

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-femme

Choix du lieu d'accouchement
par les femmes à Nantes

ROELLY Sigrid

Née le 05 Septembre 1984

Directeur de mémoire : Docteur BRANGER Bernard
Promotion 2004-2008

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : GENERALITES.....	2
1. Historique.....	2
1.1 De l'accouchement à domicile à l'accouchement en milieu hospitalier.....	2
1.2 Restructuration des maternités.....	2
1.2.1 Nouveau plan périnatalité 1994.....	2
1.2.2 Décrets du 9 Octobre 1998.....	2
1.2.2.1 Classification des maternités.....	2
1.2.2.2 Orientation des femmes suivant leur niveau de risque obstétrical.....	3
1.2.2.3 Diminution de l'offre obstétricale.....	3
2. L'offre de soins obstétricaux aujourd'hui.....	3
2.1 L'accouchement à domicile.....	4
2.2 Les maternités.....	4
2.2.1 Les structures.....	4
2.2.1.1 Niveau de soin pédiatrique des maternités.....	5
2.2.1.2 Taille des maternités.....	5
2.2.1.3 Organisation du suivi.....	5
2.2.1.4 Inégalités géographiques.....	6
2.2.2 Leurs activités.....	6
2.3 Problématique.....	7
2.3.1 Une augmentation croissante des dépenses médicales.....	7
2.3.2 Des performances périnatales moyennes.....	7
2.3.3 Une crise de recrutement des soignants.....	7
2.3.4 Des maternités surchargées.....	7
3. Vers une modification de l'offre obstétricale.....	8
3.1 Plan périnatalité 2005-2007 [source].....	8
3.2 Une demande.....	8
3.2.1 De la part des usagers ?.....	8
3.2.1.1 Satisfaction de la plupart des femmes.....	8
3.2.1.2 Accoucher "naturellement" : une demande qui existe.....	9

3.2.2 De la part des professionnels ?	9
3.3 Vers une diversification de l'offre de soins	9
3.3.1 Une redéfinition de la grossesse ?	9
3.3.1.1 Grossesse définie comme a priori pathologique.....	9
3.3.1.2 Remise en cause de la surmédicalisation ?.....	10
3.3.1.3 Une évolution des pratiques.....	10
3.3.2 Développement des centres périnataux de proximité	10
3.3.3 Développement de l'hospitalisation à domicile	11
3.3.4 Les maisons de naissance : un projet ?	11
3.3.4.1 Définition et historique.....	11
3.3.4.2 Etat des lieux en France.....	11
3.3.5 Diversification de la prise en charge.....	12
4. L'offre de soin à Nantes	12
4.1 Etat des lieux en Pays de la Loire	12
4.2 Présentation des différentes maternités de Nantes	13
4.2.1 La Polyclinique de l'Atlantique.....	13
4.2.2 Le CHU : Hôpital de la Mère et de l'Enfant.....	13
4.2.3 La clinique Jules Verne : Maison de la Naissance	13
4.2.4 La clinique Brétéché	13

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE.....14

1. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche	14
1.1 Objectifs de l'étude	14
1.2 Hypothèses de recherche	14
2. Matériel et méthodes.....	14
2.1 Population étudiée.....	14
2.1.1 Choix de l'enquête et de l'échantillon	14
2.1.2 Effectifs	14
2.2 Durée et déroulement de l'étude.....	15
2.2.1 Durée de l'étude	15
2.2.2 Modalités de distribution	15
2.3 Spécificités des questionnaires.....	15
2.3.1 Caractéristiques.....	15

2.3.2	Exploitation du questionnaire	15
2.3.3	Méthodes statistiques	15
3.	Résultats.....	16
3.1	Etude de la représentativité de l'échantillon	16
3.1.1	Comparaison aux statistiques des établissements en 2006	16
3.1.2	Comparaison aux résultats de l'enquête nationale périnatale 2003.....	16
3.2	Caractéristiques sociologiques de la population selon les maternités	18
3.2.1	L'âge et la situation familiale	18
3.2.2	La catégorie socioprofessionnelle et l'activité habituelle des parents	19
3.2.3	Couverture sociale, mutuelle complémentaire, aides de l'état.....	21
3.2.4	Antécédents personnels	21
3.2.5	Lieu de vie et origine géographique	21
3.2.5.1	Lieu de vie.....	21
3.2.5.2	Origine géographique.....	22
3.3	Suivi de la grossesse	23
3.3.1	Déclaration de la grossesse	24
3.3.2	Professionnels qui ont suivi la grossesse	25
3.3.3	Déroulement de la grossesse.....	26
3.3.4	Attentes particulières concernant l'accouchement	27
3.3.5	Typologie des femmes.....	27
3.4	Choix du lieu d'accouchement	29
3.4.1	Moment du choix	29
3.4.2	Raisons du non-choix du lieu d'accouchement.....	29
3.4.3	Conseils sur le choix du lieu d'accouchement	30
3.4.4	Les raisons du choix du lieu d'accouchement par les femmes.....	31
3.5	Déroulement de l'accouchement et des suites de couches	35
3.6	Satisfaction	36
3.6.1	Satisfaction.....	36
3.6.2	Critères qui ont le plus compté.....	37
3.6.3	Critiques	38
3.6.4	Et pour une prochaine éventuelle grossesse	38

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	39
1. Biais et limites de l'étude	39
1.1 Les biais	39
1.2 Les limites	39
2. Interprétation des résultats	39
2.1 Rappel des principaux résultats par maternité	39
2.1.1 Maternité A	39
2.1.2 Maternité B	40
2.1.3 Maternité C	41
2.1.4 Maternité D	42
2.2 Répondre aux objectifs de l'étude et hypothèses de recherche	43
2.3 Comparaisons des résultats à ceux d'autres études	44
2.3.1 Orientation des femmes suivant le statut de la maternité	44
2.3.2 Les quatre types de confiance	45
2.3.3 Critères de choix du lieu d'accouchement	46
2.3.3.1 Critères de choix du lieu d'accouchement	46
2.3.3.2 Différences régionales	47
2.3.3.3 Différences selon les caractéristiques individuelles des femmes	48
2.3.3.4 Importance des critères subjectifs	48
2.3.3.5 Et concernant l'accouchement à domicile	49
2.3.4 Sources de conseils pour le choix du lieu d'accouchement	49
2.3.5 Satisfaction	49
3. Propositions d'organisation du suivi de la grossesse et de l'accouchement sur l'agglomération nantaise	50
3.1 Orientation des femmes suivant leur niveau de risque	50
3.1.1 Par une information	50
3.1.1.1 Information des femmes	50
3.1.1.2 Information des médecins, des sages-femmes	51
3.1.2 Les listes d'inscription	51
3.1.3 Dossiers de suivi	52
3.2 Respecter le choix du lieu d'accouchement de la femme.	52
CONCLUSION	53
BIBLIOGRAPHIE	

ANNEXE 1

INDEX

ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
APD : Anesthésie Péridurale
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
CASSF : Collectif Associatif et Syndical des Sages-Femmes
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNSF : Conseil National des Sages-Femmes
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DOM : Départements d'Outre Mer
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGN : Etats Généraux de la Naissance
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Comité de la Santé Publique
HDD : Hémorragie de la Délivrance
MAVEU : Mauvaise Adaptation à la Vie Extra Utérine
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PSPH : établissements privés Participant au Service Public Hospitalier

INTRODUCTION

Les maternités françaises ont connu de nombreux changements au cours de ces dernières années.

La remise d'un rapport établi par le HCSP et la constatation du retard de la France par rapport à d'autres pays européens en matière de santé périnatale, ont conduit le gouvernement à élaborer en Avril 1994 un nouveau plan pour la périnatalité, mis en application par les décrets du 9 Octobre 1998. Il visait à améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. De nouvelles conditions techniques de fonctionnement, en termes de locaux, d'équipements, et de présence des personnels médicaux et paramédicaux, ont été exigées, entraînant un certain nombre de regroupements de maternités, et de fermetures.

La France se trouve aujourd'hui face à une problématique : les dépenses médicales ne cessent de croître, les performances périnatales restent moyennes comparées à celles d'autres pays européens, les maternités sont surchargées et doivent faire face de plus à une crise de recrutement des soignants. La région des Pays de la Loire est loin d'échapper à la règle : c'est la deuxième région la plus féconde, et la démographie médicale est inférieure à la moyenne nationale.

La compréhension des critères de choix du lieu d'accouchement est importante pour pouvoir répondre aux besoins de la population, prédire les changements dans l'utilisation des systèmes de soins, appuyer les politiques de santé publique. Malgré son importance, il existe très peu d'études à ce sujet en France.

L'objectif de notre étude est d'apprécier les critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes à Nantes et de déterminer s'il existe des différences entre les maternités.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

1. Historique

1.1 De l'accouchement à domicile à l'accouchement en milieu hospitalier

L'accouchement à domicile a longtemps été la règle. Jusque dans les années 1930, et encore plus tard dans les campagnes, la maison était le principal lieu où l'on donnait naissance. Au début du XX^{ème} siècle, 80 % des accouchements se déroulait encore à domicile. La création de la Sécurité Sociale en 1945, et les progrès médicaux (diminution de la mortalité maternelle et infantile, diffusion de l'anesthésie péridurale), ont orienté les femmes vers le milieu hospitalier, où elles se sentent désormais plus en sécurité. Aujourd'hui, seule une minorité de femmes accouche à domicile. [2]

1.2 Restructuration des maternités

1.2.1 Nouveau plan périnatalité 1994

Les maternités françaises ont connu de nombreux changements au cours de ces dernières années. Dans les années 1970, un processus de restructuration a été mis en œuvre avec un mouvement de concentration des maternités de plus en plus important.

Entre 1970 et 1980, un plan gouvernemental sur la périnatalité a permis à la France d'améliorer la situation sanitaire liée à l'accouchement, mais elle restait en retard par rapport aux autres pays industrialisés. En 1990, elle se trouvait seulement au 13^{ème} rang sur les 18 pays de l'OCDE concernant la mortalité périnatale et infantile, et au 15^{ème} rang concernant la mortalité maternelle [35-40]. Cette constatation et la remise d'un rapport établi par le HCSP ont conduit le gouvernement à élaborer en Avril 1994 un nouveau plan pour la périnatalité, visant à améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance [46]. Il sera mis en application par les décrets du 9 Octobre 1998.

1.2.2 Décrets du 9 Octobre 1998

1.2.2.1 Classification des maternités

Les maternités sont désormais classées en 3 types, selon leurs capacités de prise en charge **pédiatrique**. Une maternité de type 1 ne dispose pas de service de néonatalogie ou de réanimation néonatale sur le site, une maternité de type 2 A dispose uniquement d'un service de néonatalogie sur le site, une maternité de type 2 B dispose d'un service de néonatalogie et de soins intensifs néonataux sur le site, enfin, une maternité de type 3 dispose d'un service de néonatalogie néonatale et de réanimation néonatale sur le site. [54]

1.2.2.2 Orientation des femmes suivant leur niveau de risque obstétrical

Les maternités sont appelées à constituer des réseaux de collaboration à l'intérieur des régions, avec comme objectif principal l'orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque obstétrical vers les structures disposant de l'environnement pédiatrique et maternel nécessaire [54]. Pendant longtemps, le risque existant pour l'enfant ou pour la mère était pris en charge seulement après la naissance, avec l'organisation de transferts [32]. De nombreuses études ont démontré une diminution importante de la mortalité et de la morbidité lourde néonatale avec l'organisation de transferts in utero. [15-16-21-32-37]

Cette organisation existait déjà sur le terrain, avant l'apparition des décrets, avec néanmoins de fortes disparités au niveau national : certaines régions y œuvraient depuis des dizaines d'années, comme les Pays de la Loire (les premières recommandations dataient de 1986), d'autres n'étaient pas du tout couvertes [6-15-30-32]. Aux Etats-Unis, au Canada, en Grande-Bretagne, et aux Pays-Bas, la régionalisation des soins périnataux existait déjà depuis le début des années 1970. [35]

Elle signifie l'orientation des femmes « à risque » vers les maternités de type 2 ou 3, mais aussi l'orientation des femmes « à bas risque » vers les maternités de type 1, et il s'agit là d'une véritable mutation culturelle. En effet, il a été considéré pendant longtemps en France, comme dans beaucoup d'autres pays industrialisés, que les prises en charges adaptées pour les femmes à haut risque de complications représentaient, dans une certaine mesure un optimum pour les femmes à bas risque. Cette évolution aurait eu lieu dans un souci général de réduire les dépenses médicales (limiter les examens inutiles), et un désir de mieux répartir les professionnels de santé. [6-21]

1.2.2.3 Diminution de l'offre obstétricale

De nouvelles conditions techniques de fonctionnement, en termes de locaux, d'équipements, et de présence des personnels médicaux et paramédicaux, ont été exigées, entraînant un certain nombre de regroupements de maternités, et également de fermetures. [32-55]

De plus, les maternités qui réalisaient moins de 300 accouchements par an ont du fermer en dehors de celles qui justifiaient d'une exception géographique [54]. Le HCSP avait mis en avant dans son rapport de 1994 la trop faible expérience de leurs praticiens devant des événements graves et rares, et des ressources insuffisantes en personnel de santé [46]. Ces petites maternités pouvaient continuer, si elles le souhaitaient, d'exercer leurs activités pré et postnatales, sous l'appellation de "centre périnatal de proximité". Elles bénéficiaient par convention du concours d'une maternité, garantissant ainsi une prise en charge de qualité en proximité. Il en existe un peu plus d'une cinquantaine aujourd'hui. [48]

2. L'offre de soins obstétricaux aujourd'hui

Il existe de grandes variations entre les pays européens ayant des résultats sanitaires voisins concernant les modalités de prise en charge des femmes enceintes. Dans certains pays, les femmes sont prises en charge quasi exclusivement par les gynécologues-obstétriciens, dans d'autres pays, elles sont prises en charge essentiellement par les sages-femmes, ou les médecins généralistes

(pays scandinaves, Pays-Bas, Royaume-Unis), dans d'autres pays encore, par les infirmières de santé communautaire (Belgique). Les lieux de prise en charge varient également entre le domicile, les maisons de naissance, et l'hôpital. [6-59]

En France, les usagers du système de santé, en dehors de l'urgence, sont libres de choisir les professionnels ou les institutions qui les prennent en charge [4]. De quels choix dispose une femme enceinte concernant le lieu d'accouchement ?

2.1 L'accouchement à domicile

En France, il concernerait seulement une minorité de femmes, avec 1300 accouchements à domicile par an [4]. Dans les Pays de la Loire, on estime ce nombre entre 30 et 40 par an. [58]

Les sages-femmes qui les pratiquent sont rares : aucune assurance ne les couvre en cas de plaintes et le réseau de soins n'est pas organisé pour assurer une sécurité optimale aux femmes. Pour les parents, le parcours n'est pas simple. Outre la difficulté de trouver une sage-femme qui accepterait de les accompagner dans leur projet, le remboursement des frais de visites et de l'accouchement par la Sécurité Sociale serait parfois difficile. De plus, ils doivent faire face à la désapprobation de la famille et de la société. [2]

Une enquête sur l'opinion des femmes françaises sur l'accouchement à domicile a été réalisée en 2000, auprès de 106 femmes (questionnaires distribués dans deux maternités de type 1 et une maternité de type 3). Plus d'une femme interrogée sur deux pensait que l'accouchement à domicile pourrait ou devrait être proposé ; une femme interrogée sur cinq estimait qu'il ne devrait jamais être proposé, et 2% des femmes interrogées pouvait l'envisager pour leur grossesse en cours. [17]

2.2 Les maternités

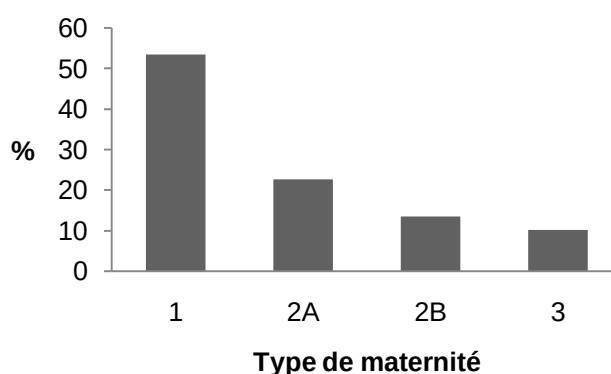
2.2.1 Les structures

Les maternités se différencient entre elles par leur statut, public, PSPH, ou privé, par leur niveau d'équipement pédiatrique, leur taille, et par leur orientation vers une philosophie éventuelle (haptonomie, sophrologie, accouchement dans l'eau,...).

Les données dont nous disposons concernent la France entière en 2003. 643 maternités étaient recensées, dont 618 en métropole, et 25 dans les DOM. [47]

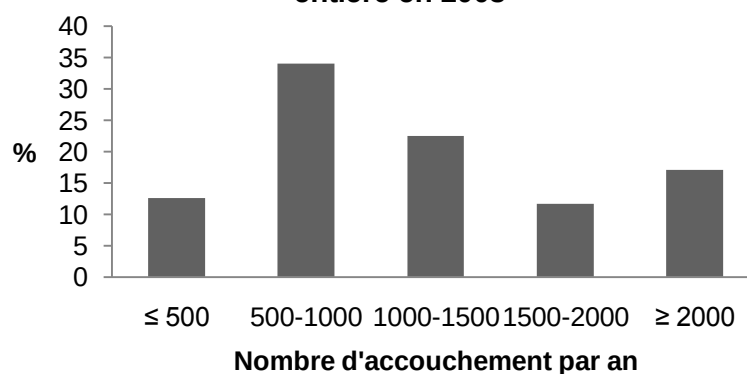
2.2.1.1 Niveau de soins pédiatriques des maternités

Figure 1 : Taux des maternités suivant le niveau de soins pédiatriques dans la France entière en 2003



2.2.1.2 Taille des maternités

Figure 2 : Taux des maternités par nombre d'accouchement annuel dans la France entière en 2003



Le statut et la taille des maternités variaient beaucoup suivant leur niveau de soin pédiatrique. Plus de la moitié des maternités de type 1 dépendaient du secteur privé, contre 3 % seulement pour les maternités de type 3. Une grande majorité des maternités de type 3 (89.4%) réalisaient 1500 accouchements ou plus par an, contre 8,7 % dans les maternités de type I.

2.2.1.3 Organisation du suivi

Un anesthésiste réanimateur était présent en permanence dans 57.6 % des maternités (secteur naissance ou établissement), un gynécologue dans 40.4 % des maternités, et un pédiatre dans 23.1% des maternités. 51.3 % des accouchements étaient réalisés par un gynécologue-obstétricien, et 47.5 % par une sage-femme. Le bloc obstétrical pour les césariennes était très rarement en dehors de la maternité (3.6 % des cas), y compris dans les maternités de niveau 1.

La majorité des maternités (90 %) organisait des consultations prénatales, et proposait des cours de préparation à la naissance.

41 % des maternités faisaient partie d'un réseau ville-hôpital et 91 % d'un réseau périnatal inter-hospitalier.

2.2.1.4 Inégalités géographiques

L'offre de soins obstétricaux n'est pas répartie de façon homogène sur le territoire : il existe des disparités régionales et selon le milieu, urbain ou rural.

Elle peut être concentrée sur un établissement ou une organisation principale, ou au contraire, être répartie entre de multiples établissements. Les régions les plus dotées en lits de niveau 2 et 3 ne correspondent pas non plus toujours à celles les plus exposées aux risques [2-4]. Pour de nombreuses villes, la maternité de niveau 3 représente la seule structure publique, remplissant alors sa mission de proximité [59].

2.2.2 Leurs activités

La France est le pays d'Europe le plus fécond, après l'Irlande (indice de fécondité : 1.98 enfants / femme). En 2007, on comptait 816 500 naissances dans la France entière.

Les données dont nous disposons concernent ici la France métropolitaine en 2003. [47]

61.2 % des accouchements ont eu lieu dans des établissements publics, 5 % dans des établissements privés à but non lucratif PSPH, et 33.8 % dans des établissements privés à but lucratif.

Figure 3 : Taux accouchement suivant le type de la maternité en France métropolitaine en 2003

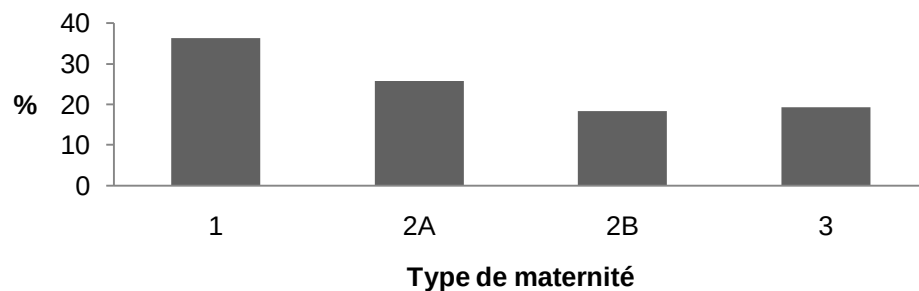
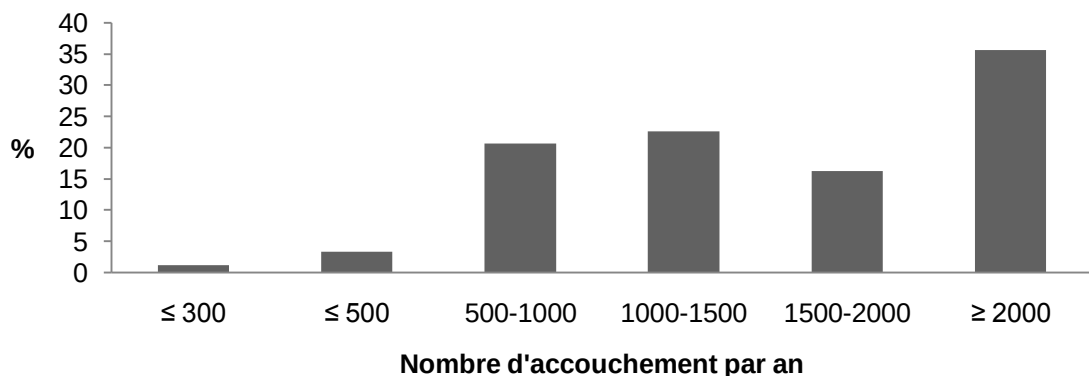


Figure 4 : Taux d'accouchement selon la taille de la maternité en France métropolitaine en 2003



Le lieu d'accouchement a changé entre les 2 enquêtes nationales périnatales (1998, 2003) : il s'agit le plus souvent d'une maternité publique et surtout d'une maternité de plus grande taille ; ce qui est le résultat des fermetures et des fusions de maternités suite au plan périnatalité de 1994. [7]

2.3 Problématique

2.3.1 Une augmentation croissante des dépenses médicales

Depuis les années 1970, on assiste à une médicalisation croissante de toutes les grossesses et accouchements. L'offre de soin apparaît de plus en plus sophistiquée (surtout dans les maternités de type 3), et le volume des consommations et des dépenses médicales ne cesse d'augmenter. Aujourd'hui, comme dans de nombreux pays industrialisés, la croissance des coûts de santé est plus importante que celle de la richesse nationale. [1]

2.3.2 Des performances périnatales moyennes

Malgré des dépenses de santé élevées, les performances périnatales restent moyennes en France comparées à celles de d'autres pays européens. En 2003, sur 14 pays recensés par l'OCDE, la France n'occupait que le 11^{ème} rang européen concernant la mortalité maternelle et le 8^{ème} rang européen concernant la mortalité périnatale.

2.3.3 Une crise de recrutement des soignants

Les maternités doivent faire face à une crise de recrutement concernant les gynécologues-obstétriciens, pédiatres néonatalogistes, anesthésistes, et sages-femmes [28-59]. Ces professions sont réparties de façon très inégale sur le territoire, par secteur d'exercice et par type d'établissement. Par ailleurs, l'application en 2003 des lois sur la réduction du temps de travail et sur le repos de sécurité après les gardes a dégagé du temps de travail correspondant à des postes supplémentaires. Le vieillissement des effectifs et l'importance des départs en retraite posent de plus le problème du renouvellement des professionnels de la santé. L'Etat, en réponse, a augmenté le numerus clausus de ces professions, mais les mesures prises ne donneront leur plein rendement que dans quelques années. Le manque d'infirmières puéricultrices en services de soins néonataux serait également responsable de fermeture de lits (EGN 2003).

2.3.4 Des maternités surchargées

Entre 1996 et 2000, suite aux décrets de 1998, le nombre de maternités a diminué de 16.4 % ; le nombre de lits de gynécologie-obstétrique a diminué de 6 %, et le nombre de lits pour 1000 accouchements est passé de 34.2 à 30.6. Les maternités ont du intensifier leurs activités et leurs capacités d'accueil (avec une moyenne de 1500 accouchements par an aujourd'hui contre 840 en 1996), en partie responsable d'une augmentation importante d'accouchements dans les maternités de type 2 et 3 [59]. Depuis quelques années, les maternités ont souvent des difficultés à faire face à la demande, et ce d'autant plus quand elles sont de niveau élevé ou de grande taille. Les femmes doivent s'inscrire toujours plus tôt dans les maternités de leur choix. En 2003, environ un quart des maternités disait ne pouvoir assurer un suivi de grossesse complet pour toutes les femmes ; 27,5 % des maternités de type III déclarait devoir transférer au moins une femme par mois au moment de l'accouchement par manque de place et 39,3 % refuser au moins un transfert in utero par mois pour les mêmes raisons [28-47]. Les services de soins néonataux ne peuvent parfois pas recevoir des

prématurés nés au sein même de leur établissement [28]. Enfin, la durée de séjour en post-partum est de plus en plus courte.

Cela est dû en partie à l'augmentation concomitante des naissances, des grossesses multiples, et de la prématurité, mais aussi à une mauvaise orientation des femmes suivant leur niveau de risque. Le pourcentage de femmes dites « à bas risque » aurait tendance à augmenter au sein des maternités de niveau 3 : en 2000, il aurait été de 10%, aujourd'hui il atteindrait 15% voire 20 % [28-59]. En 2000, presque la moitié des femmes à bas risque aurait accouché dans des maternités de niveau 2 ou 3 [10].

3. Vers une modification de l'offre obstétricale

3.1 Plan périnatalité 2005-2007 [48]

Dans le plan périnatalité 2005-2007, il a été préconisé une mise aux normes de toutes les maternités avant 2006 (application des décrets de 1998), et l'ARH (SROS de 3ème génération) a été invitée à évaluer les risques à maintenir ou non une activité en obstétrique (rapport rédigé en Mars 2006, 5 ans pour sa mise en œuvre). Les conséquences à venir vont être des regroupements et fermetures de maternités dans l'objectif de plus de sécurité.

Afin de limiter les dépenses de santé, de « désengorger » les maternités de type et de taille élevés, et enfin de répartir au mieux les spécialistes, le plan périnatalité 2005-2007 a proposé de regrouper les plateaux techniques, de mieux orienter les femmes enceintes suivant leur niveau de risque obstétrical, et enfin de diversifier l'offre périnatale.

Une étude sur l'adéquation de la prise en charge des mères dans les services d'obstétrique a également été souhaitée (actuellement, la définition des types des maternités est basée sur le niveau de prise en charge **pédiatrique** seulement...).

3.2 Une demande

3.2.1 De la part des usagers ?

3.2.1.1 Satisfaction de la plupart des femmes

Les conditions actuelles de la naissance conviennent à une grande majorité de femmes. Elles ont pour la plupart un « besoin » technologique. Accoucher dans une maternité de niveau élevé peut être perçu comme une garantie supérieure, quelque soit le niveau réel du risque encouru. Une presse très attentive aux événements à sensations pourrait expliquer cette recherche de la sécurité par la multiplicité d'examen complémentaires. Face à cette demande technique, et l'inflation du contexte médico-légal, le corps médical modifie ses pratiques : le contenu de la catégorie à haut risque ne cesse de croître (ex : accouchement par le siège), et de plus en plus d'examen complémentaires sont prescrits. [2-10-28]

3.2.1.2 Accoucher naturellement : une demande qui existe

Accoucher « naturellement » est aussi une demande qui existe. Actuellement, environ un quart des femmes en France exprimerait le souhait d'une moindre technicité et d'une plus grande personnalisation des soins. [59]

La légitimité de l'expression des droits des usagers a été rappelée avec la loi du 4 Mars 2002 : l'utilisateur est reconnu comme un acteur du système de soins à part entière [18]. Les usagers sont de plus en plus représentés dans le secteur de la naissance : aux commissions de l'HAS, aux conseils d'administration des hôpitaux, aux commissions régionales et nationales de la naissance, aux réseaux périnatalité, ... mais ils sont loin encore de constituer un « contre-pouvoir ».

Les associations d'usagers se sont également multipliées depuis les années 2000. Elles revendiquent plus d'écoute, plus d'autonomie, un plus grand respect de la physiologie de la grossesse, un accompagnement personnalisé, et des maternités « à dimension humaine » [59]. En 2003, le CIANE a été créé : collectif citoyen d'associations, il rassemble 137 associations et plus de 150 000 adhérents. Leur principale demande est de recentrer l'activité des obstétriciens sur la pathologie et de « rendre la physiologie » aux sages-femmes, en leur permettant d'effectuer l'intégralité du suivi et de l'accompagnement de la femme enceinte, naissance comprise, dans les différents lieux possibles (maternités, maisons de naissance, domicile). [56]

3.2.2 De la part des professionnels ?

Le CIANE est soutenu par diverses associations de sages-femmes (le CNSF, l'ANSFL, le CASSF), qui affirment leur compétence et leur engagement dans cette prise en charge de grossesse « physiologique » et cet accompagnement des femmes, au cours de la grossesse et de l'accouchement. Elles dénoncent une médicalisation excessive qui s'est faite selon elles au détriment d'un accompagnement humain. [28-29-56-60]

A l'opposé, la médicalisation n'apparaît pas excessive pour la plupart des professionnels travaillant en maternité de niveau 3, surtout en ce qui concerne le suivi de la grossesse. La majorité ne souhaite pas non plus une disparition des grossesses à bas risque des maternités de niveau 3 : les obstétriciens souhaitent conserver une référence au physiologique, et pour les sages-femmes, les grossesses physiologiques restent l'essence même de leur profession. [60]

3.3 Vers une diversification de l'offre de soins

3.3.1 Une redéfinition de la grossesse ?

3.3.1.1 Grossesse définie comme a priori pathologique

En France, le taux de grossesses « physiologiques » n'est pas connu, car il n'existe pas de consensus sur sa définition. Il varie selon les sources entre 60 % et 90 %. Tout dépend de la définition du « normal », de la « cible » (état de la mère –physique, psychique, relationnel, ou état de l'enfant-malformation, vitalité, ou état obstétrical) et du moment (trimestre) [58]. Définir le pathologique est plus simple : les grossesses véritablement à haut risque seraient de l'ordre de 2 à 3%, et les grossesses à

risque non prévisibles moins de 1% mais à risque vital majeur. En France, toute grossesse est considérée a priori comme pathologique, ou pouvant potentiellement le devenir. [30-46]

La représentation de la grossesse est très différente selon le pays : aux Pays-Bas par exemple, on ne peut considérer une situation pathologique qu'au vu d'arguments solides. Dans la conception hollandaise, la grossesse est *a priori* physiologique, et ne suppose pas d'intervention médicale particulière pour une proportion importante de la population (environ 40% des femmes) [3-59]

3.3.1.2 Remise en cause de la « surmédicalisation » ?

Le rapport « mission périnatalité » remis en 2003 au Ministère de la Santé dénonce les effets néfastes pour la santé des mères et des nouveau-nés de la surmédicalisation du suivi des grossesses « normales » : « il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à risque, et moins (et mieux) dans les situations à faible risque. ». [9-28-59]

Cependant, l'HAS a émis de nouvelles recommandations en Mai 2007 concernant l'orientation des femmes enceintes en fonction des **situations à risque identifiées** et ne fait pas encore référence à l'orientation des femmes enceintes dites « à bas risque » [45]. De plus, la Charte des droits de la parturiente, votée par le parlement européen en 1988, qui reprend en grande partie les recommandations de l'OMS, n'a pas été ratifiée par la France. Cette Charte garantit le libre choix des femmes quant au lieu et aux conditions de naissance de leur enfant, et préconise la création de structures qui soient une alternative à l'accouchement en structure hospitalière. [2]

3.3.1.3 Une évolution des pratiques

Les français s'orientent cependant vers un changement des pratiques, avec :

- **une plus grande liberté des couples pendant le travail et l'accouchement** : l'HAS recommande d'encourager les parents à réaliser un projet de naissance (énoncé de leurs souhaits quant au déroulement de la grossesse et de la naissance de leur enfant) [44]
- **un plus grand respect de la physiologie de l'accouchement** : déambulation pendant une partie du travail, mise à disposition de ballons, baignoires, positions alternatives pour la naissance proposées,...
- **une plus grande écoute des nouveau-nés et une mise en avant de la relation parent-enfant** : examen clinique du bébé différé si l'état du bébé le permet, peau à peau privilégié, mise au sein précoce, projets hôpitaux « amis des bébés », ... [60]

3.3.2 Développement des centres périnataux de proximité

Le plan périnatalité 2005-2007 souhaite conforter et étendre le rôle et les missions des centres périnataux de proximité aux activités de gynécologie hors grossesse, de rééducation périnéale, et de pédiatrie ; il souhaite aussi expérimenter dans certains de ces centres l'hospitalisation en post-partum des femmes et de leurs nouveau-nés ; et enfin il aimerait assouplir leurs conditions de mise en place en permettant leur création dans des établissements où il n'y a jamais eu de site d'accouchements.

3.3.3 Développement de l'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile pour les femmes enceintes a été encouragée par les ordonnances du 4 Septembre 2003 et par le plan périnatalité 2005-2007. Elle permet la surveillance à domicile de grossesses à risque et la surveillance du post-partum lors d'un retour à domicile précoce des femmes qui le désirent.

3.3.4 Les maisons de naissance : un projet ?

3.3.4.1 Définition et historique

Une maison de naissance se distingue d'abord par son aménagement : chambres au nombre de 4 ou 5 qui ressemblent au domicile, l'objectif étant de recréer la chaleur et l'intimité du foyer. Elle se distingue ensuite par son personnel, qui est composé de sages-femmes autonomes, responsables de la maison, associées à 1 ou 2 gynécologues, qui n'interviennent qu'en cas de dystocie ; et enfin par sa philosophie de la naissance, qui repose sur la physiologie. Elle est ouverte aux femmes enceintes dont la grossesse, l'accouchement et le post-partum sont dits « à bas risque ». On y trouve une sage-femme référente pour chaque patiente pendant toute la durée de sa grossesse et son accouchement. La maison de la naissance est rattachée au centre hospitalier le plus proche, avec lequel les sages-femmes travaillent en étroite collaboration (possibilité de transferts). La patiente reste en général 24 h maximum après l'accouchement, le suivi est ensuite assuré par un service d'hospitalisation à domicile. Il existe une variante des maisons de naissance, que sont les centres de naissance : ils se différencient simplement par leur emplacement dans l'enceinte même d'une structure hospitalière. [2-39]

Les maisons de naissance se sont d'abord développées aux Etats-Unis à la fin des années 1980 puis une dizaine d'années plus tard en Europe. Il en existe actuellement en Allemagne, en Suisse, en Autriche, en Angleterre, en Suède, aux Pays-Bas, et depuis peu en Belgique, en Italie, en Espagne, et en Hongrie. Des initiatives sont en cours de réalisation au Luxembourg, en Pologne et... en France. [39]

3.3.4.2 Etat des lieux en France

Le plan périnatalité 2005-2007 a préconisé la mise en place à titre expérimental de « maisons de naissances », insérées dans un réseau de périnatalité et attenantes ou au sein des services d'obstétrique. [48]

Il existe plusieurs études randomisées à l'étranger qui ont comparé des services de sages-femmes ou des « maisons de naissance » aux salles de travail classiques, mais l'interprétation de ces résultats reste difficile en raison du nombre important de transferts vers une filière de soins conventionnels (souffrance fœtale aigue, stagnation de la dilatation...). De plus, le caractère souvent local des attitudes est difficile à extrapoler [16]. Les études ont montré une tendance à la diminution des interventions (césariennes,...), les résultats concernant la mortalité périnatale sont contradictoires [39]. Il est nécessaire d'évaluer ces structures en France.

Les maisons de naissance doivent-elles être indépendantes ou attenantes à des plateaux techniques ? Débat actuel qui explique les difficultés actuelles pour ouvrir ce nouveau type de structure. Le gouvernement et les instances représentatives des médecins spécialistes souhaitent que les maisons de naissance restent attenantes à des plateaux techniques par principe de sécurité ; et les associations d'usagers et les sages-femmes souhaitent, eux, une véritable indépendance. [2]

Des centres de naissance ont été mis en place, notamment au CHU de Strasbourg, situés au sein même du bloc obstétrical traditionnel [60]. Mais il n'existe encore aucune maison de naissance en France. L'expérimentation dans le contexte prévu par la DHOS est prévue sur une période de 3 ans ; elle n'a pas encore commencé et s'annonce difficile.

3.3.5 Diversification de la prise en charge

Alors que la surveillance prénatale a été pendant longtemps centrée sur le gynécologue- obstétricien, on semble s'orienter actuellement vers une prise en charge plus diversifiée associant davantage les sages-femmes et les médecins généralistes. [59]

Le plan périnatal 2005-2007 souhaite actualiser les textes relatifs à l'exercice des sages-femmes en fonction de leurs pratiques médicales actuelles. Il souhaite également étendre leur champ de compétences à certains actes pour obtenir un meilleur équilibre entre les tâches relevant du médecin et de la sage-femme, et pour valoriser le déroulement de leur carrière. Suite à la loi d'Août 2004, les sages-femmes ont désormais la possibilité de pratiquer la déclaration de grossesse, et leur champ de prescriptions a été élargi.

Le plan périnatal 2005-2007 souhaite aussi renforcer la formation des médecins généralistes en matière de prise en charge des femmes enceintes. [48]

4. L'offre de soin à Nantes

4.1 Etat des lieux en Pays de la Loire

Les Pays de la Loire est l'une des régions où la restructuration des maternités a été la plus vive : 34 maternités en 1995, 25 en 2003. Plus du tiers des maternités réalisent plus de 1500 accouchements / an contre moins du quart en France ; les maternités privées de grande taille sont plus nombreuses par rapport au reste de la France ; et les petites maternités le sont moins.

32% des accouchements ont lieu dans des maternités de type 1, 43.6% dans des maternités de type 2, et 24.4% dans des maternités de type 3. [50]

En 2003, la région des Pays de la Loire comptabilisait 43 060 accouchements : 2^{ème} région la plus féconde après l'Île de France. La progression démographique est variable d'un département à l'autre et concerne surtout les départements de **Loire Atlantique** et de Vendée.

La région est dotée depuis 1998 d'un réseau périnatal bien structuré, le réseau « sécurité naissance - naître ensemble », auquel adhère l'ensemble des établissements publics et privés de la région; il permet une bonne coopération inter-établissement. Ce réseau comprends 24 maternités : douze maternités de niveau 1, quatre maternité de niveau 2a, cinq maternité de niveau 2b, et trois maternités

de niveau 3. En Loire-Atlantique se trouvent trois maternités de niveau 1, trois maternité de niveau 2a, une maternité de niveau 2b, et une maternité de niveau 3. [59]

Les indicateurs régionaux concernant la périnatalité sont globalement satisfaisants. En 2004, 96% des enfants de poids inférieur à 1500g était pris en charge dans une maternité de type 2 et 3, contre 93% en France.

4.2 Présentation des différentes maternités de Nantes

4.2.1 La Polyclinique de l'Atlantique

La Polyclinique de l'Atlantique ouvre en Novembre 1993, avec le regroupement de 3 cliniques nantaises : la clinique Vignard, la clinique Saint Jean, et la clinique Texier-Levesque. De 1999 à 2002, elle s'agrandit, et en Mai 2002, elle fusionne avec la clinique Notre Dame de Grâce. Son activité est actuellement **la plus importante des établissements privés de France métropolitaine** avec 5137 accouchements par an en 2007 (progression : 5125 en 2006). Elle a un statut privé et est de type 2a. Elle possède 12 salles d'accouchement.

4.2.2 Le CHU : Hôpital de la Mère et de l'Enfant

La maternité du CHU a déménagé en 2004 : ouverture de l'hôpital de la Mère et de l'Enfant. En 2007, le nombre d'accouchements s'élevait à 3922 (progression : 3719 en 2006). Elle appartient au secteur public, et est de type 3. Elle possède 7 salles d'accouchement.

4.2.3 La clinique Jules Verne : Maison de la Naissance

La clinique Grésillon de Nantes a été rachetée par les Mutuelles de Loire Atlantique en 1984 ; la maternité déménage en 1987 et devient la « maison de la naissance » à Saint Sébastien Sur Loire. En Juin 2004 ouvre la clinique Jules Verne « Maison de la Naissance bis » qui regroupe la « maison de la naissance » de Saint Sébastien et la maternité de la Haute Forêt. En 2007, le nombre d'accouchements s'élevait à 2699 (progression : 2545 en 2006). Elle a un statut PSPH et est de type 2a. Elle possède 9 salles d'accouchement.

4.2.4 La clinique Brétéché

La clinique Brétéché est la maternité la plus ancienne de Nantes. En 2007, le nombre d'accouchements s'élevait à 1446 (progression : 1399 en 2006). Elle a un statut privé et est de niveau 1. Elle possède 5 salles d'accouchement.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUETE

1. Objectifs de l'étude et hypothèses de recherche

1.1 Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont les suivants :

- Comparer les caractéristiques sociologiques des couples entre les différentes maternités de Nantes
- Etudier les critères de choix du lieu d'accouchement chez une population de femmes ayant accouché dans les différentes maternités de Nantes, ainsi que leurs attentes.
- Déterminer le moment où leur décision a été prise et les personnes ou autres supports qui les ont aidées dans leur choix
- Décrire leur satisfaction a posteriori et les critères qui ont le plus compté

1.2 Hypothèses de recherche

Nous émettons les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Les caractéristiques sociologiques des couples diffèrent entre les maternités de Nantes

Hypothèse 2 : Les critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes diffèrent entre les maternités de Nantes, leurs attentes sont différentes

Hypothèse 3 : Les femmes / couples font le choix du lieu d'accouchement principalement au premier trimestre, et sont conseillées surtout par leur médecin traitant ou gynécologue.

2. Matériel et méthodes

2.1 Population étudiée

2.1.1 Choix de l'enquête et de l'échantillon

Un questionnaire a été choisi comme mode d'investigation [Annexe 1]. Elaboré à l'aide des professionnels, il a ensuite été testé auprès de quelques mères afin d'établir la version définitive. L'étude a concerné les femmes venant d'accoucher séjournant en service de suites de couches dans les différentes maternités de Nantes.

2.1.2 Effectifs

Pour que l'étude soit représentative, notre sondage devait être au 1/25^{ème} pour les différentes maternités de Nantes sur la base du nombre de naissance annuel.

Tableau 1 : Distribution des questionnaires suivant les maternités

Variables	Mat A	Mat B	Mat C	Mat D	Total
Questionnaires récupérés (n)	206	181	112	79	578
Questionnaires exploitables (n)	203	175	110	76	564
Part des questionnaires exploités / nombre annuel d'accouchements (%)	1/25	1/22	1/24	1/19	1/23

2.2 Durée et déroulement de l'étude

2.2.1 Durée de l'étude

La distribution des questionnaires a débuté le 25 Septembre 2007 et s'est achevée le 15 Novembre 2007.

2.2.2 Modalités de distribution

Les questionnaires, anonymes, étaient remis en main propre aux jeunes mères durant leur séjour en suites de couches, et étaient récupérés sur place par les professionnels de santé.

2.3 Spécificités des questionnaires

2.3.1 Caractéristiques

- la première partie concernait les données générales
- la deuxième, les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, et obstétricaux de la femme
- la troisième, le suivi de la grossesse
- la quatrième était consacrée aux critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes
- la cinquième au déroulement de l'accouchement et des suites de couches
- la sixième était consacrée à la mesure de la satisfaction des jeunes mères.

2.3.2 Exploitation du questionnaire

La saisie des questionnaires s'est effectuée avec le logiciel EPIDATA 3.1 et l'analyse avec EPIDATA ANALYSIS.

2.3.3 Méthodes statistiques

Les données codées ont été exprimées avec des pourcentages et les données quantitatives avec des moyennes et des écart-types. Les données ont été comparées pour les quatre maternités avec le test du χ^2 et les moyennes avec la méthode ANOVA, au risque $p < 0.05$.

Une analyse des correspondances multiples a été faite pour évaluer les liens entre toutes les variables entre elles (logiciel SPAD 5.5). Les variables proches sur le graphique sont considérées comme liées entre elles ; les variables proches des codages des maternités sont considérées comme liées à la maternité concernée.

3. Résultats

Nous allons comparer dans un premier temps les caractéristiques sociologiques de la population selon les maternités. Ensuite nous allons étudier le suivi de la grossesse, et les critères de choix du lieu d'accouchement. Enfin, nous allons aborder le déroulement de l'accouchement et des suites de couches, et la satisfaction des jeunes mères vis-à-vis de leur lieu d'accouchement.

3.1 Etude de la représentativité de l'échantillon

3.1.1 Comparaison aux statistiques des établissements en 2006

Le **taux de césarienne** dans notre échantillon se trouve entre 14.6 % et 19.7 % selon les maternités : en 2006, il était entre 11.9 % et 22.4 %. Le taux global de césariennes est identique (16.9 % dans notre échantillon et 16.8 % dans statistiques des maternités en 2006), mais le taux de césarienne pour chaque maternité diffère dans notre échantillon.

Le **taux d'enfants nés prématurément** (<37 SA) dans notre échantillon se trouve entre 3.5 % et 8 %, il était entre 1.3 % et 13.1 % en 2006. Le taux global de prématurés est de 3.8 % dans notre échantillon, il était de 5.5 % en 2006. Notre hypothèse est vérifiée : les femmes dont l'enfant est né prématurément sont **moins représentées** dans notre échantillon.

Le **taux d'allaitement maternel** dans notre échantillon varie entre 53 % et 68 % ; il était entre 51 % et 70.4 % en 2006. Le taux global d'allaitement maternel est identique (61.5 %)

3.1.2 Comparaison aux résultats de l'enquête nationale périnatale 2003

Pour tester la représentativité de nos données, nous avons comparé nos résultats aux données récoltées en France métropolitaine lors de l'enquête nationale périnatale de 2003 (échantillon représentatif de la population française, qui comprend toutes les naissances survenues pendant une semaine sur l'ensemble des départements français). [47]

L'âge des mères dans notre échantillon est légèrement plus élevé (+ 1.2 ans) que celui retrouvé dans l'enquête nationale périnatale 2003

L'âge moyen des mères de notre échantillon est de 30.3 ans, contre 29.5 ans en 2003. Le pourcentage de femmes qui ont 35 ans ou plus est également supérieur dans notre échantillon (21.2 % contre 15.9 % en 2003).

Le taux des pères de notre échantillon qui ont 35 ans ou plus est à peu près similaire : 33.1 % contre 34.0 % en 2003.

Le taux de femmes vivant en couple est légèrement plus important dans notre échantillon (98.0 % versus 92.7 %) ***ainsi que le taux de femmes mariées / pacsées*** (65.0 % versus 55.8 %).

Les taux de femmes primigestes et primipares retrouvés sont identiques.

31.2 % des femmes de notre échantillon sont primigestes et 34.3 % le sont dans l'enquête nationale périnatale 2003 ; 42.7 % des femmes de notre échantillon sont quand à elles primipares et 43.7 % le sont dans l'enquête nationale périnatale 2003.

Le niveau d'étude des mères est plus élevé dans notre échantillon

61.7 % des mères de notre échantillon ont un niveau bac+2 ou plus, et seul 42.6 % des femmes dans l'enquête nationale périnatale 2003 ont un niveau d'étude supérieur à celui du baccalauréat.

La catégorie socioprofessionnelle des parents est plus élevée dans notre échantillon

Le pourcentage de mères cadres supérieurs est plus élevé dans notre échantillon (18.7 % versus 11.8 %), ainsi que le pourcentage de mères appartenant aux professions intermédiaires (31.6 % versus 21.3 %). A l'inverse, les femmes employées sont moins nombreuses (38.4 % versus 55.5 %), ainsi que les femmes ouvrières (0.6 % versus 7.5 %) ; par contre, le taux de femmes sans profession apparaît plus élevé dans notre échantillon (9.8 % versus 0.9 %). Les taux de femmes agricultrices et artisanes commerçantes, varient quand à eux très peu entre les deux études.

Le pourcentage de pères cadres supérieurs est également plus élevé dans notre échantillon (31.1 % versus 16.7 %), ainsi que le pourcentage de pères appartenant aux professions intermédiaires (23.1% versus 16.8%). A l'inverse, le taux de pères ouvriers est beaucoup plus faible dans notre échantillon (11.7% versus 32.2 %). Les taux de pères agriculteurs, artisans commerçants, employés, ou sans profession, sont quand à eux à peu près similaires entre les 2 études.

Les parents en activité professionnelle sont plus nombreux dans notre échantillon

78.9 % des mères de notre échantillon travaillent, contre 61% des mères enquêtées en 2003, et 94 % des pères de notre échantillon travaillent contre 90.4 % des pères enquêtés en 2003.

Le taux de mères au foyer est plus faible dans notre échantillon (13.1 % versus 23.9 %), ainsi que le taux de mères ou de pères au chômage (6.5 % et 4.8 % versus 13.5 % et 8.9 %)

Le taux de mère ou de père étudiant(e)s est identique entre les deux études.

Les différences observées peuvent être expliquées de plusieurs façons :

- ➔ Certaines données ont évolué depuis 2003, comme l'âge des mères qui est de près de 30 ans en 2007 (INSEE 2008)
- ➔ Les habitants de Nantes (grande ville de plus de 270 000 habitants) sont également plus diplômés et appartiennent à une catégorie socioprofessionnelle plus élevée comparé à la France entière (INSEE 2008)
- ➔ Nous émettons également une autre hypothèse : le questionnaire a peut-être été plus volontairement distribué aux femmes à catégorie socioprofessionnelle élevée (biais de sélection) et ce sont peut-être aussi ces mêmes femmes qui ont le plus répondu.

Quoi qu'il en soit, notre échantillon, qui comporte 564 femmes réparties sur les différentes maternités de Nantes, nous permet d'analyser les réponses obtenues.

3.2 Caractéristiques sociologiques de la population selon les maternités

3.2.1 L'âge et la situation familiale

Tableau 2 : L'âge et la situation familiale des parents selon les maternités

Variables	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	p
Age mère (ans)	30.8 ± 4.9	29.6 ± 4.8	30.5 ± 4.8	30.4 ± 5.3	NS*
Age mère ≥ 35 ans (%)	24.1	16.6	20.0	24.0	NS
Age père (ans)	33.3 ± 6.2	32.2 ± 5.5	32.3 ± 5.7	32.5 ± 5.5	NS
Age père ≥ 35 ans (%)	37.4	30.1	37.8	36.0	NS
Vit en couple (%)	99.0	95.4	99.1	98.7	ND**
Situation familiale (%)					
- Mariée	53.5	54.9	51.0	59.7	ND
- Célibataire	34.6	33.5	37.5	29.9	
- PACS	10.3	11.6	8.7	10.4	
- Séparée / divorcée /veuve	1.6	0.0	2.9	0.0	
Gestité (n)	2.2 ± 1.2	2.4 ± 1.7	2.3 ± 1.3	2.3 ± 1.2	NS
Parité (n)	1.8 ± 0.9	1.8 ± 0.9	1.8 ± 0.8	1.8 ± 1.0	NS
Age de l'aîné (ans)	5.4 ± 3.7	4.5 ± 3.6	5.2 ± 4.1	5.1 ± 4.0	NS
Age du cadet (ans)	5.1 ± 3.0	3.9 ± 2.1	4.8 ± 4.6	5.3 ± 3.0	NS

* NS : Non Significatif

** ND : Non Déterminé (test impossible)

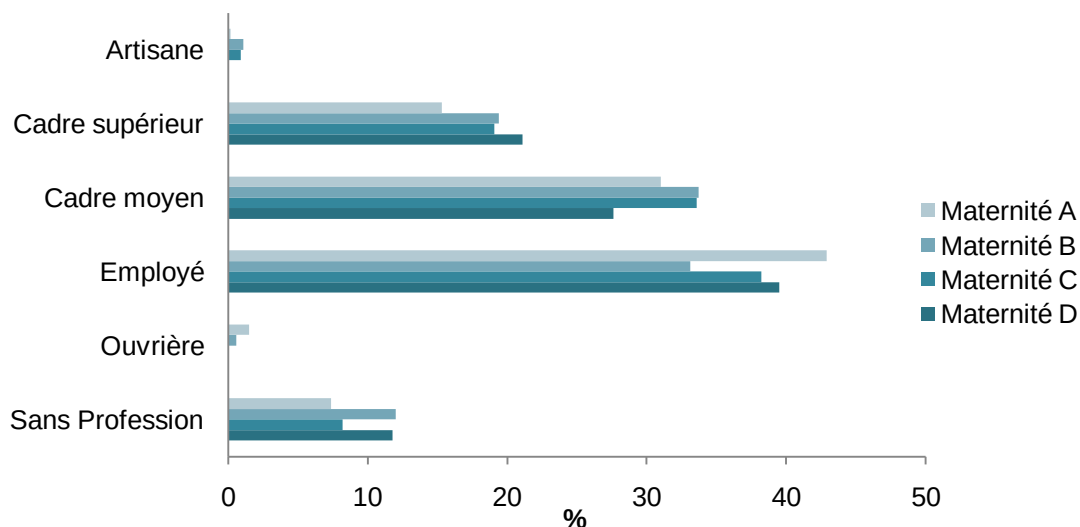
L'âge et la situation familiale des parents ne diffèrent pas de manière significative entre les maternités.

Les femmes de la maternité B tendent à vivre moins souvent en couple, mais aucune différence significative n'a pu être mise en évidence (p = non déterminé).

Si l'on compare seulement le taux de femmes mariées ou le taux de femmes célibataires entre les maternités, on ne retrouve aucune différence significative. (p > 0.05)

3.2.2 La catégorie socioprofessionnelle et l'activité habituelle des parents

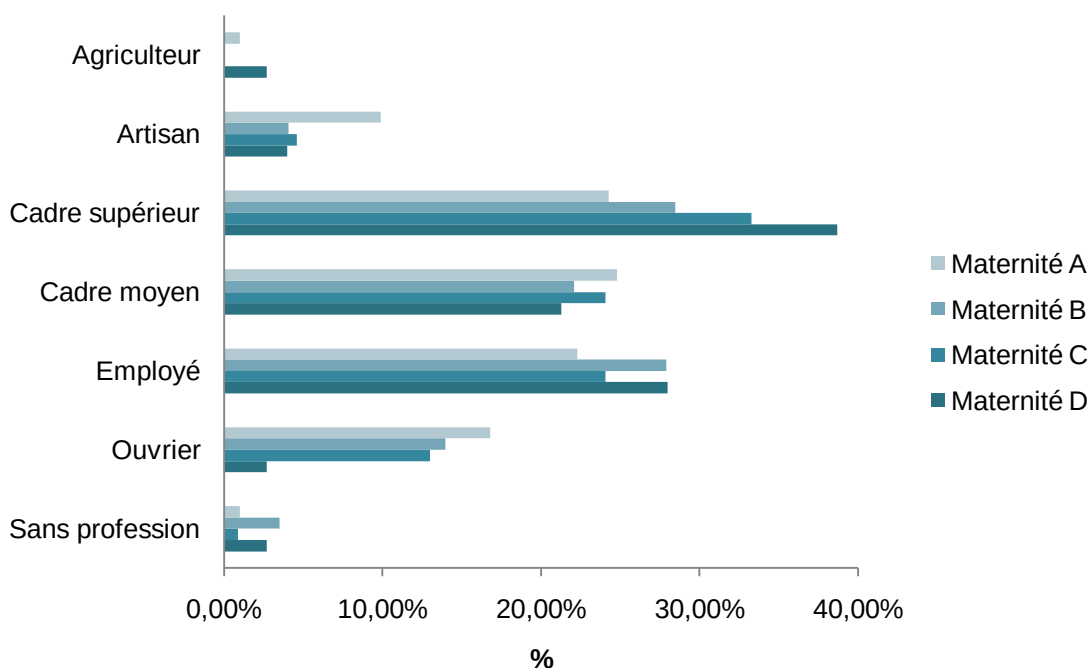
Figure 5 : Catégorie socioprofessionnelle de la mère par maternité



p = non déterminé

Aucune différence significative entre les maternités n'a pu être mise en évidence pour la catégorie socioprofessionnelle de la mère. Lorsque l'on compare entre les maternités le taux de mères **cadres supérieurs et cadres moyens**, on n'obtient **aucune différence significative**. Il en est de même pour l'âge de la mère au dernier diplôme (en moyenne 22.3 ans $\pm$ 3.7) et le dernier niveau d'étude atteint (en moyenne 85.5 % des mères ont un niveau d'étude $\geq$ bac technique ou général).

Figure 6 : Catégorie socioprofessionnelle du père par maternité



P = Non Déterminé

Aucune différence significative entre les maternités n'a pu être mise en évidence pour la catégorie socioprofessionnelle du père. On observe de simples tendances : le taux de pères cadres supérieurs tend à être plus élevé dans la maternité D et plus faible dans la maternité A ; on observe le phénomène inverse en ce qui concerne le taux de pères ouvriers. Lorsque l'on compare entre les maternités le taux de pères **cadres supérieurs et cadres moyens**, on n'obtient néanmoins **aucune différence significative**. Il en est de même en ce qui concerne l'âge du père au dernier diplôme (en moyenne, 22.0 ans $\pm$ 3.9), et le dernier niveau d'étude atteint (en moyenne 80.4 % des pères ont un niveau d'étude $\geq$ bac technique ou général).

Si l'on compare entre les maternités le taux de **parents** cadres supérieurs et cadres moyens, on n'observe aucune différence significative.

Tableau 3 : Activité habituelle des parents selon les maternités

Activité habituelle	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	p
Mère (%)					
- En activité	82.1	77.9	81.8	73.7	
- Mère au foyer, congé parental	10.9	15.1	11.8	14.5	ND*
- Etudiante, stage d'insertion	1.0	2.9	0.9	1.3	
- Chômage, autre	6.0	4.1	5.5	10.5	
Père (%)					
- En activité	99.0	94.1	93.5	89.3	
- Père au foyer, congé parental	0.0	1.2	1.9	0.0	ND
- Etudiant, stage d'insertion	0.5	1.8	0.0	2.7	
- Chômage, autre	0.5	3.0	4.6	8.0	

* ND = Non Déterminé (test impossible)

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence concernant l'activité habituelle des parents entre les maternités.

Si l'on compare entre les maternités le taux de mères en activité professionnelle, on ne retrouve aucune différence significative. Si l'on fait la même chose pour les **pères**, on observe toujours de simples **tendances**, sans que cela soit significatif (p = non déterminé) : le taux des pères ayant une activité professionnelle tend à être **plus élevé** dans la **maternité A** et **plus faible** dans la **maternité D**.

3.2.3 Couverture sociale, mutuelle complémentaire, aides de l'état

Le **taux de couverture par la sécurité sociale ne diffère pas** entre les maternités : il est en moyenne de 86.2 %. Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les maternités en ce qui concerne le taux de couverture par la CMU (4 femmes maternité A, 8 maternité B, 3 maternité C et 5 maternité D) et par la Mutualité Sociale Agricole ($p =$ non déterminé). Une seule femme de la maternité B était couverte par l'Aide Médicale Etat.

Le taux de femmes possédant une **mutuelle complémentaire** apparaît **moins élevé** dans la **maternité B** (93.5 % versus 97.9% maternité A, 99.1 % maternité C et 97.3 % maternité D) mais aucune différence significative n'a pu être mise en évidence ($p =$ non déterminé).

Le taux de femmes bénéficiant d'allocations de base, d'allocations familiales, d'une prime de naissance, ou de l'aide personnalisée au logement **ne diffère pas** de façon significative entre les maternités. En ce qui concerne le taux de femmes bénéficiant du complément familial, et du revenu minimum d'insertion, il ne semble pas y avoir de différence significative entre les maternités, mais en raison du faible effectif, les tests statistiques utilisés ne nous permettent pas de l'affirmer ($p =$ non déterminé).

3.2.4 Antécédents personnels

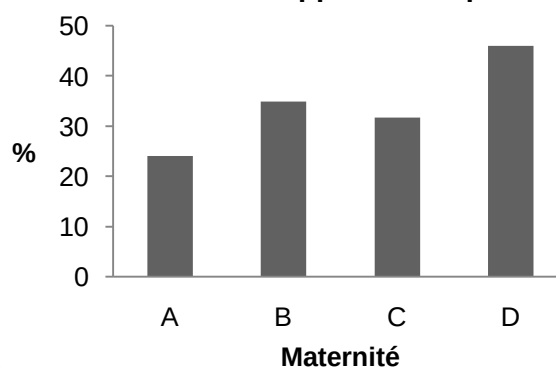
En raison du faible effectif, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les maternités par rapport aux antécédents médicaux, chirurgicaux, ou gynécologiques des femmes.

Concernant les antécédents obstétricaux, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les maternités par rapport aux antécédents de césarienne, de fausse couche spontanée, ou d'interruption volontaire de grossesse. Pour les autres **antécédents obstétricaux**, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence ($p =$ non déterminé), mais des **tendances** ont été observées : les antécédents d'enfants nés prématurément sont plus fréquents dans la maternité B, ainsi que les antécédents d'enfants décédés (peu présents dans la maternité C et totalement absent dans la maternité D), et de grossesse extra-utérine.

3.2.5 Lieu de vie et origine géographique

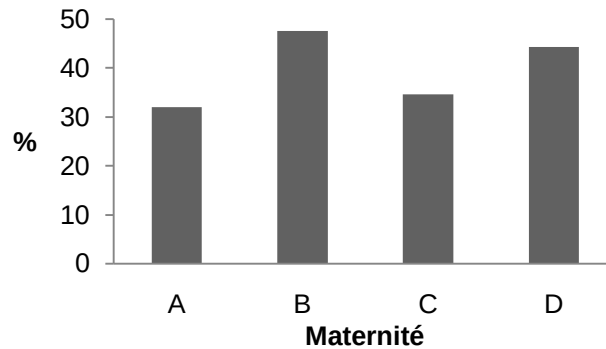
3.2.5.1 Lieu de vie

Figure 7 : Taux de familles vivant en appartement par maternité



$p < 0.005$ ($n = 558$)

Figure 8 : Taux de familles locataires par maternité



p<0.02 (N=513)

Le taux de non réponse à la question « êtes-vous locataire ou propriétaire de votre logement » est assez élevé (9.1 %).

On note cependant que les femmes des maternités B et D habitent plus souvent en appartement et sont plus souvent locataires de leur logement (p=0.000).

3.2.5.2 Origine géographique

La majorité des femmes vient de **Loire-Atlantique** (88.8 %), une partie non négligeable vient de **Vendée** (3.7 %) et du **Maine et Loire** (3.5 %) ; 4 femmes provenaient d'une autre région. 3.2 % des femmes n'ont pas précisé leur adresse. Aucune différence significative entre les maternités n'a pu être mise en évidence en ce qui concerne le département d'origine (p = non déterminé).

Tableau 4 : Origine géographique des femmes par maternité

Origine géographique	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	p
Nantes (%)	16.8	29.6	26.4	50.0	0.000
Agglomération nantaise (%)	74.6	60.4	67.3	41.9	
Autre département (%)	8.6	10.1	6.4	8.1	

L'origine géographique des femmes diffère nettement selon les maternités.

Tableau 5 : Distance et temps de transport domicile / maternité d'origine

Variables	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	p
Distance domicile / lieu d'accouchement (km)	29.3 ± 60.5	17.3 ± 15.9	21.4 ± 25.9	15.9 ± 21.3	<0.001
Distance domicile / lieu d'accouchement < 30 km (%)	61.2	75.3	76.4	78.1	<0.003
Temps de transport en journée (min)	29.7 ± 19.9	27.1 ± 16.9	26.2 ± 16.1	25.4 ± 19.7	<0.04

Les femmes de la maternité A sont celles qui ont le plus de distance à parcourir pour atteindre la maternité d'origine (maternité choisie en premier lieu), et les femmes de la maternité D sont celles qui en ont le moins.

En journée, 92.7 % des femmes peuvent utiliser leur voiture, 10.3 % des femmes prendre des transports en commun, 3.6 % y aller à pied, et 1.8 % utiliser un autre moyen de transport, tel que le taxi ou l'ambulance (taux > 100 % car plusieurs moyens de transport ont pu être cités).

Tableau 6 : Moyen(s) de transport utilisé(s) selon les maternités

Moyens de transport utilisés de jour	Mat A	Mat B	Mat C	Mat D	p
Voiture (%)	97.0	88.1	99.1	82.7	0.000
Transports en commun (%)	3.5	20.8	2.8	16.0	0.000
Pied (%)	0.5	6.0	0.0	12.0	ND*

*ND = Non Déterminé (Test impossible)

On remarque que les femmes des maternités B et D, originaires pour une portion importante de Nantes, prennent plus les transports en commun et viennent plus à pied à la maternité, alors que les femmes des maternités A et C, originaires pour la majorité d'entre elle de l'agglomération nantaise, viennent plus en voiture.

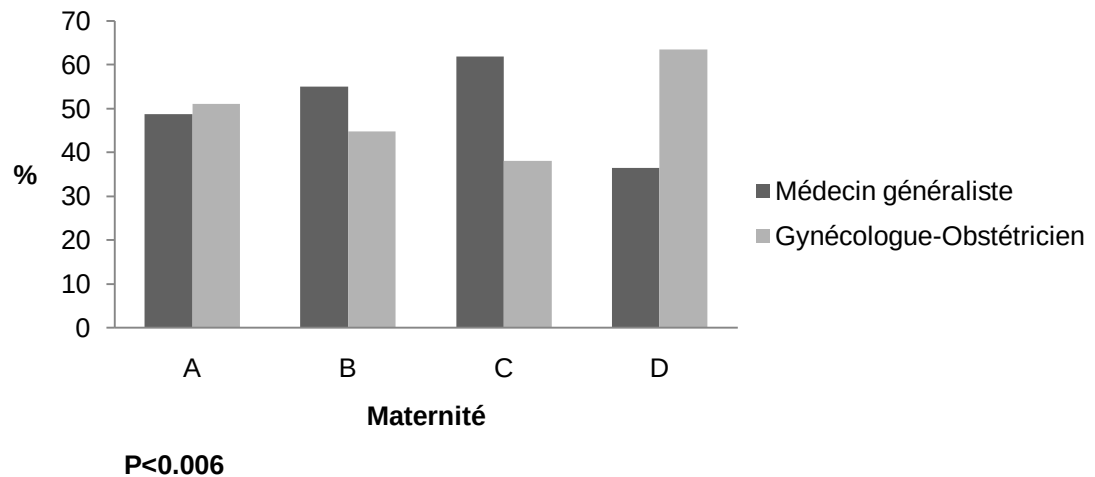
3.3 Suivi de la grossesse

Le taux de grossesse spontanée ne diffère pas entre les maternités (92.5 %).

3.3.1 Déclaration de la grossesse

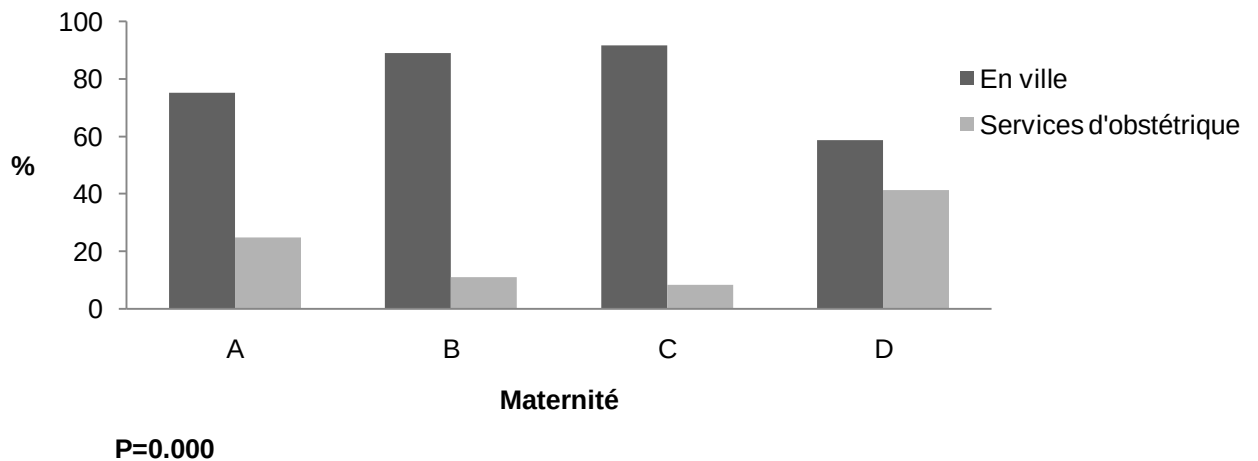
Les sages-femmes n'ont réalisé la déclaration de grossesse que de 14 femmes en totalité.

Figure 5 : Principaux professionnels qui ont déclaré la grossesse selon les maternités



Le gynécologue-obstétricien a un rôle important dans la déclaration de grossesse dans la maternité D, et le médecin généraliste dans la maternité C.

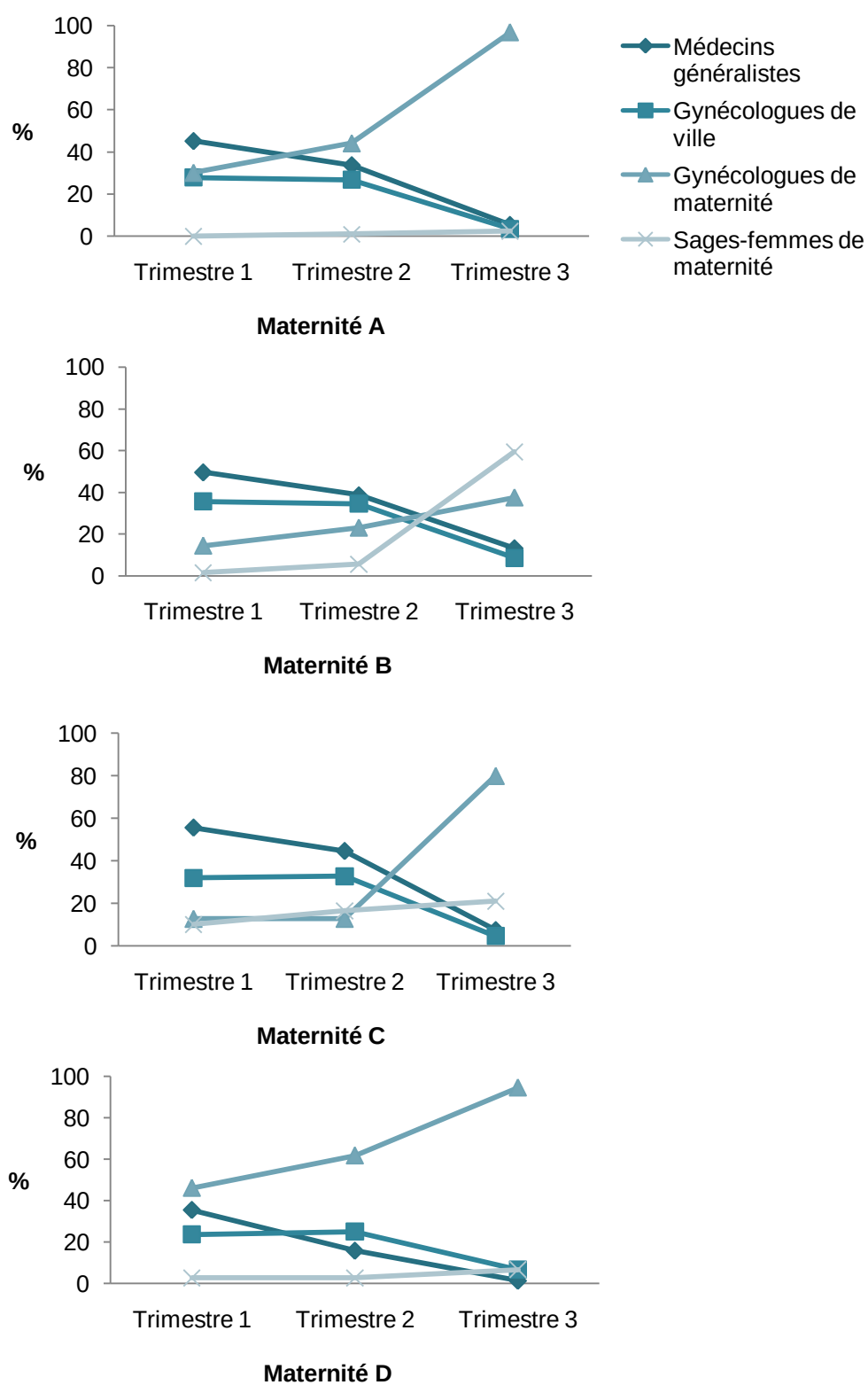
Figure 6 : Lieu de la déclaration de grossesse selon les maternités



La déclaration de grossesse se fait principalement en ville, néanmoins une proportion non négligeable a lieu pour les femmes des maternités D et A dans les services d'obstétrique.

3.3.2 Professionnels qui ont suivi la grossesse

Figure 7 : Principaux professionnels de santé qui ont suivi la grossesse selon le trimestre par maternité



Les professionnels vus pendant la grossesse diffèrent selon le trimestre et selon les maternités.

Les médecins et sages-femmes de PMI n'ont suivi que 12 femmes dans notre échantillon.

Tableau 6 : Principaux professionnels de santé vus pendant la grossesse selon les maternités (au moins une fois, totaux > 100 %)

Professionnels	Mat A	Mat B	Mat C	Mat D	p
Médecin généraliste (%)	45.5	52.6	56.4	34.2	<0.02
Gynécologue de ville (%)	30.2	38.2	32.7	28.0	NS*
Gynécologue de maternité (%)	97.5	41.6	81.8	94.7	0.000
Sage-femme de maternité (%)	2.5	59.5	24.5	6.7	0.000
Sage-femme libérale (%)	6.9	16.2	9.1	9.3	<0.03

*NS = Non Significatif

76.8 % des femmes ont vu au moins une fois un gynécologue de la maternité et 25 % une sage-femme de la maternité.

5.3 % des femmes n'ont eu aucune consultation auprès de l'équipe de la maternité.

3.3.3 Déroulement de la grossesse

Le taux de mères ayant déclaré avoir été malade pendant la grossesse ne diffère pas entre les maternités (27.6 % en moyenne). Concernant le type de pathologies, les tests statistiques utilisés ne nous permettent pas de mettre en évidence de différence significative entre les maternités, en raison du faible effectif.

Le taux de bébés ayant eu besoin d'une **surveillance prénatale particulière** est par contre nettement plus élevé dans la **maternité B** que dans les autres maternités (22.5 % contre 13.2 % maternité D, 12.7 % maternité C, et 10.4 % maternité A ; $p < 0.009$). Les principales raisons de la surveillance étaient une anomalie de sa croissance, une pathologie maternelle, une malformation, une anomalie du placenta, ou de la quantité de liquide amniotique.

Le taux de mères hospitalisées pendant la grossesse ne diffère pas de façon significative entre les maternités (en moyenne, 9.5 % des femmes). Dans presque la moitié des cas, le motif était la menace d'accouchement prématuré. Les femmes ont toutes été hospitalisées dans leur maternité d'origine, à part une femme de la maternité B et une femme de la maternité C qui l'ont été dans une autre maternité, plus proche de leur domicile. Les femmes ont été hospitalisées une seule fois dans 87 % des cas, et dans 75 % des cas pour une durée de moins d'une semaine.

Le taux de femmes ayant suivi une préparation à l'accouchement ne diffère pas entre les maternités (en moyenne, 63.6 %). Il n'existe pas non plus de différence significative entre les maternités lorsque l'on compare le taux de préparation à l'accouchement dit « classique » aux autres types de préparations (sophrologie, piscine, yoga, chant, haptonomie).

3.3.4 Attentes particulières concernant l'accouchement

75 % des femmes exprime, indépendamment de la maternité choisie, des attentes particulières concernant l'accouchement.

Tableau 7 : Attentes exprimées par les femmes concernant le déroulement de l'accouchement par maternité (Mat)

Attentes	Mat A	Mat B	Mat C	Mat D	P
APD (%)	92.2	79.4	69.0	87.0	0.000
Pas d'APD (%)	3.9	11.3	17.2	3.7	ND*
Liberté de mouvements (%)	7.8	20.6	39.1	5.6	<0.001
Liberté de positions (%)	4.6	18.4	33.3	13.0	0.000
Accouchement à domicile (%)	0.0	0.0	1.1 (1 personne)	1.9 (1 personne)	ND

*ND = Non Déterminé (Test impossible)

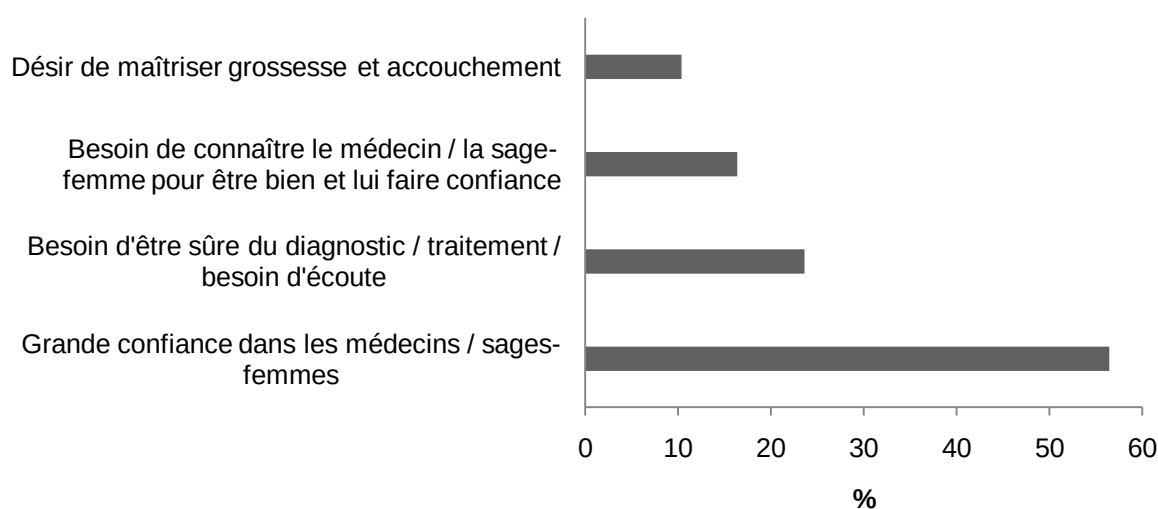
Certains types d'attentes diffèrent de manière significative entre les maternités.

D'autres souhaits ont été exprimés : éviter l'épisiotomie (n=6), accoucher par voie basse suite à un antécédent de césarienne (n=3), être accompagnée par le conjoint (n=1), par une personne de son choix (n=1), pratiquer l'acupuncture (n=1), prendre des initiatives (n=1), prendre un bain (n=1), ne pas avoir de déclenchement artificiel du travail (n=1).

3.3.5 Typologie des femmes

Certaines femmes ont répondu dans différentes « cases » ce qui explique que l'on dépasse 100 %.

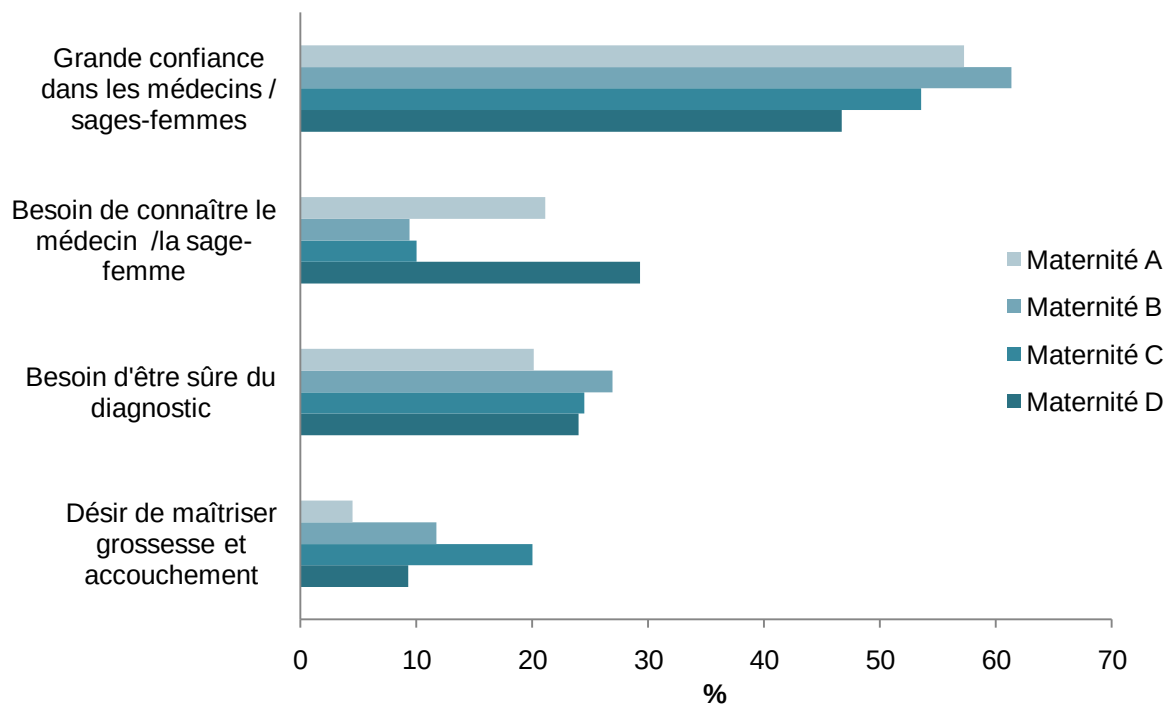
Figure 8 : Typologie des femmes



La majorité des femmes de notre échantillon a une grande confiance dans les médecins et les sages-femmes.

Lorsque l'on compare la parité et la typologie des femmes, on remarque que les **femmes primipares** sont **plus nombreuses à avoir une grande confiance** dans les médecins et les sages-femmes que les femmes multipares (61.4 % contre 52.7 % ; $p<0.04$); à l'inverse les **femmes multipares** sont **plus nombreuses à vouloir maîtriser** leur grossesse et leur accouchement (12.9 % contre 7.2 % ; $p<0.04$). On ne retrouve pas de différence significative en ce qui concerne les deux autres « types ».

Figure 9 : Typologie des femmes en fonction des maternités



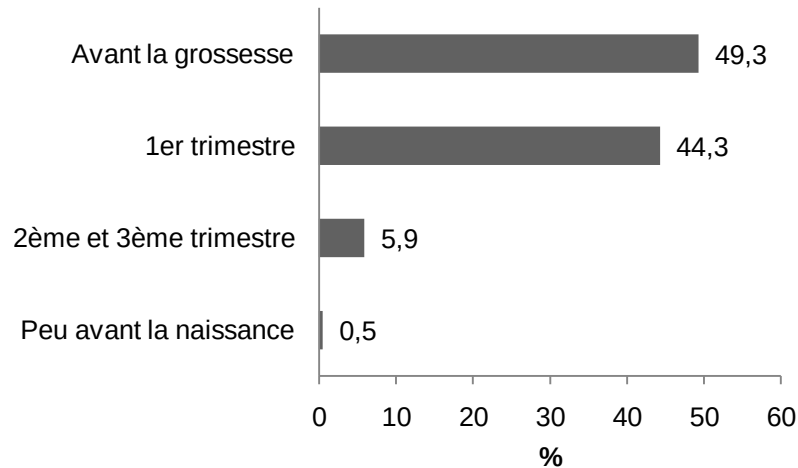
Le taux de femmes ayant une grande confiance dans les médecins et sages-femmes, et le taux de femmes qui a besoin d'être sûr du diagnostic, du traitement proposé et qui a besoin d'écoute, ne diffèrent pas entre les maternités.

En revanche, le **désir de maîtriser** la grossesse et l'accouchement ressort nettement chez les femmes de la **maternité C** ($p<0.001$) ; quand aux femmes qui ont **besoin de connaître** le médecin ou la sage-femme pour être bien, on les retrouve majoritairement dans les **maternités A et D** ($p<0.001$).

3.4 Choix du lieu d'accouchement

3.4.1 Moment du choix

Figure 10 : Moment du choix du lieu d'accouchement



Le choix du lieu d'accouchement, s'il n'est pas fait avant la grossesse, se fait principalement au premier trimestre.

Si l'on compare le choix du lieu d'accouchement avec la parité, on remarque que la majorité des femmes multipares choisissent leur lieu d'accouchement avant la grossesse (59.8 %), tandis que la majorité des femmes primipares choisissent pendant leur grossesse (55.4%).

Aucune différence significative entre les maternités concernant le moment du choix du lieu d'accouchement n'a pu être mise en évidence ($p =$ non déterminé), on observe simplement des tendances : les femmes de la maternité C choisissent souvent avant la grossesse (57.3 %), un peu plus de la moitié des femmes de la maternité A choisissent au 1^{er} trimestre, une proportion non négligeable des femmes de la maternité D choisissent au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre (13.2 %), les quelques femmes qui choisissent peu avant la naissance viennent principalement de la maternité B (1.2 %).

3.4.2 Raisons du non-choix du lieu d'accouchement

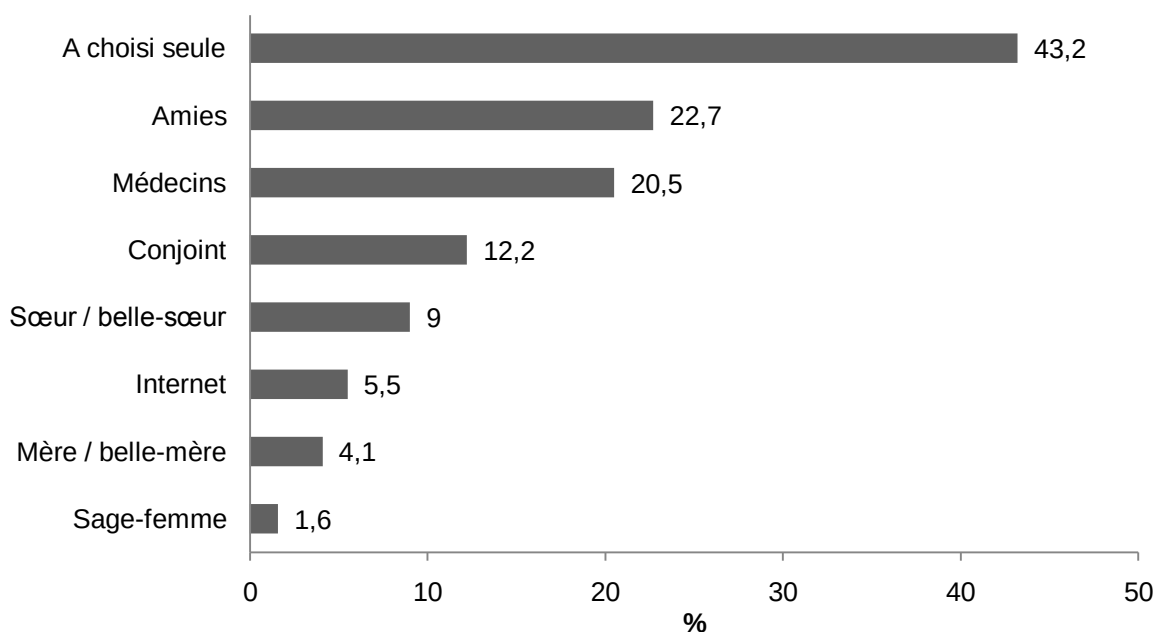
Si les femmes qui ont accouché dans la maternité C l'avaient toutes choisi, il n'en est pas de même dans les autres maternités, où presque une femme sur 10 n'avait pas choisi ce lieu d'accouchement en premier (9.5 % maternité A, 9.1 % maternité B, 10.5 % maternité D ; $p < 0.01$).

7.5 % des femmes n'ont donc pas accouché dans la maternité d'origine ($n=41$).

La **cause première** est le **manque de places dans la maternité initiale** ($n=28$) (17 cas dans la maternité A, 4 cas maternité B, 7 cas maternité D). Les autres causes sont les **transferts pour raison médicale** (maladie du bébé ou de la maman ; 7 cas maternité B), le déménagement pendant la grossesse ($n=2$, maternité B), et le mauvais accueil dans la maternité choisie au départ (2 cas, maternité B et D)

3.4.3 Conseils sur le choix du lieu d'accouchement

Figure 11 : Conseils sur le choix du lieu d'accouchement



On remarque que la majorité des femmes dit choisir seule.

Les médecins ne se trouvent qu'en troisième position. C'est le **médecin traitant** qui intervient le plus dans le choix du lieu d'accouchement par la femme (**7.9 %**), suivi du gynécologue-obstétricien de la maternité (7.2 %), et enfin du gynécologue de ville (5.4 %).

Pour ce qui est des conseils de la famille, ce sont essentiellement la mère, la sœur et la belle-sœur qui interviennent.

Les sites internet des maternités sont légèrement plus consultés que les forums de discussion.

D'autres sources ont été citées : revues (n=5), famille autre (père, cousine ; n=4), collègues (n=3), autre médecin (n=1), puéricultrice (n=1), antécédent d'enfant transféré (n=1), annuaire (n=1).

Tableau 8 : Conseils donnés sur le choix du lieu d'accouchement selon les maternités

Conseils	Mat A	Mat B	Mat C	Mat D	P
Personne (%)	43.3	52.9	43.1	21.1	<0.001
Amies (%)	22.9	12.9	33.9	27.6	<0.001
Médecins (%)	23.6	15.4	12.7	26.3	<0.03
Conjoint (%)	7.5	20.0	10.1	10.5	<0.003
Famille (%)	11.8	11.4	9.1	14.5	NS*

*NS = Non Significatif

Les personnes qui ont aidé les femmes à prendre leur décision diffèrent selon les maternités.

3.4.4 Les raisons du choix du lieu d'accouchement par les femmes

Les **dépassements d'honoraires**, les **frais annexes** (hôtellerie) ou l'**avance obligatoire de frais** a influencé 6.6 % des femmes dans leur choix du lieu d'accouchement ; surtout les femmes de la **maternité B** (12.6 % versus 7.3 % des femmes de la maternité C, 4.0 % de la maternité A et 2.6 % de la maternité D ; $p<0.006$).

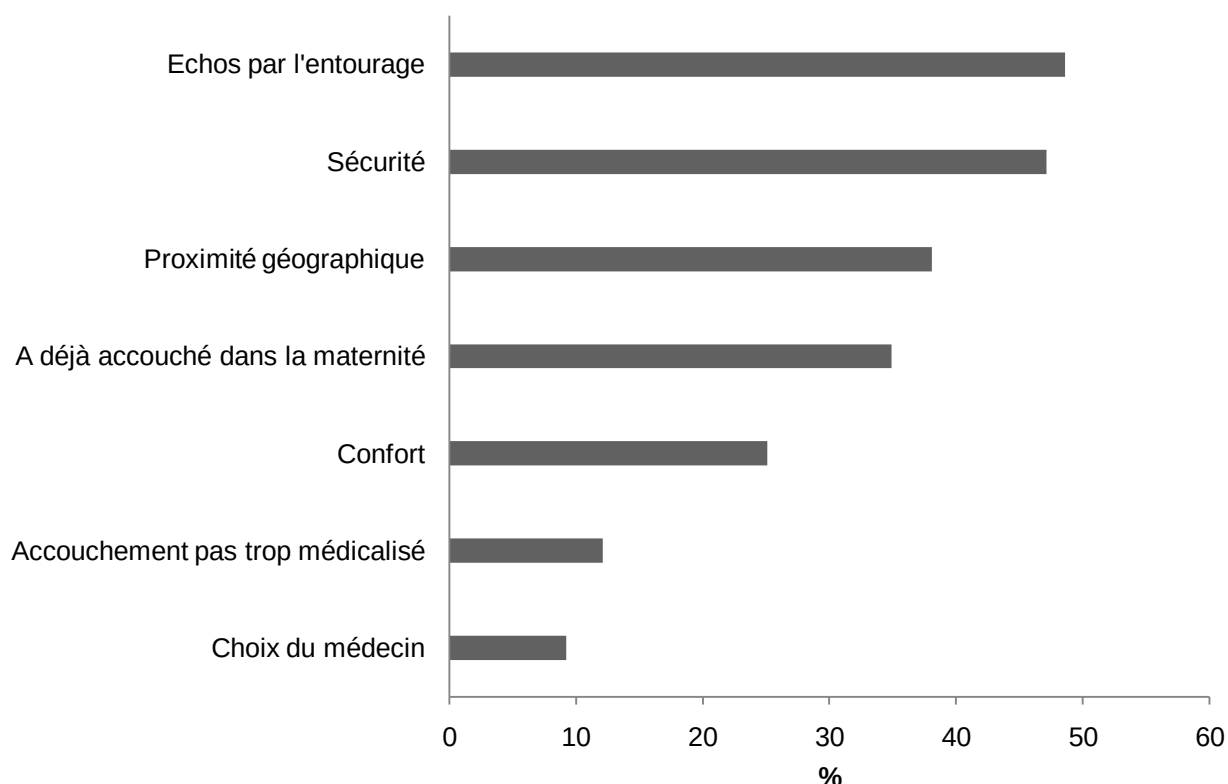
Un peu plus de la moitié des femmes des **maternités A et D** signale que les dépassements d'honoraires peuvent être **pris en charge** par leur mutuelle complémentaire contre un peu moins de la moitié des femmes des maternités B et C (respectivement 51.5 % et 55.4 %, 45.3 % et 48.6%). Une proportion importante des femmes des maternités B et C ignore s'ils peuvent être pris en charge (36.0 % et 27.5 % versus 15.5 % maternité A et 14.9 % maternité D ; $p<0.001$).

66.3 % des femmes de la **maternité B** déclare préférer accoucher dans un **établissement public** versus 2.6% en moyenne dans les autres maternités. **68.9 %** des femmes de la **maternité D** déclare préférer accoucher dans un **établissement privé**, contre 63.6 % des femmes de la maternité C, 57.7 % des femmes de la maternité A et 2.4 % des femmes de la maternité B. Le taux de femmes chez qui le statut de l'établissement **indiffère** est relativement identique entre les maternités et se situe aux alentours de 34.4 %. ($p<0.001$)

La majorité des femmes des maternités C et D ont visité la maternité (70.4 % et 76.0 %), la moitié des femmes de la maternité A l'ont fait et une femme sur cinq de la maternité B. Cette visite les aide dans leur choix ou les conforte dans leur décision dans seulement 25.2 % des cas.

Elle influence surtout les femmes de la maternité D (37.0 %), puis les femmes de la maternité A (27.3 %), les femmes de la maternité C (20.8 %) et à moindre mesure les femmes de la maternité B (11.1 %) ($p<0.04$).

Figure 12 : Les raisons du choix du lieu d'accouchement par les femmes



Ce sont les échos de l'entourage qui guident le plus la femme dans son choix du lieu d'accouchement.

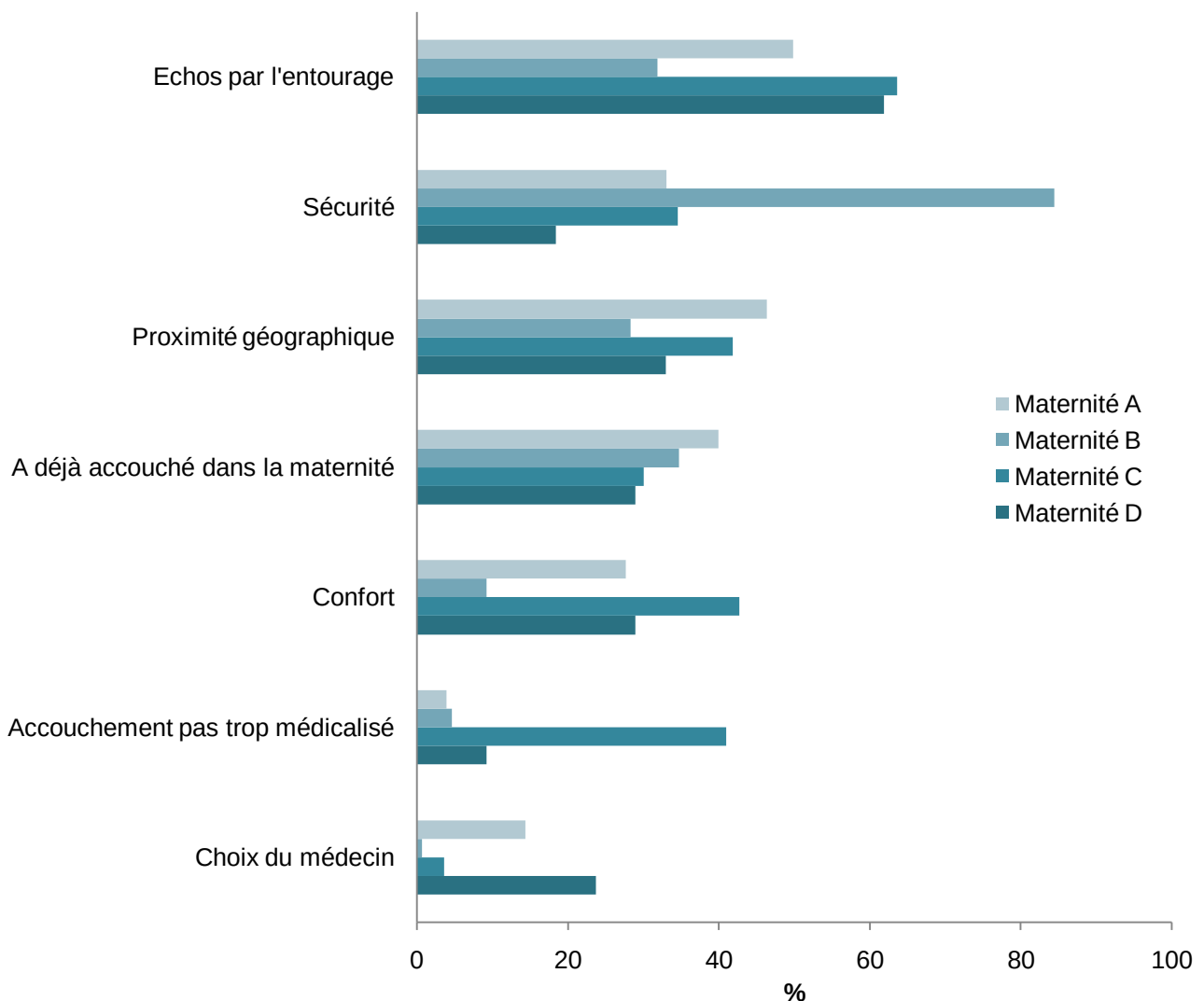
D'autres arguments ont été cités : un suivi médical antérieur dans l'établissement (n=8), la recherche d'un bon accompagnement (n=6), la famille travaille dans l'établissement (n=5), la recherche de convivialité (n=4), la maternité se situe près du lieu de travail (n=3), désir de « défendre le service public » (n=3), la maternité est facilement accessible pour les proches (n=1), et enfin la facilité du CHU suite à un déménagement (n=1).

Si l'on compare les **critères de choix du lieu d'accouchement** avec la **parité**, on observe certaines différences significatives : les femmes primipares sont plus nombreuses à choisir pour la sécurité (52.5 % versus 43.2 % ; $p < 0.03$), le confort (30.0 % versus 21.4 % ; $p < 0.03$), la proximité géographique (44.2 % versus 33.5 % ; $p < 0.02$), et enfin par les échos de l'entourage (63.8 % versus 37.3 % ; $p = 0.000$), alors que les femmes multipares, indiquent pour la majorité (59.6 %) revenir car elles étaient satisfaites de leur précédente prise en charge.

Si l'on compare les **critères de choix du lieu d'accouchement** avec **l'âge de la mère**, on observe également des différences significatives : les femmes qui ont moins de 30 ans sont plus nombreuses à choisir avec les échos de l'entourage (55.0 % versus 43.6 % ; $p < 0.008$), alors que les femmes qui ont 30 ans ou plus choisissent plus car elles connaissaient déjà le lieu d'accouchement (42.6 % versus 24.8 % ; $p = 0.000$).

Si l'on compare les **critères de choix du lieu d'accouchement** avec le **niveau d'étude de la mère**, on observe simplement que les femmes qui ont un niveau d'étude supérieur ou égal à bac+2 sont plus nombreuses à attendre un accouchement pas trop médicalisé (14.4 % versus 8.4 % ; $p < 0.04$).

Figure 13 : Les raisons du choix du lieu d'accouchement selon les maternités



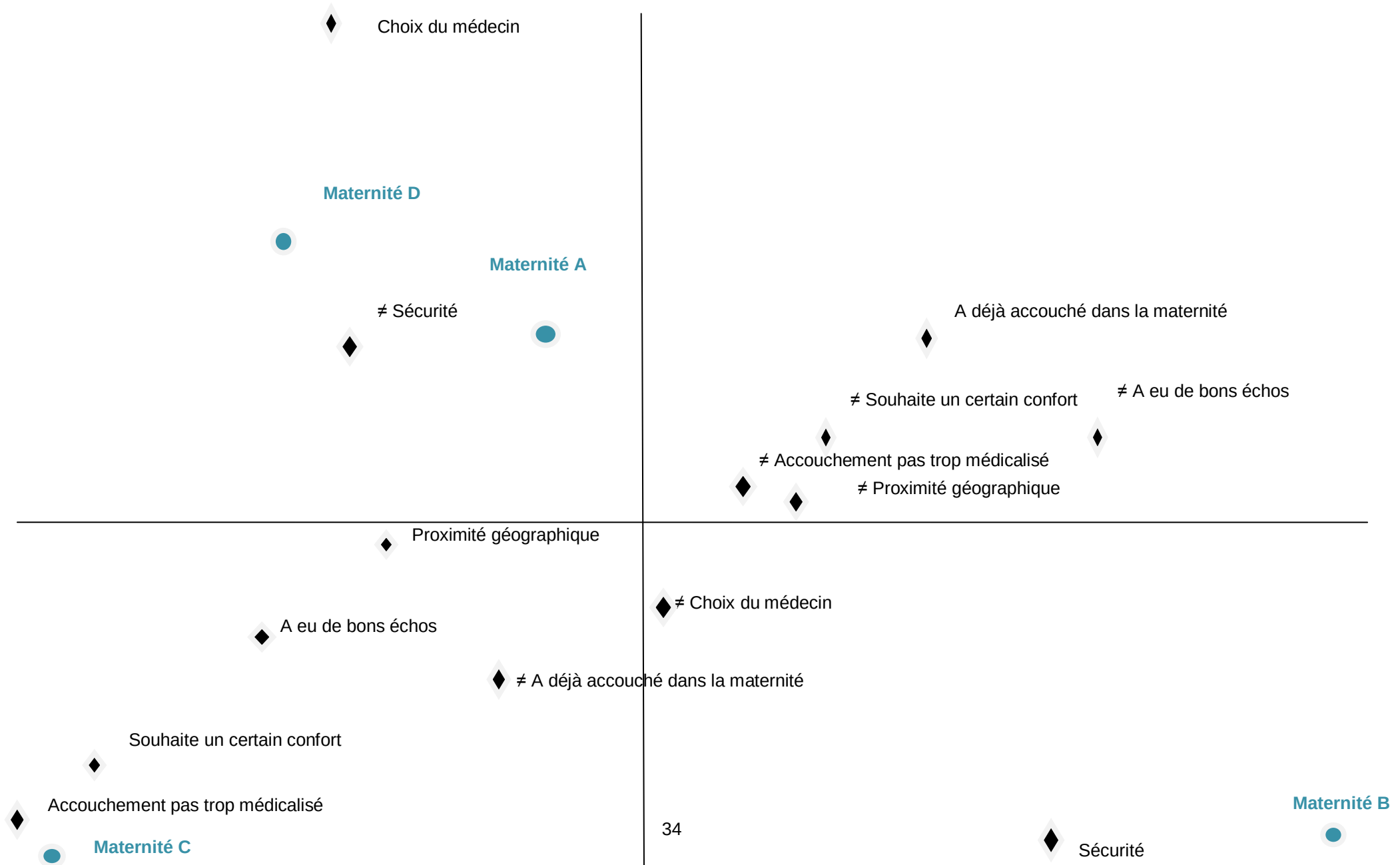
Le taux de femmes qui a choisi la maternité car elle **connaissait** ce lieu lors d'une précédente grossesse est à peu près **identique** entre les différentes maternités.

En revanche, il ressort nettement que les femmes de la **maternité B** le choisissent pour la **sécurité** ($p < 0.001$), et très peu par rapport aux **échos** de l'entourage ($p < 0.001$) et au confort ($p < 0.001$).

Pour les femmes de la **maternité A** surtout et les femmes de la maternité C, la **proximité géographique** est un argument de taille ($p < 0.003$). Les femmes de la **maternité C** recherchent également un peu plus le **confort** que les autres ($p < 0.001$), elles sont également fortement demandeuses d'un **accouchement pas trop médicalisé** ($p < 0.001$). Le **choix du médecin** est important pour un nombre non négligeable de femmes de la **maternité D** surtout et les femmes de la maternité A ($p < 0.001$).

Nous avons réalisé une analyse en correspondances multiples pour évaluer les liens entre les critères de choix du lieu d'accouchement entre eux, et également les liens entre ces critères et les différentes maternités de Nantes (**figure 14**). Les **variables** qui sont **proches** sur le graphique sont considérées comme **liées entre elles**, et les **variables proches des codages des maternités** sont considérées comme étant liées aux maternités concernées.

Figure 14 : Analyse en correspondances multiples sur 7 variables



3.5 Déroulement de l'accouchement et des suites de couches

Tableau 9 : Déroulement de l'accouchement et des suites de couches

Variables	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D
Prématuré < 37 SA (%)	3.5	8.0	3.7	0.0
Présentation siège (%)*	4.8	5.1	3.8	5.4
Jumeaux (%)	1.5	4.0	0.0	0.0
Poids de naissance (%)				
- ≤ 2500 g	2.8	8.6	0.0	1.6
- > 2500 g et ≤ 3500 g	65.0	67.3	56.3	57.8
- > 3500 g	32.2	24.1	43.8	40.6
Choix SF / médecin (%)	75.5	6.9	13.2	59.5
Si oui, présent (%)	52.0	50.0	43.8	56.8
Accouchement provoqué (%)				
- Par le médecin	22.1	28.0	15.2	33.9
- Choix personnel	4.5	4.7	5.4	4.8
Anesthésie (%)				
- Aucune	4.0	29.7	23.1	20.3
- APD / rachi	96.0	68.0	76.9	79.7
- AG	0.0	2.3	0.0	0.0
Césarienne (%)				
- En urgence	10.8	8.6	6.4	11.8
- Programmée	5.9	8.0	8.2	7.9
Episiotomie / déchirure (%)	65.9	54.5	52.2	63.3
Extraction instrumentale (%)	22.7	11.4	7.3	15.8
Complications PP** (%)	3.4	8.0	4.5	2.6
Allaitement maternel (%)	53.0	68.0	65.1	60.0
Transfert néonatal (%)				
- Dans la maternité	3.0	6.4	0.9	0.0
- Dans autre maternité	0.5	0.0	0.9	2.6
Complications en SDC***(%)	2.5	2.9	8.3	5.3

* Singleton + premier jumeau

** Post-Partum (MAVEU, HDD)

*** Variables (ictère physiologie du nouveau-né, problèmes d'allaitement, ...)

3.6 Satisfaction

3.6.1 Satisfaction

73.7 % des femmes se dit très contente vis-à-vis de son lieu d'accouchement, et 24.6 % se dit contente ; seules 9 femmes ne sont pas très contentes et 1 femme est très mécontente.

Tableau 10 : Satisfaction des femmes selon les maternités (n=562)

Satisfaction	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	p
Très contentes (%)	68.7	66.9	86.4	84.2	
Contentes (%)	31.3	29.7	10.9	14.5	
Pas très contentes (%)	0.0	3.4	1.8	1.3	ND*
Très mécontentes (%)	0.0	0.0	0.9	0.0	

*ND = Non Déterminé (test impossible)

Lorsque l'on compare seulement les femmes qui sont **très contentes**, on met en évidence une différence significative de satisfaction exprimée entre les différentes maternités : les femmes des **maternités C et D** se disent plus satisfaites que les femmes des maternités A et B (86.6 % et 84.2 % versus 68.7 % et 66.9 % ; $p<0.001$)

On remarque que les femmes qui n'avaient **pas choisi** ce lieu d'accouchement en premier sont **moins satisfaites** que les autres (seules 53.5 % de ces femmes sont très contentes versus 75.0 % pour les autres femmes ; $p<0.003$).

On observe **aucune différence** significative de satisfaction entre les femmes qui avaient des **attentes** particulières concernant l'accouchement et celles qui n'en avaient pas.

On observe par contre des différences de satisfaction selon la « typologie » des femmes : les femmes qui ont une **grande confiance** dans les médecins sont **plus satisfaites** que les autres (78.6 % très contentes versus 66.5 % ; $p<0.002$), et les femmes qui ont **besoin d'être sûres du diagnostic** posé, du traitement proposé et qui ont besoin également d'être écoutées sont **moins satisfaites** que les autres (58.8 % versus 77.8 % ; $p=0.000$). Concernant les femmes qui ont besoin de connaître le médecin ou la sage-femme pour être bien, et celles qui souhaitent maîtriser leur grossesse et leur accouchement, on ne retrouve pas de différence de satisfaction.

Si l'on met en parallèle la satisfaction des femmes et le déroulement de la grossesse, et **de l'accouchement et des suites de couches**, on n'observe **aucune différence significative**, sauf entre les femmes qui avaient **choisi un médecin ou une sage-femme** pour leur accouchement, et qui sont **moins satisfaites** lorsqu'il ou elle était **absent(e)** que lorsqu'il ou elle était présent(e) (65.4 % très contente versus 84.6 % très contente ; $p<0.001$).

3.6.2 Critères qui ont le plus compté

Les critères qui ont le plus compté par ordre décroissant sont : l'accueil, l'état de santé de l'enfant, l'écoute, la présence du père, le fait d'être soulagée, d'être près du bébé s'il ne va pas bien, la proximité / l'accessibilité de la maternité, le respect de l'intimité et le confort, et enfin d'être suivie par le même médecin / sage-femme. Deux autres critères ont été cités : les conseils donnés (n=5), et les compétences générales (n=1).

Tableau 11 : Critères qui ont le plus compté selon les maternités

Critères	Maternité A	Maternité B	Maternité C	Maternité D	p
Accueil (%)	72.6	63.4	78.2	81.6	<0.008
Bébé va bien (%)	69.2	75.4	65.5	71.1	NS*
Ecoute (%)	64.7	59.4	80.9	77.6	<0.001
Père présent (%)	64.7	61.1	76.4	65.8	NS
Etre soulagée (%)	50.7	45.7	57.3	53.3	NS
Etre près du bébé s'il ne va pas bien (%)	36.9	50.3	35.5	35.5	<0.002
Proximité géographique (%)	41.8	27.4	29.1	35.5	<0.02
Respect de l'intimité et confort (%)	27.4	18.9	37.3	38.2	<0.002
Etre suivie par même médecin / sage-femme (%)	36.3	9.1	15.5	43.4	<0.001

*NS = Non Significatif

Le fait **d'être « soulagé »** quand on a mal » compte plus pour les femmes **qui ont eu une anesthésie péridurale** ou une **rachianesthésie** que chez celles qui n'en ont pas eu (55.8 % des femmes qui ont eu une anesthésie péridurale ou rachianesthésie ont coché l'importance d'être soulagée contre 29.3 % des femmes qui ont accouché sans ; p=0.000)

Les femmes pour qui un des critères le plus important est que le bébé aille bien ne sont pas plus nombreuses en proportion chez les femmes qui décrivent des complications en post-partum, en SDC ou dont l'enfant a été transféré. A l'opposé, les femmes qui ont noté des **complications en post-partum** (<0.009), **en SDC** (p<0.05), ou dont **l'enfant a été transféré** (p<0.008) marquent plus d'intérêt au critère « être près du bébé s'il ne va pas bien ».

On ne note pas de différence entre le désir du père présent et le mode d'accouchement (césarienne et accouchement par voie basse).

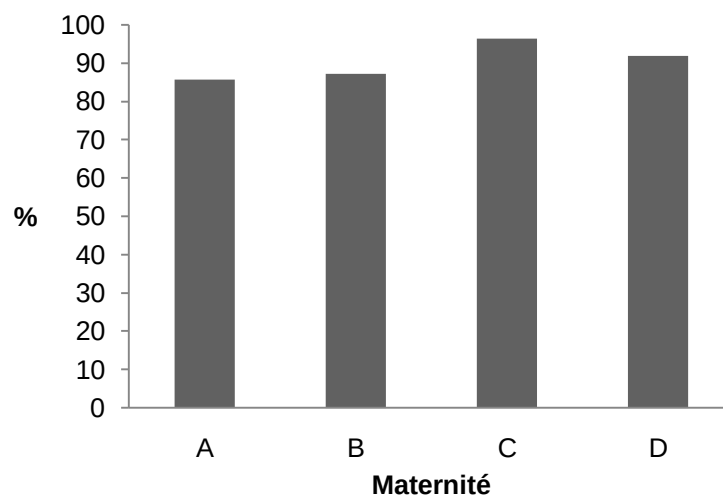
3.6.3 Critiques

Ce sont les femmes de la **maternité B** qui émettent le plus de critiques (20.6% versus 6.8 % en moyenne dans les autres maternités ; $p < 0.001$). Les critiques par ordre décroissant sont : le manque de confort, d'écoute ou de soutien, une APD trop tardive, un suivi pas assez personnalisé.

D'autres critiques ont été notées : le manque de cohérence dans certains conseils donnés en suites de couches ($n=5$), un accouchement trop médicalisé ($n=2$), le manque d'autonomie ($n=1$), et le fait d'être loin du bébé ($n=1$; bébé transféré).

3.6.4 Et pour une prochaine éventuelle grossesse ...

Figure 15 : Taux de femmes souhaitant revenir dans la même maternité pour une éventuelle prochaine grossesse



Les femmes des maternités C et D envisageraient plus que les autres de revenir accoucher là pour une éventuelle prochaine grossesse.

Un certain nombre de femmes n'a pas encore d'idée précise de la question (8.6 % des femmes).

Les femmes qui n'ont pas accouché dans le lieu qu'elles avaient choisi en premier **reviendront beaucoup moins** que les autres (48.8 % contre 90.0 % ; $p = 0.000$)

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. Biais et limites de l'étude

1.1 Les biais

Tout d'abord, notre échantillon ne comprend que 1 / 23^{ème} de la population annuelle. Il est possible qu'il ne soit pas entièrement représentatif de la population réelle, la distribution des questionnaires n'ayant pas eu lieu de manière systématique pendant toute la durée de l'enquête.

Nous émettons l'hypothèse également d'un biais de sélection : les femmes à faible niveau socioéconomique, étrangères, adolescentes, ou ne sachant pas lire, et les femmes dont la grossesse ou l'accouchement a été compliqué, ou encore celles dont l'enfant a été transféré ont probablement moins reçu le questionnaire.

On peut également évoquer les biais de questionnement et / ou de non compréhension de certaines questions, ceci pouvant fausser quelques peu les résultats retrouvés.

Concernant la satisfaction des femmes sur leur lieu d'accouchement, elle est difficile à apprécier : en effet, le questionnaire est distribué en suites de couches, soit peu de temps après l'accouchement ; les femmes sont donc fatiguées et concentrent leur attention sur l'enfant. Un certain temps est nécessaire pour leur permettre d'élaborer leur opinion et atténuer l'éventuelle crainte à exprimer une insatisfaction.

1.2 Les limites

Les limites de l'étude sont liées au mode d'investigation utilisé : des « erreurs » volontaires ou non sont toujours présentes dans les réponses apportées dans un questionnaire. Le désir de donner une image favorable et / ou une image de soi conforme, « normale » induit fréquemment des biais.

2. Interprétation des résultats

2.1 Rappel des principaux résultats par maternité

2.1.1 Maternité A

Dans la maternité A, le taux de pères cadres supérieurs tend à être plus bas que dans les autres maternités et le taux de pères ouvriers plus élevé. Le taux de pères en activité professionnelle, quant à lui, tend à être plus important.

Les femmes ont le plus de distance à parcourir pour atteindre la maternité, et viennent pour la grande majorité en voiture. Elles vivent pour la plupart dans l'agglomération nantaise, habitent plus souvent en maison et sont plus souvent propriétaires de leur logement que les femmes des maternités B et D. Le taux de gynécologues-obstétriciens et de médecins généralistes qui déclare la grossesse est à peu près identique ; la déclaration de grossesse a majoritairement lieu en ville, mais une portion non négligeable a lieu dans la maternité (25 %). Le gynécologue-obstétricien de la maternité est vu au moins une fois pour la quasi totalité des femmes.

Un peu plus de la moitié des femmes a choisi le lieu de l'accouchement au premier trimestre. Une femme sur cinq est conseillée par un médecin.

Les dépassements d'honoraires, les frais annexes (hôtellerie) ou l'avance obligatoire de frais ont très peu influencé les femmes de la maternité A. Pour la moitié d'entre elles, les dépassements d'honoraires sont pris en charge par leur mutuelle.

Les femmes ont une légère préférence pour accoucher dans un établissement privé.

Les femmes qui ont besoin de connaître le médecin et la sage-femme pour être bien et lui faire confiance sont fortement représentées dans cette maternité.

Leur principale attente concernant le déroulement de l'accouchement était l'anesthésie péridurale. Celles qui souhaitaient avoir une certaine liberté dans les mouvements et dans les positions d'accouchement étaient très peu nombreuses.

Les critères de choix du lieu d'accouchement qui ressortent par rapport aux autres maternités sont la proximité géographique et le désir de choisir son médecin. Ce sont ces mêmes critères qui ont le plus compté également a posteriori (la proximité géographique, et le fait d'être suivie par le même médecin ou sage-femme, qui traduit toujours l'attachement au médecin).

Les femmes sont un peu moins satisfaites et pensent moins revenir pour une éventuelle prochaine grossesse que les femmes des maternités C et D.

2.1.2 Maternité B

Les femmes de la maternité B ont tendance à vivre un peu moins en couple que celles des autres maternités.

Elles ont tendance à avoir moins de mutuelle complémentaire.

Elles tendent à avoir également plus d'antécédents d'enfants nés prématurément, d'enfants décédés, et de grossesses extra-utérines.

Environ une femme sur trois vient de Nantes même et une proportion non négligeable vient d'un autre département (1/10). Elles habitent plus souvent en appartement et sont plus souvent locataires que les femmes des maternités A et C. Les transports en commun sont utilisés par une femme sur cinq environ.

La grossesse est plus souvent déclarée par le médecin généraliste que par le gynécologue-obstétricien, et elle a lieu surtout en ville. Les différents professionnels de santé ont tous leur rôle dans le suivi de la grossesse.

Les femmes qui ont choisi leur lieu d'accouchement peu avant la naissance tendent à se retrouver ici (1.2 %). Plus de la moitié des femmes a déclaré avoir choisi seule, et une femme sur cinq sur les conseils de son conjoint. Un peu moins d'une femme sur dix n'avait pas choisi d'accoucher dans cette maternité ; la raison principale était les transferts pour raison médicale, ce qui sous-entend qu'elle est de niveau plus élevé que les autres maternités. Le taux de bébés ayant nécessité une surveillance particulière pendant la grossesse est par ailleurs plus élevé.

La visite de la maternité influence très peu ces femmes.

Ces femmes ont été le plus influencé dans leur choix par les dépassements d'honoraires, les frais annexes et l'avance de frais obligatoire (plus d'une femme sur dix). Un peu moins de la moitié des femmes déclare que les dépassements d'honoraires sont pris en charge par leur mutuelle complémentaire ; plus d'une femme sur trois ignore s'ils peuvent l'être ou non.

La majorité des femmes dit préférer accoucher dans un établissement public.

Les femmes qui ont besoin de connaître le médecin ou la sage-femme pour être bien et lui faire confiance sont peu présentes dans cette maternité.

Une proportion non négligeable de femmes souhaitait avoir une certaine liberté dans les mouvements et dans les positions d'accouchement (environ une femme sur cinq), et ne souhaitait pas avoir d'anesthésie péridurale (une femme sur dix).

Le critère de choix du lieu d'accouchement qui ressort par rapport aux autres maternités est la sécurité. Elles recherchent beaucoup moins le confort, et prêtent beaucoup moins attention aux échos de l'entourage. Le critère « être près du bébé s'il ne va pas bien » est celui qui a le plus compté a posteriori.

Les femmes sont un peu moins satisfaites et pensent moins revenir pour une éventuelle prochaine grossesse que les femmes des maternités C et D ; elles émettent également plus de critiques que les femmes des autres maternités.

2.1.3 Maternité C

Les femmes de la maternité C vivent pour la plupart dans l'agglomération nantaise et viennent surtout à la maternité en voiture. Elles habitent plus souvent en maison et sont plus souvent propriétaires de leur logement que les femmes des maternités B et D.

La grossesse est majoritairement déclarée par le médecin généraliste, en ville. Ces sont elles qui consultent également le plus leur médecin généraliste pendant la grossesse.

Les femmes de cette maternité tendent à choisir plus souvent que les autres avant la grossesse. Accoucher dans la maternité C est véritablement un choix : toutes les femmes avaient choisi ce lieu d'accouchement en premier. Une femme sur trois s'est fait conseiller par des amies.

Les dépassements d'honoraires, les frais annexes ou l'avance obligatoire de frais ont influencé une proportion non négligeable de femmes dans le choix du lieu d'accouchement (7.3 %). Un peu moins de la moitié des femmes déclare que les dépassements d'honoraires sont pris en charge par leur mutuelle complémentaire ; une proportion importante de femmes ignore s'ils peuvent l'être ou non. La majorité des femmes dit préférer accoucher dans un établissement privé.

Les femmes qui souhaitent maîtriser la grossesse et l'accouchement se trouvent en majorité dans cette maternité.

Les femmes qui ne souhaitaient pas d'anesthésie péridurale, et qui souhaitaient avoir une certaine liberté de mouvements et de positions d'accouchement y sont également les plus représentées.

Les critères de choix du lieu d'accouchement qui se démarquent le plus par rapport aux autres maternités sont le désir d'un accouchement pas trop médicalisé, le confort et la proximité géographique.

Et les critères qui ont le plus compté a posteriori pour ces femmes sont l'écoute, l'accueil et le respect de l'intimité / le confort.

Les femmes sont un peu plus satisfaites et pensent plus revenir pour une éventuelle prochaine grossesse que les femmes des maternités A et B.

2.1.4 Maternité D

Dans la maternité D, le taux de père cadres supérieurs tend à être plus élevé que dans les autres maternités et le taux de pères ouvriers plus faible. Le taux de pères en activité professionnelle, quant à lui, tend à être moins important.

La moitié des femmes vient de Nantes. Elles ont le moins de distance à parcourir pour atteindre la maternité, et ce sont celles qui y vont le plus à pied (1/10). Elles habitent plus souvent en appartement et sont plus souvent locataires que les femmes des maternités A et C.

La grossesse est majoritairement déclarée par le gynécologue-obstétricien et elle a lieu pour une grande partie dans la maternité (environ 40 %). Ce sont les femmes qui consultent le moins leur médecin généraliste pendant leur grossesse. Le gynécologue de la maternité est vu au moins une fois pour la grande majorité des femmes.

Les femmes de la maternité D tendent à choisir plus souvent que les autres au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre (un peu plus d'une femme sur dix). Leurs médecins interviennent beaucoup plus dans le choix du lieu d'accouchement que dans les autres maternités (plus d'une femme sur quatre).

La visite de la maternité les a le plus influencé (un peu plus d'une femme sur trois).

Les dépassements d'honoraires, l'avance obligatoire de frais ou les frais annexes ont eu très peu d'influence sur le choix du lieu d'accouchement ; un peu plus de la moitié des femmes déclare que les dépassements d'honoraires sont pris en charge par leur mutuelle complémentaire.

Les femmes qui disent préférer accoucher dans un établissement privé se trouvent en premier lieu dans cette maternité.

Les femmes qui ont besoin de connaître le médecin / la sage-femme pour être bien et lui faire confiance se trouvent en grande majorité dans cette maternité.

La grande majorité d'entre elles souhaitait une anesthésie péridurale, un peu plus d'une femme sur dix une liberté de position pendant l'accouchement ; très peu disait souhaiter une liberté de mouvement.

Le critère de choix du lieu d'accouchement qui se démarque le plus par rapport aux autres maternités est le désir de choisir son médecin. Elles choisissent beaucoup moins pour la sécurité.

Et les critères qui ont le plus compté a posteriori pour ces femmes sont : l'accueil, l'écoute, le fait d'être suivie par le même médecin / la même sage-femme, le respect de l'intimité et du confort, et enfin la proximité géographique.

Ces femmes sont un peu plus satisfaites et pensent plus revenir pour une éventuelle prochaine grossesse que les femmes des maternités A et B.

2.2 Répondre aux objectifs de l'étude et hypothèses de recherche

Nous n'avons mis en évidence aucune différence significative entre les maternités en ce qui concerne l'âge des couples, leur situation familiale, leur catégorie socioprofessionnelle et leur activité habituelle. Il semblerait qu'il y ait des différences entre les maternités en ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle du père ainsi que son activité habituelle, mais nous n'avons pas pu mettre ces différences, si elles existent, en évidence (trop faible échantillon).

En revanche l'origine géographique des femmes, la distance entre le domicile et la maternité, et le lieu de vie diffèrent entre les maternités.

Notre hypothèse 1 n'est que partiellement vérifiée : les seules caractéristiques sociologiques qui diffèrent de manière significative entre les maternités sont l'origine géographique et le lieu de vie des femmes.

On remarque que les femmes des maternités B et D habitent plus en appartement, sont plus souvent locataires de leur logement, et vivent le plus à Nantes. A l'inverse, on remarque que les femmes des maternités A et C habitent plus en maison, sont plus souvent propriétaires de leur logement, et vivent le plus dans l'agglomération nantaise. Nous émettons l'hypothèse d'un lien possible entre l'origine géographique des femmes et leur lieu de vie.

Nous avons retrouvé de grandes variations entre les maternités en ce qui concerne les critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes et leurs attentes, ce qui nous permet de vérifier notre deuxième hypothèse.

Les deux tiers des femmes disent préférer accoucher dans un hôpital public, ou préférer accoucher dans une clinique privée. Nous n'avons pas différencié dans notre questionnaire les établissements privés et les établissements PSPH, il est donc possible que les réponses obtenues ne reflètent pas

exactement la réalité ; nous pouvons noter néanmoins une **orientation préférentielle** des femmes selon le **statut** de la maternité.

Les femmes / couples font le choix du lieu d'accouchement surtout avant la grossesse, et non pas au premier trimestre. ***La première partie de notre hypothèse 3 n'est donc pas vérifiée.*** Les femmes choisissent malgré tout pour la majorité d'entre elles avant la grossesse ou au premier trimestre. Ce choix précoce est peut-être du aux places limitées dans les différentes maternités : le fait de choisir tôt permettrait de s'assurer une « place » dans la maternité souhaitée. Dans notre échantillon, 7.5 % des femmes n'a pas accouché là où elle le souhaitait. La première raison invoquée était le manque de places disponibles dans la maternité initiale. Il est possible cependant que le nombre de femmes ayant changé de maternité pour des raisons médicales ait été sous-estimé (biais de sélection des femmes).

La visite de la maternité influence très peu les femmes dans leur décision : il est vrai que cette visite (virtuelle ou non) a lieu à un stade avancé dans la grossesse, alors que dans la plupart des cas le choix de la maternité a déjà été fait.

Les femmes disent choisir leur lieu d'accouchement le plus souvent seules. Les amies arrivent en deuxième position suivies ensuite seulement des médecins. ***La deuxième partie de notre hypothèse 3 n'est donc pas vérifiée*** : les médecins ne jouent pas un rôle prépondérant dans le choix du lieu d'accouchement.

Nous trouvons une **différence de satisfaction** entre les maternités qui est **difficile à analyser**. Nous avons en effet montré qu'il existait un lien entre la typologie des femmes ou leurs attentes et leur satisfaction. Nous avons noté également que les femmes qui n'avaient pas accouché dans la maternité choisie initialement étaient moins satisfaites que les autres. La satisfaction des femmes dépendrait de divers facteurs... ainsi ce point est difficile à interpréter et nécessiterait une **analyse plus approfondie**.

2.3 Comparaisons des résultats à ceux d'autres études

Il existe très peu d'études en France concernant les critères de choix du lieu d'accouchement. Et il nous est difficile de comparer nos résultats à des études étrangères, où la culture, les attentes, le vécu, l'organisation du système de soin, ... sont différents. [2-22-23-24-25-26-31-38-41]

2.3.1 Orientation des femmes suivant le statut de la maternité

Dans notre étude, la plupart des femmes souligne une préférence en ce qui concerne le statut de la maternité

Sabine Goldnadel Soussan a étudié dans sa thèse plus spécifiquement le choix des femmes enceintes entre la clinique privée et l'hôpital. Elle a interrogé des femmes ayant accouché dans deux maternités parisiennes, de statut différent, proches géographiquement. Deux biais sont soulignés dans son étude : le niveau des maternités est différent (la maternité privée est de niveau 1, et la maternité publique de niveau 2 b, ce qui peut venir interférer dans les réponses obtenues...), et le

taux de réponse est faible (respectivement 12 et 25 %) avec un probable biais de sélection des femmes (les catégories socioprofessionnelles élevées sont plus représentées). Cette étude ne reflète donc qu'une partie des femmes enceintes ayant accouché dans ces deux maternités parisiennes et ne peut pas être généralisée. [52]

Des différences entre les deux maternités ont été retrouvées en ce qui concerne l'âge et la parité des femmes.

Les femmes primipares âgées de moins de 25 ans étaient davantage présentes dans la maternité privée. Pour expliquer le choix de la structure privée, la majorité d'entre elles disait souhaiter la présence du gynécologue-obstétricien pour l'accouchement, ainsi l'hypothèse qui a été émise est que les femmes les plus jeunes souhaiteraient la présence d'un médecin référent afin de les guider pendant la grossesse.

A l'opposé, les femmes primipares âgées de 25 ans ou plus étaient davantage représentées dans la structure publique. Pour expliquer le choix de la structure publique, la majorité d'entre elles avaient souligné l'encadrement médical et la structure adaptée à la prise en charge du nouveau-né, ainsi l'hypothèse qui a été émise est que les femmes plus âgées seraient davantage au courant des risques éventuels pouvant survenir au cours de la grossesse ou de l'accouchement, et préféreraient privilégier la sécurité (grossesse précieuse).

Les femmes multipares, quant à elles, étaient plus présentes dans la structure privée ; elles citaient plus le confort et l'hôtellerie pour expliquer leur choix, et ce davantage quand elles avaient plus d'enfants ; ainsi l'hypothèse qui a été émise est que ces femmes privilégieraient l'idée du repos.

Aucune différence significative entre les structures n'a été retrouvée dans son étude en ce qui concerne la catégorie socioprofessionnelle des femmes. Nous n'en avons pas non plus retrouvé dans notre étude. L'accès aux cliniques apparaît facilité de nos jours, il ne semble plus réservé aux seuls couples appartenant à un milieu socioéconomique élevé. Cependant, il est probable que les dépassements d'honoraires, les frais annexes ou l'avance obligatoire de frais orientent certaines femmes vers un établissement public ou PSPH. Dans notre étude, 6.6 % des femmes disent avoir été influencé dans leur choix.

2.3.2 Les quatre types de confiance [2]

Dans notre étude, la typologie de femmes varie suivant les maternités. Les femmes qui souhaitent maîtriser leur grossesse et leur accouchement sont plus nombreuses dans la maternité C, et les femmes qui ont besoin de connaître le médecin ou la sage-femme pour être bien et lui faire confiance, dans les maternités A et D.

Béatrice Jacques, après une série d'entretien avec de jeunes mères, a dégagé quatre types de confiance :

- la **confiance « dépersonnalisée »**

Ce type de femmes ferait totalement confiance aux médecins (situation asymétrique). Elles accorderaient une faible importance à la dimension relationnelle dans l'interaction, et rechercheraient

avant tout la compétence technique. Elles appartiendraient plutôt à la classe populaire, seraient plutôt primipare et accoucheraient plutôt en centre hospitalier universitaire. Elles seraient en général très satisfaites de leur prise en charge.

- la confiance « totale »

Ces femmes auraient besoin de connaître le médecin avant de lui faire entièrement confiance. Elles accorderaient de l'importance à avoir la reconnaissance du médecin en tant qu'individu particulier.

- la confiance « processus »

La confiance que les femmes porteraient aux soignants ne serait jamais acquise, mais sans cesse réactivée par la démonstration des compétences du professionnel et sous-tendue par la recherche permanente d'une relation personnelle au médecin, et d'un besoin d'écoute. Ce type de confiance se retrouverait quelque soit la parité, le milieu social, et le lieu d'accouchement.

-la confiance « partenariat »

Dans ce type de confiance, la reconnaissance de compétences techniques et médicales ne serait pas suffisante, les femmes attendraient du médecin qu'il s'engage totalement dans la relation (contrat bilatéral). Si la relation est plus égalitaire, ce serait aussi parce que la patiente dispose d'un savoir sur la grossesse et l'accouchement auquel le médecin accorde une certaine légitimité. Paradoxalement, ces patientes viendraient chercher une relation « démedicalisée » dans une structure à la pointe de la technologie. La relation de confiance n'est alors possible que parce que le médecin accepte de développer un autre mode d'exercice.

2.3.3 Critères de choix du lieu d'accouchement

2.3.3.1 Critères de choix du lieu d'accouchement

Dans notre étude, les femmes choisissent leur lieu d'accouchement surtout par rapport aux échos de l'entourage (48.6 %) et la sécurité (47.1 %). Les autres critères cités sont la proximité géographique de la maternité (38.1 %), la satisfaction d'un suivi antérieur (34.9 %), le confort (25.1 %), le souhait d'un accouchement pas trop médicalisé (12.1 %), et enfin le désir de choisir le médecin (9.2 %).

Nous observons les mêmes résultats dans l'étude de Claudine Burban, en ce qui concerne le taux de femmes ayant choisi le lieu d'accouchement par rapport à la sécurité (52.5 %), la proximité géographique de la maternité (38 %), ou parce qu'elles souhaitaient un accouchement pas trop médicalisé (12 %). Deux autres critères de choix étaient proposés dans le questionnaire : le choix pour la structure privée ou publique, où respectivement 17 % et 15% des femmes avaient répondu positivement. Cette étude a été réalisée en 2000 auprès de 202 femmes des différentes maternités de Nantes. [51]

L'INSERM a réalisé en 2001 une étude sur les critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes dites « à bas risque » (pas d'accouchement prématuré, de transferts pré ou post-natal ou d'hospitalisation pendant la grossesse), en Bourgogne, en Pays de la Loire (Vendée et Loire-

Atlantique) et en Ile de France (Seine-Saint-Denis). La quasi totalité des maternités concernées a accepté de participer à cette étude. Les femmes étaient interrogées par questionnaire en suites de couches après leur accouchement ; au total, 536 questionnaires ont pu être analysés. La répartition de l'âge des femmes et de la parité était homogène entre les régions ou départements enquêtés ; en revanche, le niveau socioéconomique des femmes était plus faible en Seine-Saint-Denis et plus élevé en Vendée et Loire-Atlantique. Le **premier critère de décision** cité par les femmes était la **proximité / l'accessibilité** de la maternité (une femme sur trois) ; venait ensuite la **réputation de la maternité** (29 % des femmes), la qualité technique de l'établissement (15 % des femmes), et enfin le conseil du médecin traitant (13 % des femmes). Une seule femme avait cité le prix comme étant son premier critère de décision. On note un taux de non réponse élevé à cette question (9 %). [12]

C'est également ce même critère de **proximité** qui est cité en premier par les femmes dans l'enquête nationale périnatale 2003 (54.3 %). Il est suivi de la qualité de l'accompagnement (41.3 %), la connaissance du médecin ou de la sage-femme (41.0 %), l'absence de choix possible (7.1 %) et le choix imposé par la présence de complications (2.8 %). [47]

Le désir d'accoucher dans une maternité proche du domicile peut être compréhensible : une distance trop importante augmente le risque d'accoucher à domicile ou sur le trajet vers la maternité. Ce désir de proximité a d'ailleurs été plus souvent observé dans le cadre de l'obstétrique que d'autres spécialités. [2-12]

2.3.3.2 Différences régionales

Il semblerait que les critères de choix du lieu d'accouchement diffèrent entre les régions

Dans l'étude INSERM 2003, les critères de choix cités le plus par les femmes différaient selon les régions / départements étudiés : le premier critère cité par les femmes de **Vendée et de Loire-Atlantique** était la **réputation** de la maternité ; en **Bourgogne**, le premier critère cité était la **proximité / l'accessibilité** de la maternité ; et en **Seine-Saint-Denis**, les deux critères qui ressortaient étaient la **proximité / l'accessibilité** de la maternité et le **conseil du médecin traitant**. La proportion de femmes ayant choisi la maternité pour son **niveau technique** variait également entre les régions, et était le plus élevé en **Vendée et Loire-Atlantique**.

L'influence du contexte géographique sur la décision a été étudiée, et il a été retrouvé un lien significatif, en particulier si la femme ne disposait que d'une maternité à 30 minutes ou moins du domicile : autrement dit, les femmes qui disposaient le moins de possibilités étaient les plus sensibles à la proximité / l'accessibilité de la maternité (comme les femmes de la région Bourgogne) et inversement.

En **Seine-Saint-Denis**, le **taux de non-réponse** était particulièrement élevé et, chez les femmes qui avaient répondu, une proportion non négligeable avait suivi les **conseils de son médecin** traitant. Plusieurs hypothèses ont été évoquées : **trop de possibilités** rendraient le **choix plus difficile** ; de nombreuses maternités parisiennes étant **surchargées**, il est possible que les femmes aient choisi par seul souci de s'assurer une place (critère qui n'apparaissait pas dans le questionnaire) ; et enfin,

les femmes immigrantes, qui sont plus nombreuses dans cette région, auraient peut-être moins de sources de conseil disponibles.

Enfin, en Loire-Atlantique et en Vendée, les maternités sont en moyenne de taille plus importante et davantage concentrées au sein de centres urbains : les femmes de cette région seraient ainsi **moins influencées par la proximité géographique** de la maternité. La part d'établissements privés est par ailleurs plus importante que dans les deux autres régions, ce qui pourrait expliquer que les femmes basent plus leur choix sur la réputation de la maternité : elles choisiraient plus en fonction des attributs associés au **service privé** (suivi personnalisé, confort). [12]

2.3.3.3 Différences selon les caractéristiques individuelles des femmes

Nous observons dans notre étude un lien entre l'âge, la parité, le niveau d'étude des femmes et les critères de choix du lieu d'accouchement

Dans notre étude, les femmes **primipares** sont plus nombreuses à choisir pour la sécurité, le confort, la proximité géographique, et enfin par les échos de l'entourage ; alors que les femmes multipares, reviennent pour beaucoup car elles étaient satisfaites de leur précédente prise en charge. Les femmes de **moins de 30 ans** sont plus influencées par la réputation de la maternité, alors que les femmes plus âgées s'appuient davantage sur leur propre expérience. Enfin, les femmes qui ont un **niveau d'étude supérieur ou égal à bac+2** sont plus nombreuses à attendre un accouchement pas trop médicalisé.

L'étude de l'INSERM 2001 retrouve ce même lien, mais les **associations retrouvées diffèrent**.

Les femmes de moins de 20 ans choisissaient davantage en fonction de la proximité / l'accessibilité de la maternité, alors que les femmes âgées de plus de 38 ans choisissaient plus en fonction des conseils de leur médecin traitant. Les femmes primipares quant à elles étaient plus sensibles à la qualité technique de l'établissement ou aux conseils de leur médecin, alors que les femmes multipares l'étaient davantage à la réputation de la maternité. Enfin, les femmes qui avaient un niveau d'étude élevé choisissaient plus en fonction des qualités techniques de l'établissement. [12]

2.3.3.4 Importance des critères subjectifs

Les critères subjectifs ne sont sans doute pas disjoints des critères objectifs

Au-delà des dimensions de type organisationnel, les femmes sont aussi probablement très sensibles à la manière dont peut se constituer une relation de qualité avec le personnel médical et paramédical. L'écoute, l'empathie et la présence de l'équipe sont sûrement des facteurs déterminants dans l'orientation du choix des futurs parents. Dans notre étude, deux femmes ont changé d'avis suite à un mauvais accueil dans la maternité initiale. [2]

2.3.3.5 Et concernant le choix de l'accouchement à domicile

Nous n'avons pas traité ici de l'accouchement à domicile. Il semblerait, contrairement aux idées reçues, que les femmes qui accouchent à domicile, ne sont pas des femmes marginales, des « baba cool », elles auraient la particularité pour beaucoup d'être proches du milieu médical, qu'elles contestent, et d'appartenir à un milieu riche en capital culturel (milieu de l'enseignement, de la création). Elles seraient donc souvent très au fait des innovations médicales, mais pour elles, la sécurité passerait avant tout par un bon accompagnement. Si le retour à la nature constitue l'un des pivots de l'accouchement à domicile, les notions d'engagement, de citoyenneté et de projet (de société) alternatif sont aussi fondamentales. L'accouchement à domicile se présenterait ainsi également comme un véritable « acte politique ». [2]

Pour certaines femmes, le choix du lieu semblerait peu important ...

« On accouche partout pareil, là ou ailleurs... » [2]. Dans notre étude, une femme a d'ailleurs pris son annuaire et choisi simplement la maternité la plus proche de chez elle.

2.3.4 Sources de conseils pour le choix du lieu d'accouchement

Dans notre étude, la majorité des femmes a choisi seule (43.2 %). Les amies sont celles qui les ont ensuite le plus guidées dans leur choix (22.7 %), suivi des médecins (20.5 %), de la famille (13.1 %), du conjoint (12.2 %), d'internet (5.5 %) et enfin des sages-femmes (1.6 %).

Dans l'étude de Claudine Burban, la femme avait choisi seule également dans la majorité des cas (44 %), la famille et le conjoint intervenaient aussi dans 26 % des cas, et les amies dans 23 % des cas. En revanche, les médecins étaient davantage intervenus (24 % des cas). [51]

Dans l'étude de Sabine Goldnadel Soussan, le médecin spécialiste intervenait plus dans le choix du lieu d'accouchement dans le secteur privé que dans le secteur public (3/4 versus 1/3), l'hypothèse formulée est que le médecin oriente la femme vers la clinique où il exerce. [52]

Les femmes primipares accorderaient plus d'importance au conseil donné par un médecin, les pairs venant simplement confirmer par leur récit le choix médical. [2]

2.3.7 Satisfaction

Dans notre étude, 73.7 % des femmes se dit très contentes de son choix et 89.1 % pense revenir pour une éventuelle prochaine grossesse

Comme nous l'avons déjà évoqué, la satisfaction des femmes a été mesurée juste après l'accouchement, elle est donc difficile à analyser.

Il semblerait malgré tout que la majorité des femmes vivrait l'accouchement de façon positive et souhaiterait donc reproduire un parcours identique.

Pour celles qui ne sont pas tout à fait satisfaites, il existe deux solutions : elles peuvent transformer leurs déceptions en ressources et négocier avec les professionnels de santé les cadres de leurs nouvelles expériences, ou donner un nouveau sens à leur trajectoire avec la modification possible des critères de choix (la proximité peut devenir secondaire comparé à la présence d'un service de réanimation néonatale, suite à un antécédent d'enfant transféré). [2]

La mesure de la satisfaction des patients par les hôpitaux est obligatoire en France depuis 1996. Les questionnaires de sortie usuels ne sont le plus souvent pas validés sur le plan métrologique, le taux de réponse faible, et les résultats facilement manipulables par les soignants [20]. Le « réseau sécurité naissance – naître ensemble » des Pays de la Loire projette de réaliser en 2008 une enquête destinée à mesurer la satisfaction des usagères des différentes maternités de Loire Atlantique. Le questionnaire serait envoyé 6 semaines après la naissance et les thèmes abordés seraient la surveillance de la grossesse, l'accouchement (la perception, l'écoute, l'intimité) et les suites de couches.

L'expression de l'opinion et des attentes des usagers est un **outil d'aide à la décision**, en particulier dans le cadre de la politique de réduction des inégalités régionales d'offre de soins, définie comme **une des 10 priorités de santé publique en France**. [18]

3. Propositions d'organisation du suivi de la grossesse et de l'accouchement sur l'agglomération nantaise

3.1 Orientation des femmes suivant leur niveau de risque

Il est nécessaire d'orienter les femmes suivant leur niveau de risque obstétrical, afin que les maternités de niveau élevé ne soient pas surchargées.

3.1.1 Par une information

3.1.1.1 Information des femmes

Il serait souhaitable de mieux informer les femmes sur l'offre obstétricale disponible et les orienter vers une prise en charge adaptée à leur niveau de risque.

Il n'existe pas actuellement de supports très développés qui fourniraient une liste de critères sur lesquels les futurs parents pourraient s'appuyer. Les descriptions des établissements disponibles sont souvent pauvres et situés dans un registre très médical.

Le **réseau périnatal** a comme **rôle l'orientation de la femme enceinte** vers le lieu le plus adapté à sa surveillance (situation pathologique ou risque psychosocial), en privilégiant si possible la proximité de son lieu d'habitation. Le plan périnatalité 2005-2007 souhaite **renforcer ce rôle** : les réseaux de

chaque région sont appelés à constituer un document d'information pour les usagers, qui comprendrait un certain nombre d'indications claires et détaillées sur les modalités de prise en charge des différentes maternités (taux de césariennes, durée moyenne d'hospitalisation), sur les niveaux de soins néonataux des maternités, et sur les missions dévolues à chacun de ces niveaux. [48]

L'entretien individuel du 4^{ème} mois, mis en place par le plan périnatalité 2005-2007, avait également comme objectif l'information des futurs parents sur les ressources de proximité, et les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés pour le suivi de la grossesse. [48]

L'HAS a également émis de nouvelles recommandations concernant l'information des femmes enceintes

Elle recommande de fournir des informations écrites sur l'offre de soins locale, ou à défaut d'indiquer où en trouver. Elle souhaite également que l'on tienne compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme ou du couple pour l'informer sur les services de soins disponibles, le coût des prestations, les possibilités pour le suivi de la grossesse, la préparation à l'accouchement, l'accouchement et les soins postnatals au sein des réseaux inter établissement et ville-hôpital ; ainsi que la nécessité d'une inscription plus ou moins précoce dans le lieu de naissance de son choix. [43]

3.1.1.2 Information des médecins, des sages-femmes

On note que les médecins, et à plus forte raison les sages-femmes, sont très peu intervenu dans le choix du lieu d'accouchement par la femme. Nous pouvons émettre deux hypothèses : la première serait que les femmes ne recherchent pas forcément un avis médical puisque de nombreux critères personnels entrent en jeu (dans notre étude, la majorité des femmes dit avoir choisi seule) ; la deuxième hypothèse serait que les professionnels de santé ne se sentent pas tous concernés par le choix du lieu d'accouchement de leurs patientes.

Le plan périnatalité 2005-2007 souhaite ouvrir les réseaux périnataux aux autres acteurs de prévention : les services de protection maternelle et infantile, les médecins généralistes, et également les sages-femmes qui auraient un rôle important à jouer. [48].

3.1.2 Les listes d'inscription

Dans notre étude, nous retrouvons les **difficultés des maternités à faire face à la demande des femmes** : 28 d'entre elles n'ont pas pu accoucher dans la maternité choisie au départ par **manque de place**.

La clinique Jules Verne puis le CHU ont justifié la mise en place de **listes d'inscription** par cette nécessité de réguler l'offre de soins, et le désir d'assurer un accueil de qualité aux mères et aux couples, tant sur le plan technique que relationnel.

En généralisant les listes d'inscription pour tous, le nombre de femmes qui se verrait refuser l'accès à la maternité choisie augmenterait : or, les femmes choisissent leur lieu d'accouchement en fonction de la réputation de la maternité (échos de l'entourage), elles ont des attentes personnelles, la demande n'est pas « fongible » d'une maternité à une autre. Il est probable que le changement de maternité

entraîne plus de mécontentements (en effet, comme l'a montré notre étude, les femmes qui n'ont pas accouché là où elles avaient prévu étaient moins satisfaites).

De plus, tous les établissements ne peuvent pas appliquer de la même façon le principe des listes d'inscription : en effet, les établissements publics ont le **devoir** de recevoir toute personne qui en fait la demande, plaçant ses services dans une obligation de prise en charge, sans possibilité de régulation, à la différence des établissements privés (sauf urgence manifeste).

D'autres part, ce sont probablement les mères et les couples les mieux informés qui s'inscrivent le plus tôt ; d'une certaine manière, on risque d'assister à une compétition entre les maternités pour accueillir les parents favorisés.

Afin d'adapter l'offre à la demande dans l'agglomération nantaise, nous pourrions envisager une diversification de l'offre de soins, par l'instauration de maisons de naissance par exemple, et / ou une augmentation des ressources des maternités en moyens et en personnel.

3.1.3 Dossiers de suivi

La demande étant supérieure à l'offre, les maternités peuvent se trouver en difficulté en ce qui concerne le suivi de la grossesse (dates difficiles à respecter, en particulier pour les échographies). On pourrait envisager que le suivi de grossesse puisse se faire dans un endroit et l'accouchement dans un autre selon les places disponibles et selon le choix de la femme. Cette organisation, outre le fait qu'elle puisse être considérée comme peu satisfaisante, pose également le problème du document de suivi de la grossesse.

Dans le cadre du Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire, un dossier commun de surveillance de grossesse pourrait être proposé sous forme papier - comme l'envisage le nouveau Carnet de maternité gardé par la patiente –, ou sous format informatique disponible par tout médecin après accord de la patiente.

La consultation du 8^{ème} et du 9^{ème} mois reste obligatoire dans le lieu d'accouchement prévu.

3.2 Respecter le choix du lieu d'accouchement de la femme

Notre étude a montré que les attentes des femmes diffèrent entre les maternités...

La femme doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués, mais elle doit rester libre du choix du professionnel qui la suit.

La **loi du 4 Mars 2002** a instauré le principe du consentement éclairé du patient, et confirmé le principe du libre choix par les usagers du praticien et du secteur d'exercice. L'**OMS** recommande de la même façon le respect du choix éclairé de la femme quand au lieu de naissance. [49]

CONCLUSION

Dans notre étude, les femmes choisissent le lieu d'accouchement le plus souvent avant la grossesse, seules, et d'après la réputation de la maternité. Les caractéristiques sociologiques des couples, hormis leur origine géographique et leur lieu de vie, ne diffèrent pas dans notre étude entre les maternités de Nantes ; ce qui ressort surtout ce sont les critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes, et leurs attentes.

Les maternités ont parfois des difficultés à faire face à la demande : un nombre non négligeable de femmes dans notre étude n'a pas pu accoucher là où elles le souhaitaient par manque de place. Ces femmes étaient en général moins satisfaites de leur suivi que les autres.

Les listes d'inscription, justifiées dans l'optique de réguler la demande, ont leurs limites : le changement de maternité risque d'entraîner plus de mécontentement des femmes, de favoriser les couples les mieux informés, et également pénaliser les établissements publics qui sont eux dans une obligation de prise en charge.

Afin d'adapter l'offre à la demande dans l'agglomération nantaise, nous pourrions envisager une diversification de l'offre de soins, par l'instauration de maisons de naissance par exemple, et / ou une augmentation des ressources des maternités en moyens et en personnel.

Une meilleure information des femmes par les médecins et les sages-femmes notamment, sur l'offre obstétricale disponible et adaptée est également nécessaire, afin de mieux orienter les femmes suivant leur niveau de risque et décharger les maternités de niveau élevé.

La femme doit rester libre du choix du lieu d'accouchement et du professionnel qui la suit, comme l'ont préconisé la loi du 4 Mars 2002 et l'Organisation Mondiale de la Santé.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- [1] ADAM P., HERZLICH C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris : Nathan, 1994, 128 p.
- [2] JACQUES, Béatrice. *Sociologie de l'accouchement*. 1^o éd. Paris : Presses Universitaires de France, 2007, 209 p. (Partage du savoir)

ARTICLES DE PERIODIQUES

- [3] AKRICH M. Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. Analyse et point de vue du sociologue. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.197-204.
- [4] AKRICH M., DEVELAY A., NAIDITCH M., *et al.* Dispositifs d'offres de soins obstétrico-pédiatriques : filières, trajectoires, usagers. Convention MIRE 29/96, 1998, 11 p. [Consulté le 27/12/07]. Disponible sur :
<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/12/21/02/PDF/00syntheseMire.pdf>
- [5] BASHSHUR R.L., SHANNON G.W., METZNER C.A. Some ecological differentials in the use of medical services. *Health services Research*, 1971, p.61-75.
- [6] BLONDEL B., GRANDJEAN H. Prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés dans les grossesses à bas risque. Bilan de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.8-20.
- [7] BLONDEL B., NORTON J., DU MAZAUBRUN C., *et al.* Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2001, vol. 30, n°6, p.552-64.
- [8] BOLTANSKI, Luc. Les usages sociaux du corps. *Les Annales*, 1971, vol. 26, n° 1, p.205-33 [Consulté le 06/09/07]. Disponible sur :
<http://www.educmot.univ-montp1.fr/DocumentsPESAP/boltanski.pdf>
- [9] BREART G., PUECH F., ROZE J.C. Mission périnatalité. Vingt propositions pour une politique périnatale [Consulté le 30/12/07]. Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/20_propositions/perinatalite.pdf
- [10] BUISSON G. Le réseau des maternités entre 1996 et 2000. Un mouvement de réorientation des grossesses à risque avec de fortes disparités régionales. *Etudes et résultats*, 2003, n°225, 8 p.

- [11] CHEBROUX J.B. Les enjeux de l'organisation hospitalière : le point de vue d'usagers. *Santé publique*, 2003, vol. 15, n° 4, p.437-48.
- [12] COMBIER E., ZEITLIN J., DE COURCEL N., *and al.* Choosing where to deliver : decision criteria among women with low-risk pregnancies in France. *Social Science & Medicine*, 2004, vol. 58, n° 11, p.2279-89.
- [13] DAUPTAIN G, ROTTEN D. Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. Analyse et point de vue des obstétriciens de Centres Hospitaliers Généraux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.110-116.
- [14] DAVID S., MAMELLE N., RIVIERE O., *et al.* Qui accouche où ? Qui naît où ? Analyse à partir du réseau Sentinelle AUDIPOG en 1997-98. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2000, vol. 29, n° 8, p.772-783.
- [15] DREYFUS M. Les réseaux en périnatalogie. L'expérience française. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.70-75.
- [16] DREYFUS M., TISSIER I. Le lieu d'accouchement. Constat et données scientifiques. 29^{ème} Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale, Monaco, 1999.
- [17] DUPUIS O., DE TAYRAC R., POILPOT S., *et al.* Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal. Résultats de l'enquête DOM 2000. *Gynecol Obstet Fertil*, 2002, vol. 30, p.677-83.
- [18] GASQUET I., VILLEMINOT S., DOS SANTOS C., *et al.* Adaptation culturelle et validation de questionnaires de satisfaction à l'égard du système de santé français. *Santé publique*, 2003, vol. 15, n° 4, p.383-402.
- [19] GERBAUD L., LAURENS-BELGACEM B., ANTONIOTTI S., *et al.* L'utilisation des questionnaires de sortie, une enquête réalisée auprès de sept centres hospitaliers. *Santé publique*, 2002, vol. 14, n° 1, p.21-30.
- [20] GERBAUD L., MASCART M., BELGACEM B., *et al.* Développement d'un auto-questionnaire évaluant la satisfaction des femmes à l'égard des maternités. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2003, vol. 32, n° 2, p. 139-156.
- [21] GRANDJEAN H., ARNAUD C., TAMINH M., *et al.* Prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés dans les grossesses à haut risque. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.21-36.

- [22] HALLIDAY S.V., HOGARTH-SCOTT S. New Customers to be Managed : pregnant women's views as consumers of healthcare. *Journal of Applied Management Studies*, 2000, vol. 9, n° 1, p.55-69.
- [23] HUNDLEY V., RENNIE A.M., FITZMAURICE A., *and al.* A national survey of women's views of their maternity care in Scotland. *Midwifery*, 2000, vol. 16, n° 4, p.303-13.
- [24] LEACH Joanne, DOWSWELL Therese, HEWISON Jenny, *and al.* Women's perceptions of maternity carers. *Midwifery*, 1998, vol. 14, n° 1, p.48-53.
- [25] LUNDGREN I. Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery*, 2005, vol. 21, p. 346-354.
- [26] MADI B.C., CROW R. A qualitative study of information about available options for childbirth venue and pregnant women's preference for a place of delivery. *Midwifery*, 2003, vol. 19, n° 4, p.328-36.
- [27] MAMELLE N., DAVID S., LOMBRAIL P., *et al.* Indicateurs et outils d'évaluation des réseaux de soins périnataux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2001, vol. 30, n° 7, p.641-56.
- [28] MAMELLE N., MARIA B., ROZAN M.A., *et al.* Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau Sentinelle AUDIPOG. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2003, vol. 32, n° 7, p.617-22.
- [29] MARIA B., DAUPTAIN G., GAUCHERAND P., *et al.* Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. Communication aux Etats Généraux de la naissance. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2003, vol. 32, n° 7, p.606-616.
- [30] NAIDITCH M., BREMOND M. Réseaux et filières en Périnatologie. Définitions, typologie et enjeux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.52-61.
- [31] O'CATHAIN Alicia, THOMAS Kate, WALTERS Stephen J., *and al.* Women's perceptions of informed choice in maternity care. *Midwifery*, 2002, vol. 18, n° 2, p.136-44.
- [32] PAPIERNIK E. Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux en fonction du contexte de la démographie et des contraintes budgétaires. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.37-51.
- [33] ROZE J.C., BOOG G., GRAS C. *et al.* Soins périnataux : avantages et inconvénients du fonctionnement en réseau. Analyse et point de vue du pédiatre de CHRU. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.153-161.

[34] RUFFIE A., DEVILLE A., BAUBEAU D. Etat des lieux des structures obstétricales et néonatales en France. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.37-51.

[35] SAGOT P. Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux en cas de retard de croissance intra-utérin, malformation, pathologie materno-fœtale, accouchement à haut risque, complications du post-partum. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.94-103.

[36] TRESMONTANT R., RICHARD A., PAPIERNIK E. Analyse de l'attraction d'un service d'obstétrique. Analyse des préférences par la distance géographique, en fonction du niveau socioculturel et des antécédents médicaux. *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1985, vol. 33, n° 1, p.22-8.

[37] TRUFFERT P. Arguments en faveur d'une relation entre l'organisation des soins périnataux et l'optimisation de la prise en charge de la prématurité et des grossesses multiples. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.85-93.

[38] VAN DER HEYDEN J.H.A., DEMAREST S., TAFFOREAU J., *and al.* Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy*, 2003, vol. 65, p.153-165.

[39] VIOSSAT P., PONS J.C. Maisons de naissance : revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2001, vol. 30, n° 7, p.680-87.

[40] ZAITLIN J. Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux à l'étranger. Prise en charge des grossesses à risque d'accouchement prématuré en Europe. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1998, vol. 27, suppl. n° 2, p.62-69.

[41] ZELEK B., ORRANTIA E., POOLE H., *and al.* Home or away ? Factors affecting where women choose to give birth. *Can Fam Physician*, 2007, vol. 53, n°1, p.78-83.

RAPPORTS

[42] DREES

Enquête nationale périnatale 2003, Compléments de cadrage : les disparités sociales en matière de santé périnatale et apports des autres sources. Paris : Drees, 2005, 51 p. [Consulté le 11/09/07].

Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/rapport/perinat2003t2.pdf>

[43] HAS

Recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005, 26 p. [Consulté le 27/12/07]. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf

[44] HAS

Recommandations professionnelles. Préparation à la naissance et à la parentalité. Novembre 2007, 24 p. [Consulté le 27/12/07]. Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

[45] HAS

Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007, 39 p. [Consulté le 27/12/07]. Disponible sur :

http://sfmp.net/download/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_.pdf

[46] HCSP

La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Edition ENSP, Rennes, 1994, 255 p. [Consulté le 27/12/07]. Disponible sur :

<http://www.bdsp.tm.fr/fulltext/show.asp?Url=/Hcsp/Rapports/hc001041.zip>

[47] INSERM

Enquête nationale périnatale 2003, Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris : Inserm U. 149, 2005, 99 p. [Consulté le 11/09/07]. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/tableaux.pdf>

[48] MINISTERE DE LA SANTE

Plan « périnatalité » 2005-2007- Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004, 40 p. [Consulté le 06/10/07]. Disponible sur :

<http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>

[49] OMS

Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. 1997, 60 p. [Consulté le 02/01/08]. Disponible sur :

[http://www.who.int/reproductive-](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide_fr.pdf)

[health/publications/French_MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide_fr.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/French_MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide_fr.pdf)

[50] ARH des Pays de la Loire

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010. p.67-71 [Consulté le 20/01/08]. Disponible sur :

[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/4963043B143CEF55C12571420045F7B5/\\$FILE/SROS%20III%20final.pdf](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/doc.nsf/VDoc/4963043B143CEF55C12571420045F7B5/$FILE/SROS%20III%20final.pdf)

MEMOIRES ET THESES

[51] BURBAN C. Suivi de la grossesse, attitudes et besoins exprimés des patientes. Etude dans la région nantaise. Mém : Santé Publique : Nancy I : 2000, 14 p.

[52] GOLDNADEL SOUSSAN S. Choix des femmes enceintes pour leur accouchement entre clinique privée et hôpital. Discussion sur la restructuration des maternités. Th : Méd. : Paris IV, Pierre et Marie Curie : 2000, 62 p.

[53] KEFTOUNA M. Analyse des déterminants de l'accès aux soins et modélisation du comportement de choix d'une maternité. Th : DEA économie mathématiques et économétrie : Paris II, Panthéon-Assas : 1999, 42 p.

TEXTES LEGISLATIFS

[54] Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel n° 235 du 10 octobre 1998 [Consulté le 02/01/08]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=654409&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

[55] Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). Journal Officiel n° 235 du 10 octobre 1998 [Consulté le 02/01/08]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/Visu?cid=654410&indice=1&table=JORF&ligneDeb=1>

SITES INTERNET

[56] <http://ciane.info/> [Dernière consultation le 15/01/08]

[57] <http://www.quellenaisancedemain.info/> [Dernière consultation le 15/01/08]

[58] <http://www.reseau-naissance.com/> [Dernière consultation le 03/03/08]

CONGRES

[59] JOURNEES NATIONALES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PERINATALE (34 : 2004 : Dijon), Prise en charge des grossesses à bas risque, *Société Française de Médecine Périnatale*, 2006, p.72-103 [Consulté le 01/01/08]. Disponible sur :

http://www.sfmp.net/download/sfmp_rapport_perinat2004_34journee

[60] JOURNEES NATIONALES DE LA SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PERINATALE (36 : 2006 : Biarritz), Sages-femmes : nouvelles orientations professionnelles, *Société Française de Médecine Périnatale*, p.60-94 [Consulté le 01/01/08]. Disponible sur :

http://www.sfmp.net/download/sfmp_rapport_perinat2006_36journee

Annexe 1 : Questionnaire : « Choix du lieu d'accouchement à Nantes »

Madame, Mademoiselle,

Etudiante sage-femme, je m'intéresse, pour mon mémoire de fin d'étude, au choix du lieu d'accouchement à Nantes par les femmes habitant en Pays de la Loire.

Le questionnaire qui suit est strictement anonyme.

Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous passerez à y répondre.

Date de la réponse au questionnaire .. / .. /

Données générales

Mère

- Année de naissance |____|
- Nombre de grossesses (y compris celle-ci) |____| Age des enfants :
- Vivez-vous en couple : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Situation familiale : 1. célibataire ☐ 2. mariée ☐ 3. PACS ☐ 4. séparée ou divorcée ☐ 5. veuve ☐
- Age au dernier diplôme |____| ans
- Dernier niveau d'études atteint : 1. primaire ☐ 2. 3^{ème} technique ☐ 3. 3^{ème} générale ☐
4. Terminale technique ☐ 5. Terminale générale ☐ 6. BAC + 2 ☐
7. BAC + 3 ou plus ☐
- Activité habituelle : 1. Activité professionnelle ☐ 2. Reste au foyer ☐ 3. Chômage ☐
4. Etudiante ☐ 5. Stage d'insertion ☐ 6. Autre ☐
- Profession :
- Sécurité sociale : Régime général ☐ MSA ☐ CMU ☐ AME ☐ Autre ☐
- Mutuelle complémentaire : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Aides de l'état : - prime de naissance ☐ - allocation de base ☐ - allocations familiales ☐
- complément familial ☐ - API ☐ - APL/AL ☐
- RMI ☐ - Autre ☐ - Aucune ☐
- Logement : 1. Appartement ☐ 2. Maison ☐ 3. Foyer ☐
Vous êtes : 1. Locataire ☐ 2. Propriétaire ☐
- Adresse pendant la grossesse : nom de la rue et code postal (pour analyser la facilité de transport)
.....

Père

- Année de naissance |____|
- Age au dernier diplôme |____| ans
- Dernier niveau d'études atteint : 1. primaire ☐ 2. 3^{ème} technique ☐ 3. 3^{ème} générale ☐
4. Terminale technique ☐ 5. Terminale générale ☐ 6. BAC + 2 ☐
7. BAC + 3 ou plus ☐
- Activité actuelle : 1. Activité professionnelle ☐ 2. Reste au foyer ☐ 3. Chômage ☐
4. Etudiant ☐ 5. Stage d'insertion ☐ 6. Autre ☐
- Profession :

Vos antécédents personnels

- Antécédents chirurgicaux : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si oui : - Intervention au niveau du bassin ☐ - au niveau de l'utérus ☐ - Autre ☐
- Antécédents médicaux : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si oui : - Maladies du rein ☐ - Maladies du foie ☐ - Maladies du sang ☐ - Maladies du cœur ☐
- Hypertension ☐ - Diabète ☐ - Transfusion de sang ☐ - Maladie thyroïdienne ☐
- Phlébite ☐ - Autre ☐
- Antécédents gynécologiques : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Si oui : - Infertilité ☐ - Infections génitales ☐ - Autre ☐

- Antécédents obstétricaux :
 - Nombre d'enfants nés vivants |____|
 - Nombre de césariennes avant cette grossesse |____|
 - Nombre d'accouchements prématurés avant cette grossesse |____|
A quel terme (en mois ou semaines) ?.....
 - Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) |____|
 - Nombre de fausses couches (< 4 mois et demi de grossesse) |____|
 - Antécédents d'enfants décédés pendant ou après la grossesse |____|
 - Nombre de grossesses extra-utérines |____|

Votre grossesse

- Votre grossesse est-elle spontanée (sans nécessité de traitement médical) : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Qui a fait la déclaration : 1. Médecin généraliste ☐ 2. Sage-femme libérale ☐
3. Gynécologue-obstétricien ☐ 4. Sage-femme de PMI ☐ 5. Autre ☐.....
- Attendiez-vous des jumeaux : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Qui a suivi votre grossesse (selon le trimestre) ? *Cocher les cases correspondantes avec X*

	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre
Médecin généraliste			
Médecin de PMI			
Gynécologue de ville			
Gynéco-obstétricien de maternité			
Sage-femme de PMI			
Sage-femme libérale			
Sage-femme de maternité			

- Avez-vous été malade pendant la grossesse ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, quelles pathologies :
 - Hypertension ☐ - Diabète ☐ - Menace d'accouchement prématuré ☐
 - Maladie du foie ☐ - Infection ☐ - Toxémie (complication de l'hypertension) ☐
 - Autre pathologie, précisez laquelle |____|.....
- Votre bébé a-t-il eu une surveillance particulière ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, pour quel(s) motif(s) :
 - Surveillance de sa croissance (petit bébé) ☐ - Malformations ☐ - Autre ☐.....
- Avez-vous été hospitalisée ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui: - Combien de fois ? |____| Durée de l'hospitalisation (en jours) |____|
 - Dans quelle maternité ?.....
 - Pour quel(s) motif(s)?.....
- Avez-vous suivi une préparation à l'accouchement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui: - Dans quelle structure ?
 - De quel type ? Classique ☐ Sophrologie ☐ Piscine ☐
Chant prénatal ☐ Yoga ☐ Haptonomie ☐
- Aviez-vous des attentes particulières concernant l'accouchement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, cela concernait : Demande d'une anesthésie péridurale ☐ Absence de péridurale ☐
Positions d'accouchement ☐ Liberté de mouvement ☐
Accouchement à domicile ☐
- Autre
- Avez-vous pu visiter la maternité ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, cela a-t-il influencé votre choix du lieu d'accouchement ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐

Choix du lieu d'accouchement *Votre tout premier choix*

- A quel moment avez-vous choisi ?
 - 1. Avant d'être enceinte ☐
 - 2. Au premier trimestre ☐
 - 3. Au deuxième trimestre ☐
 - 3. Au troisième trimestre ☐
 - 4. Peu avant la naissance ☐
- Dans quelle maternité avez-vous accouché ?
- Etait-ce le lieu que vous aviez choisi en 1^{er} ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
Sinon, dans quelle maternité aviez-vous prévu d'accoucher ?
- Qui vous a conseillé pour votre tout 1^{er} choix ?
 - Conjoint ☐
 - Mère ☐
 - Belle-mère ☐
 - Sœur ☐
 - Belle-sœur ☐
 - Amies, voisines ☐
 - Gynéco-obstétricien de la maternité ☐
 - Gynécologue de ville ☐
 - Médecin traitant ☐
 - Sage-femme libérale ☐
 - Sage-femme de la maternité ☐
 - Sage-femme de PMI ☐
 - Internet : sites de la maternité ☐
 - Internet : forum de discussion ☐
 - Revues ☐
 - Personne, j'ai décidé seule ☐
 - Autre proposition ☐
- Quels arguments ont le plus influencé votre tout 1^{er} choix ?
 - J'ai choisi pour la sécurité : s'il y a besoin pour le bébé ou pour moi, il y a tout ce qu'il faut ☐
 - Je souhaite un certain confort (chambre individuelle, lit accompagnant, ...) ☐
 - J'ai choisi parce que je ne voulais pas un accouchement trop médicalisé ☐
 - C'est le lieu le plus proche et/ou le plus accessible de mon domicile ☐
 - J'ai déjà accouché dans cette maternité et j'étais satisfaite ☐
 - J'ai eu de bons échos concernant cette maternité ☐
 - Je voulais absolument choisir mon médecin ☐
 - Autre proposition ☐
- Est-ce que les dépassements d'honoraires, les frais annexes (hôtellerie) ou l'avance obligatoire de frais ont influencé votre choix initial : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Les dépassements d'honoraires sont-ils pris en charge par votre mutuelle complémentaire ?
 - 1. Oui ☐
 - 2. Non ☐
 - 3. Je ne sais pas ☐
- Je préfère accoucher: 1. Dans un hôpital public ☐ 2. Dans une clinique privée ☐ 3. Peu m'importe ☐
- Distance du lieu d'accouchement que vous aviez choisi en premier :
 - Nombre de kms [] - Temps pour y accéder (en minutes) : - de jour [] - nuit/jours fériés []
 - Moyen de déplacement utilisé :
 - De jour : 1. Voiture personnelle ☐ 2. A pied ☐ 3. Transports en commun ☐ 4. Autre ☐
 - Nuit/jours fériés : 1. Voiture personnelle ☐ 2. A pied ☐ 3. Transports en commun ☐ 4. Autre ☐
- **Si vous avez changé de lieu pendant votre grossesse ou au moment de votre accouchement :**
 - Les raisons de ce changement étaient dues à :
 - Maladie du bébé ☐
 - Maladie de la maman ☐
 - Déménagement pendant la grossesse ☐
 - Il n'y avait pas de place dans la maternité prévue au départ (liste d'attente) ☐
 - Autre (précisez) ☐
 - Qui vous a conseillé pour ce changement de lieu ?
 - Conjoint ☐
 - Mère ☐
 - Belle-mère ☐
 - Sœur ☐
 - Belle-sœur ☐
 - Amies, voisines ☐
 - Gynéco-obstétricien de la maternité ☐
 - Gynécologue de ville ☐
 - Médecin traitant ☐
 - Sage-femme libérale ☐
 - Sage-femme de la maternité ☐
 - Sage-femme de PMI ☐
 - Internet : sites de la maternité ☐
 - Internet : forum de discussion ☐
 - Revues ☐
 - Personne, j'ai décidé seule ☐
 - Autre proposition ☐

Votre accouchement

- Date de l'accouchement . . . / . . . / Heure (précisez de 0 à 24h) |____|
- Votre bébé est-il né le jour du terme prévu ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Sinon, combien de semaine(s) avant ? |____|
- Bébé né : Par la tête ☐ Par le siège ☐ Poids de naissance |____|
- Aviez-vous choisi votre médecin ou sage-femme pour l'accouchement : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, était-il (elle) présent(e) : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Accouchement provoqué : 1. Oui, décidé par le médecin ☐ 2. Oui, souhait personnel ☐ 3. Non ☐
- Anesthésie : 0. Aucune ☐ 1. Péridurale ou rachianesthésie ☐ 2. Générale ☐
- Césarienne : 1. Oui, en urgence ☐ 2. Oui, programmée ☐ 3. Non ☐
- Episiotomie : 1. Oui ☐ 2. Non ☐ Déchirure du périnée : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Forceps, ventouse, ou spatules : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Complications après la naissance de votre bébé : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, précisez.....
- Nourrissez-vous votre bébé au sein ? : 1. Oui ☐ 2. Non ☐
- Transfert de votre bébé : 1. Oui, dans la maternité ☐ 2. Oui, dans une autre maternité ☐
 - 3. Non, il est avec moi dans la chambre ☐

Votre séjour à la maternité

- Y a-t-il eu des complications ? 1. Oui ☐ 2. Non ☐
 - Si oui, précisez.....

Votre avis final sur le lieu d'accouchement

- Finalement, vis-à-vis du lieu d'accouchement,
 - 1. Je suis très contente ☐
 - 2. Je suis contente ☐
 - 3. Je ne suis pas très contente ☐
 - 4. Je suis très mécontente ☐
- Dans l'éventualité d'une autre grossesse,
 - 1. Je reviendrai au même endroit ☐
 - 2. Je m'inscrirai + tôt dans une autre maternité ☐
 - 3. Je choisirai une autre maternité ☐
 - 4. Je ne sais pas ☐
- Quels sont les critères qui ont le plus compté
 - Etre bien accueillie ☐
 - Etre écoutée et comprise ☐
 - Etre soulagée quand on a mal ☐
 - Etre près du bébé s'il ne va pas bien ☐
 - Etre suivie par le même médecin/sage-femme (grossesse, accouchement) ☐
 - La proximité/accessibilité de la maternité ☐
 - Que l'on respecte mon intimité, confort ☐
 - Que le père puisse être présent ☐
 - Que le bébé aille bien ☐
 - Autre ☐.....
- Si vous n'êtes pas totalement satisfaite, quelles en sont les raisons ?
.....
.....
- Dans quelle catégorie de femme vous situeriez-vous (*une seule réponse de préférence...*) ?
 - 1. J'ai une grande confiance dans les médecins / sages-femmes, et je les laisse faire ☐
 - 2. J'ai besoin de connaître le médecin / la sage-femme pour être bien et lui faire confiance ☐
 - 3. J'ai besoin d'être sûre que le diagnostic est bon, que les traitements proposés sont corrects, et que l'on m'écoute lorsque je fais des remarques et que j'ai des questions ☐
 - 4. Je veux pouvoir maîtriser ma grossesse et mon accouchement et que le médecin / la sage-femme respecte mes choix ☐

*Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous avez passé à remplir ce questionnaire.
Sigrid Roelly*

RESUME

La France se trouve aujourd'hui face à une problématique : les dépenses médicales ne cessent de croître, les performances périnatales restent moyennes comparées à celles d'autres pays européens, les maternités sont surchargées et doivent faire face de plus à une crise de recrutement des soignants.

Peu d'études ont été réalisées en France sur les critères de choix du lieu d'accouchement, leur connaissance pourrait pourtant aider à l'élaboration et l'évaluation de la politique périnatale.

Dans notre étude, les femmes choisissent le lieu d'accouchement le plus souvent avant la grossesse, seules, et d'après la réputation de la maternité. Les caractéristiques sociologiques des couples, hormis leur origine géographique et leur lieu de vie, ne diffèrent pas dans notre étude entre les maternités de Nantes ; ce qui ressort surtout ce sont les critères de choix du lieu d'accouchement par les femmes, et leurs attentes.

Les maternités ont parfois du mal à répondre à la demande. Plusieurs solutions existent : l'instauration de listes d'inscription, avec les limites qu'elles comportent ; l'augmentation des ressources des maternités en moyens et en personnels, ou encore la diversification de l'offre de soins, par l'instauration de maisons de naissance par exemple. Ces dernières mesures permettraient également de décharger les maternités de niveau 3.

MOTS-CLEFS : Grossesse – Lieu d'accouchement – Choix – Maternités de Nantes