais déjà à l'hôpital. Médicalement parlant la base c'est la même, après c'est très différent dans l'organisation, et dans le lien que tu crées avec les patientes parce que c'est patientes avec qui tu chemines, que tu vas retrouver le jour de l'accouchement et après dans les suites de couches, donc ça ça change beaucoup, mais après le métier de base c'est le même.

Comment ça se passe au niveau de l'emploi du temps des sages-femmes, elles ont des gardes, des astreintes ?

On n'a pas de gardes, on est d'astreinte, et on travaille en binômes, on est donc 3 binômes parce qu'on est six sages-femmes. On a chacune quatre demi-journées par semaines en consultations sur place. Ensuite dans chaque binôme, chacune fait un week-end sur deux et un jour par semaine. Après on s'impose des semaines où on est Off, dans ces cas là c'est l'autre sage-femme du binôme qui est d'astreinte, donc c'est des moments où on peut prévoir autre chose et où on est pas dérangées. Mais le reste du temps on est joignables.

Après c'est le système d'astreintes, je fais beaucoup moins de nuit que quand j'étais à l'hôpital, par contre je ne sais jamais quand je vais les faire, au CALM les semaines varient entre 15 et 70h.

Une patiente sera donc suivie par un binôme de sage-femme et l'une des deux sera présente le jour de l'accouchement ?

C'est ça, en fait la patiente a une sage-femme référente. Par exemple moi je travaille en binôme avec Fanny, mes patientes je les accompagne au début, c'est-à-dire les consultations et les préparations, et dans le dernier trimestre elles vont rencontrer une fois fanny pour une consultation/préparation à la naissance, et après elles ont le planning d'astreintes et elles savent que si je suis pas joignable elles doivent appeler Fanny. A l'inverse moi je vois les patientes de fanny dans leur dernier trimestre et elles savent qu'elles doivent m'appeler si Fanny n'est pas joignable.

Comment ça se passe aujourd'hui pour une patiente qui voudrait accoucher en maison de naissance, elle prend contact avec vous à quel moment ?

Alors, aujourd'hui une patiente qui veut être suivie au CALM, comme on a énormément de demandes, on refuse quasi 2/3 des demandes en fait, elle doit s'inscrire à une réunion d'information, donc elles doivent remplir un formulaire sur le site, et du coup il y a déjà une première sélection en fonction des antécédents à ce niveau-là sinon il y a trop de monde à la réunion. Ensuite elles viennent à la réunion qui est animée par deux parents de l'association et une sage-femme et on leur présente l'association, ce qu'est une maison de naissance, et on leur présente l'accompagnement global, ensuite ils laissent leur coordonnées si ils sont intéressés et on fait ensuite une sélection on fonction de la place et on répond ensuite positivement ou négativement. Donc il y a une déjà grosse sélection et ensuite elles auront une première rencontre avec la sage-femme qui leur ait attribuée.

Ce qui correspond à l'entretien du 4^{ème} mois ?

Oui c'est ça, on les voit souvent après la première échographie, on fera l'ouverture du dossier médical, on reparle du projet et on vérifie que ça convient et que la patiente et son conjoint sont toujours intéressés. Ensuite les rendez-vous sont mensuels et durent 1h30 parce qu'ils comprennent la consultation et la préparation à la naissance, nous on différencie pas les deux on les propose ensemble. Sur le dernier trimestre on rapproche les rendez-vous tous les 15 jours-3 semaines.

Ensuite après l'accouchement elles rentrent chez elles 6 à 12h après et on passe les voir à domicile toutes les 48h, donc on y va le lendemain, à J3 et J5, il faut aussi qu'elles prennent rendez-vous en ville avec un pédiatre. On propose ensuite une visite intermédiaire à dix jours au CALM, et après la visite post-natale 6 à 8 semaines après l'accouchement. Mais tout ça c'est très modulable en fonction des besoins de chaque maman et des bébés.

Pour revenir sur la préparation à la naissance est individuelle ?

Oui, il peut y avoir de temps en temps des choses proposées en groupe mais c'est assez rare. Avant je faisais de la relaxation en groupe, mais c'est pas très courant, souvent la préparation est individuelle. Après ici on a une association d'usagers qui organise souvent des choses autour de la périnatalité comme l'allaitement, le portage etc, et donc ça ça permet une dynamique de groupe et des échanges à côté.

Le jour de l'accouchement comment ça se passe, les patientes vous appellent en amont ?

Elles appellent parce que nous on est chez nous, alors des fois on est sur place mais souvent on est chez nous, et on convient ensemble du moment où elles doivent venir. Alors parfois c'est tout de suite, mais parfois quand c'est des primi on guide le début de travail par téléphone et on convient ensuite quand on se retrouve au CALM.

Et la sage-femme vient toute seule ou est-ce qu'elle a une aide ?

Alors la sage-femme vient toute seule mais ensuite une deuxième sage-femme vient au moment de l'accouchement, ça c'est pareil c'est dans le cadre de la loi. Donc nous on a un pool de sages-femmes d'appui pour la nuit et le week-end, parce que la semaine et en journée on est là donc c'est nous, mais la nuit et le week-end c'est d'autres sages-femmes qui viennent nous soutenir et c'est majoritairement des sages-femmes libérales.

On va parler maintenant du travail et de l'accouchement, qu'est-ce qui est proposé à une femme en travail, des bains, des lianes, des visites ?

Tout se discute pendant la préparation avec la sage-femme, si elles veulent venir avec leur sœurs, leurs enfants elles peuvent, dans la limite du raisonnable, après c'est pas le plus courant, le plus courant c'est qu'elles viennent avec leur conjoint, mais parfois on a des demandes un peu particulières et dans ce cas-là on en discute et elles peuvent faire ce qu'elles veulent dans la limite du raisonnable. Ensuite au CALM elles ont accès à des baignoires, aux suspensions, aux ballons, aux tapis de sol, elles peuvent amener ce qu'elles veulent, c'est comme chez soi avec un petit peu plus d'espace en général.

Et ensuite pour l'accouchement vous faites des naissances dans l'eau ?

Oui, 1/3 à peu près. En fait on a analysé l'année dernière et on a 1/3 d'accouchements dans l'eau, 1/3 qui n'utilisent pas la baignoire et 1/3 qui l'utilisent.

Par rapport aux transferts maintenant, vous avez des chiffres ?

Oui bien sûr, on doit les transmettre à l'ARS tous les ans. Alors pour les transferts ET les ré-hospitalisations en 2016 on en a eu 37,40% et en 2017 on en a eu 37% donc c'est stable. Après c'est plus fréquent chez les primis, les primis c'est à peu près 1/2 et les multis 1/5.

Une dernière question pour terminer, combien ça coûte pour une patiente d'accoucher au CALM ?

Nous on a du dépassement d'honoraire et il est à peu près annoncé à 900 euros. Après on s'est toujours arrangé pour les gens qui ne pouvaient pas payer, du coup on prenait un peu

moins. Maintenant on a aussi un fond de solidarité mis en place par l'association pour les patientes qui ne peuvent pas payer le dépassement d'honoraire et pour que ça soit accessible au plus grand nombre.

Merci beaucoup !

Annexe III)

Photos du Queen Charlotte Birth Centre



Bâtiment principal



Salle d'attente et salle de préparation à la naissance



Chambre de travail et d'accouchement avec baignoire pour les "water births"



Chambre post-accouchement avec salle de bain en suite

Annexe IV)

Questionnaire destiné aux femmes françaises

1) Quel âge avez-vous?

20-25

26-30

31-40

2) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

Agriculteur exploitant

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre ou profession intellectuelle supérieure

Profession intermédiaire

Employé

Ouvrier

Etudiant en santé

Etudiant autre

Demandeur d'emploi

Femme au foyer

Autre

3) Combien avez-vous d'enfants ?

0

1

2

3

4

5 et plus

4) Si vous avez des enfants, dans quelle type de structure avez-vous accouché?

5) Selon vous, quelles sont les différents choix de lieux possibles pour accoucher en France ?

L'hôpital

Les maisons de naissance

A domicile avec une sage-femme

Les cliniques

6) Savez-vous ce qu'est une maison de naissance ?

Oui

Non

7) Si oui, pouvez-vous expliquer ce que vous en savez en quelques mots ?

8) A votre avis, existe-t-il des maisons de naissance en France ?

Oui

Non

Je ne sais pas

9) Sachant qu'une maison de naissance est une structure gérée uniquement par des sages-femmes, réalisant l'accouchement des femmes dont elles ont assuré le suivi de grossesse, sans l'aide de médecin, de manière physiologique et avec un accompagnement personnalisé. La péridurale n'est pas accessible dans ces structures et en cas de pathologie, la patiente est transférée à l'hôpital qui est rattaché à la maison de naissance. Aimerez-vous ou auriez-vous aimer bénéficier d'un suivi en maison de naissance ?

Oui

Non

Je ne sais pas

10) Si non, pourquoi ?

11) Rangez les éléments suivant de la prise en charge en maison de naissance par ordre d'importance pour vous.

Nombre restreint d'interlocuteurs pour le suivi de grossesse

Accompagnement personnalisé, disponibilité et soutien psychologique important

Connaître la sage-femme qui sera présente le jour de l'accouchement

Moins de gestes médicaux réalisés

Plus grande liberté de décision et de mouvement

Cadre chaleureux et accueillant

Nombre restreint d'interlocuteurs pour le suivi de grossesse

Accompagnement personnalisé, disponibilité et soutien psychologique important

Connaître la sage-femme qui sera présente le jour de l'accouchement

Moins de gestes médicaux réalisés

Plus grande liberté de décision et de mouvement

Cadre chaleureux et accueillant

12) Répondez aux affirmations suivantes concernant les maisons de naissance

Pas du tout d'accord/Pas d'accord/Plutôt pas d'accord

Indifférent

Plutôt d'accord/D'accord/Tout à fait d'accord

L'absence de médecin directement sur place est un inconvénient.

L'impossibilité d'accès à la péridurale est un inconvénient.

La possibilité éventuelle de transfert vers l'hôpital en cas de pathologie est un inconvénient.

L'absence de médecin directement sur place est un inconvénient.

L'impossibilité d'accès à la péridurale est un inconvénient.

La possibilité éventuelle de transfert vers l'hôpital en cas de pathologie est un inconvénient.

13) Décrivez en quelques mots ce qu'est pour vous un accouchement physiologique.

Annexe V)

Questionnaire destiné aux femmes anglaises

1) How old are you ?

Between 20 and 25

Between 26 and 30

Between 31 and 40

2) What social category describes yours best?

Higher professional and managerial workers

Lower managerial and professional workers

Intermediate occupations

Small employers or self-employed

Home mum

Health student

Other student

Unemployee

Other

3) How many children do you have?

0

1

2

3

4

5 or more

4) If you have children, in what capacity did you give birth?

5) To your knowledge, what are the different options as to where to give birth in England?

Hospital

Birth centre

At home with a midwife

Other

6) Do you know what a birth centre is?

Yes

No

7) If you do, could you explain what you know in a few words?

8) To your knowledge, are there any birth centres in England?

Yes

No

I don't know

9) Knowing that a birth centre (midwife-led unit) is a place where only midwives are in charge, and where they help their patients give birth without any medical intervention. Epidurals are not available and moral support from the midwives is essential. If any problem occurs, the patient is transferred to the nearest hospital. Would you have liked or would you like to give birth in a birth centre?

Yes

No

I don't know

10) If your answer was "no" to the previous question, could you explain why?

11) Put the following advantages of a birth centre in order of importance

Fewer different carers

Personalised care, moral support and availability

Knowing the midwife who is going to be there for the birth

Less medical interventions

Having a bigger role in the decision making

A welcoming environment

Fewer different carers

Personalised care, moral support and availability

Knowing the midwife who is going to be there for the birth

Less medical interventions

Having a bigger role in the decision making

A welcoming environment

12) Comment the following statements concerning birth centres.

Completely disagree/Disagree/Partly disagree

Indifferent

Partly agree/Agree/Completely agree

The absence of doctor is a disadvantage

Not being able to have an epidural is a disadvantage

In case anything goes wrong, having to be transferred is a disadvantage

The absence of doctor is a disadvantage

Not being able to have an epidural is a disadvantage

In case anything goes wrong, having to be transferred is a disadvantage

13) If you have children, have you ever given birth in a birth centre (midwife-led unit) before ?

Yes

No

14) How would you describe your experience in the birth centre?

15) Describe in a few words what a physiological birth is to you.

Résumé

Objectifs :

Ce mémoire a pour objectif de faire un état des lieux du ressenti et des attentes des femmes françaises sur l'accouchement physiologique et plus particulièrement sur le système de maisons de naissances en France.

A travers ce travail nous avons souhaité faire découvrir le modèle anglo-saxon de maisons de naissance afin de le comparer au fonctionnement français et ainsi d'ouvrir de nouvelles perspectives d'avenir à ces structures encore peu connues et peu développées sur notre territoire.

Méthodes :

Entretiens semis-directifs réalisés auprès de sages-femmes française et anglaise travaillant en maison de naissance en France ainsi qu'en Angleterre, et journée d'observation dans un birth centre Londonien.

Questionnaires destinés à deux populations comparables de femmes françaises et anglaises afin de faire le point sur leurs connaissances concernant ces établissements et concernant l'accouchement physiologique de manière plus générale à des fins comparatives.

Conclusion :

Les femmes françaises, tout autant que les femmes anglaises, sont désireuses de plus de liberté de choix quant aux différentes méthodes et lieux possibles d'accouchement et souhaitent que les structures de types maisons de naissance se développent. Cependant le modèle de maison de naissance tel qu'il existe actuellement, ainsi que la rareté de ces structures sur notre territoire ne permet pas un accès égal pour toutes les femmes qui le souhaitent.

L'offre de soin autour de la naissance doit se diversifier en France de manière équitable et durable pour augmenter la satisfaction des couples.

Mots clés :

Maison de naissance

Accouchement physiologique

Birth Centre

Diversifier

Offre de soin

Satisfaction