



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**PROJET D'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE :
FORMATIONS ET RESSOURCES MOBILISÉES PAR LES
SAGES-FEMMES DANS LE CONTEXTE ACTUEL**

Évaluation des pratiques professionnelles

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

Héloïse HESS

Née le 22 mai 1999 à Strasbourg

Présidente du jury : Anita BASSO

Directrice de mémoire : Lydie DAVAL

Co-directrice de mémoire : Fanny ROYER



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE
ANNÉE UNIVERSITAIRE 2021-2022

**PROJET D'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE :
FORMATIONS ET RESSOURCES MOBILISÉES PAR LES
SAGES-FEMMES DANS LE CONTEXTE ACTUEL**

Évaluation des pratiques professionnelles

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU PAR

Héloïse HESS

Née le 22 mai 1999 à Strasbourg

Présidente du jury : Anita BASSO

Directrice de mémoire : Lydie DAVAL

Co-directrice de mémoire : Fanny ROYER

Remerciements

À Madame Lydie Daval, d'avoir accepté de diriger ce mémoire. Merci pour son aide précieuse, son enthousiasme et sa disponibilité tout au long de ce travail et au cours de mes stages à Haguenau.

À Madame Fanny Royer, sage-femme enseignante et co-directrice de ce mémoire, pour ses conseils et relectures.

Aux patientes qui ont suscité ma curiosité pour la thématique traitée et m'ont permis de m'interroger quant à ma profession.

Aux sages-femmes coordinatrices et aux 78 sages-femmes sans lesquelles l'étude n'aurait pu avoir lieu.

À mes parents, mes frères, mes grands-parents, ma famille et mes amis qui m'ont accompagnée et encouragée tout au long de ce travail et de ma formation. Sans eux tout aurait été plus ardu.

À Julien, pour sa confiance en moi, sa patience et son soutien depuis maintenant cinq ans.

À mes amies de promotion : Coline, Madelyne, Ségolène et Sophie avec qui j'ai passé de superbes moments. Un remerciement particulier à Nadège, collègue en stage et comparse d'aventures qui subit les derniers jours de rédaction de ce mémoire en stage au Sénégal. Merci pour sa patience.

À mes acolytes, Carla et Florianne, mes plus belles rencontres à l'école de sages-femmes. Merci pour le bonheur que vous m'avez apporté et que vous m'apporterez encore.

Table des matières

1.	Introduction	4
1.1.	Projet de naissance	6
1.2.	Qualité, sécurité et pertinence des soins	10
1.3.	Allier projet de naissance et pertinence des soins.....	11
1.3.1.	Physiologie du travail et de l'accouchement	11
1.3.2.	Cadre réglementaire d'un accouchement à bas risque	13
1.3.3.	Classification des maternités	14
1.3.4.	Travail physiologique et accouchement à bas risque : gestion de la douleur ..	16
1.4.	Ressources à disposition des sages-femmes	18
1.4.1.	Formations	18
1.4.2.	Matériel.....	20
1.5.	Justification et intérêt de l'étude.....	22
2.	Matériels et méthodes.....	25
2.1.	Type d'étude et population.....	26
2.2.	Élaboration du questionnaire	27
2.3.	Recueil des données	28
2.4.	Aspects réglementaires et éthiques	29
2.5.	Analyse statistique.....	29
3.	Résultats.....	30
3.1.	Caractéristiques générales	31
3.2.	Vignette clinique	34
3.3.	Méthodes de gestion de la douleur	35
3.4.	Pratique des sages-femmes	36
3.4.1.	Freins à l'utilisation d'une méthode de gestion de la douleur	36
3.4.2.	Aisance lors de la gestion d'un travail sans péridurale.....	37
3.4.3.	Retour sur la formation initiale	38
3.4.4.	Formations réalisées après le diplôme d'État.....	39
3.5.	Lien entre projet de naissance et préparation à la naissance et à la parentalité.....	40

3.6. Propositions libres	41
4. Discussion.....	42
4.1. Les ressources sont-elles suffisantes ?	43
4.1.1. Ressources matérielles	43
4.1.2. Ressources en termes de formations	45
4.1.3. Ressources humaines	48
4.2. Existe-t-il des facteurs influençant ?	51
4.2.1. Nombre d'années d'expérience	51
4.2.2. Type de maternité.....	52
4.2.3. Formation(s).....	55
4.3. Pistes d'amélioration.....	56
5. Conclusion	59
6. Bibliographie	63
7. Annexes.....	67

Glossaire

ANESF : Association Nationale des Étudiant.e.s Sages-Femmes

ARS : Agence Régionale de Santé

CGOA : Collège des Gynécologues et Obstétriciens d'Alsace

CIANE : Collectif Inter Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

ENP : Enquête Nationale Périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IPDE : Infirmier Puériculteur Diplômé d'État

JNESF : Journées Nationales des Étudiant.e.s Sages-Femmes

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RMM : Revue de morbi-mortalité

SA : Semaines d'aménorrhée

1. Introduction

Au cours des stages réalisés dans le cadre de mes études de maïeutique, j'ai pu vivre différentes situations. Mes premiers accouchements, d'abord à quatre mains puis toute seule se déroulaient souvent de la manière la plus « classique » : péridurale, oxytocine et position gynécologique. Mais j'ai paradoxalement été confrontée, très vite, à des situations plus complexes, bien que faisant partie intégrante de notre cœur de métier, à savoir l'accouchement physiologique.

J'ai été surprise de constater le manque de temps et de disponibilité du personnel. J'ai interrogé mes limites d'étudiante sage-femme en stage bien entendu, mais également les possibilités et les limites de mes consœurs plus aguerries.

La place de l'accompagnement de l'accouchement physiologique dans la pratique de la sage-femme en structure hospitalière dans les années 2020 a soulevé de nombreuses questions et remué les représentations que je pouvais avoir sur le sens du métier de sage-femme mais aussi sur la cohérence de nos pratiques.

Mes réflexions autour de l'accompagnement de l'accouchement physiologique et à plus grande échelle autour de l'exercice du métier de sage-femme ont suscité mon envie de m'intéresser à l'accouchement physiologique, du point de vue des soignants.

En effet, les écrits qui traitent du ressenti des femmes par rapport à la douleur ou par rapport au projet de naissance sont nombreux. Les notions de respect des droits, des besoins et des attentes des patientes trouvent toute leur place dans la littérature dédiée et font partie intégrante de la prise en charge dans chaque maternité de notre territoire.

En 2022, nous pouvons affirmer que les besoins et les attentes des patientes ne relèvent plus uniquement de l'intention. La demande des patientes est le plus souvent entendue. Mais qu'en est-il de l'offre ?

J'ai donc décidé de considérer la thématique de l'accompagnement de l'accouchement physiologique par l'entrée « offre », à savoir la formation et les ressources dont disposent les sages-femmes, dans les années 2020, afin de pouvoir répondre à la demande des mères et des couples.

1.1. Projet de naissance

En France, plus de 700 000 naissances ont lieu chaque année, pour la plupart sans complication. Néanmoins, la prise en charge des accouchements est très souvent médicalisée. D'après l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, 81,4% des accouchements étaient réalisés sous analgésie péridurale (1).

Depuis les années 1970, la France au travers de plans successifs a mené une politique permettant de structurer la périnatalité. Les plans de périnatalité montrent l'évolution de la sécurisation de la naissance (2). Aujourd'hui l'accouchement est caractérisé par un degré élevé de médicalisation, quel que soit le niveau de risque obstétrical. En parallèle, les usagers demandent une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance, surtout lorsqu'il s'agit de situations à bas risque obstétrical.

Des lieux spécifiques pour l'accouchement physiologique telles les maisons de naissance ou les « salles natures » sont créés. En effet, la loi N°2013-1118 du 6 décembre 2013 a autorisé l'expérimentation des maisons de naissance mais ce n'est qu'en juillet 2015, après la publication d'un décret et d'un cahier des charges que la Haute Autorité de Santé (HAS) a retenu après un appel à candidatures, neuf maisons de naissance (3). Depuis, un nouveau décret (n°2021-1526) prévoit la création de douze nouvelles structures d'ici fin 2023 (4). La pérennisation des maisons de naissance traduit l'intérêt croissant pour le respect de l'accouchement physiologique, tant de la part des femmes que des professionnels de la périnatalité.

Les maisons de naissance sont des structures destinées à l'accompagnement global de la naissance. Les sages-femmes, responsables exclusives de ces structures, assurent les consultations médicales de grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité, les accouchements sans analgésie péridurale et les soins après l'accouchement pour la mère et l'enfant.

L'enquête réalisée en 2016 révèle que 40 % des maternités déclarent disposer d'un espace ou d'une salle dédiés distincts des salles de naissance conventionnelles où peuvent être réalisés les accouchements de faible niveau de médicalisation (1). Cette même enquête révèle que plus de 35% des femmes disent avoir utilisé une méthode non médicamenteuse pour gérer la douleur pendant le travail, seule ou alors en association médicamenteuse alors qu'elles n'étaient que 14,3% dans ce cas en 2010.

D'après les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, 26% des femmes ne souhaiteraient pas d'analgésie péridurale pendant l'accouchement (5).

Nous assistons à une augmentation du taux de recours à des moyens non pharmacologiques que nous pouvons mettre en lien avec une modification des pratiques au sein des maternités, qui proposent toujours davantage de méthodes alternatives. Cette augmentation traduit également des demandes plus fréquentes de la part des femmes en faveur de méthodes non médicamenteuses.

Ce plébiscite des moyens non pharmacologiques s'inscrit dans un phénomène de société, participant à un engouement généralisé en faveur de la nature et du « retour aux sources ». Les femmes souhaitent renouer avec les traditions d'antan. Tous les supports de communication valorisent le fait-maison, le zéro-déchet, le respect de la nature, etc. C'est en réaction à une société arrivée au paroxysme de la modernité, de la technicité, et dans le cadre de l'hypermédicalisation en route depuis les années 1980, que les femmes prennent le contre-pied et sont maintenant nombreuses à vouloir être « actrices de leur accouchement ».

Selon une étude en ligne réalisée par l'entreprise de sondage française Ipsos pour le Collectif des Parents des Maisons de naissance, près d'une femme sur cinq souhaite ou aurait souhaité de manière certaine un accouchement en maison de naissance, ce qui représenterait plus de 130 000 naissances par an (6). À titre d'exemple, en Alsace au sein de la maison de naissance « Manala », l'augmentation du nombre des naissances a été impressionnante : 66 accouchements par an en 2017 pour aboutir à 100 accouchements en 2020, d'après les résultats présentés lors de la journée scientifique du Réseau Naître en Alsace le 3 décembre 2021 (7). Dans ces structures, les femmes apprécient le choix du mode d'accouchement, la proximité avec une maternité, l'absence d'intervention médicale imposée ou encore la sécurité offerte par la présence continue d'une sage-femme.

L'évolution des deux paramètres cités précédemment, à savoir le recours aux moyens non pharmacologiques et le recours aux maisons de naissances attestent du désir croissant des femmes en faveur d'un accouchement respectant au mieux la physiologie.

Aujourd'hui, les femmes sont nombreuses à exprimer leurs souhaits par rapport à l'accouchement et au post-partum. Les femmes et les couples ont des idées bien précises de ce qu'ils souhaitent pour la naissance de leur enfant. Ils en discutent généralement avec les professionnels qui les entourent puis rédigent un projet de naissance. Ce document leur permet d'exprimer leurs désirs pour l'accouchement mais aussi pour les suites de couches. Il permet également à l'équipe médicale de mieux connaître le positionnement de la femme et d'entamer le dialogue quant aux envies formulées par le couple. Aujourd'hui, les couples peuvent retrouver de nombreux exemples de projets de naissance sur Internet. Ils ont également la possibilité de répondre à des questionnaires, en ligne, pour déterminer leur projet de naissance.

La HAS définit le projet de naissance comme la conjonction entre les aspirations de la femme, du couple et l'offre de soins locale. Le projet de naissance aborde l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile et le recours en cas de difficultés (8).

Dans un communiqué de 2012, le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) rapporte une augmentation des demandes des patientes concernant leurs souhaits pour l'accouchement. Avant 2005, 36,1% des femmes exprimaient leurs souhaits alors qu'elles sont plus de la moitié (57%) à le faire en 2011 (9).

Dans les projets de naissance les femmes peuvent exprimer leur souhait d'accoucher sans péridurale, de pouvoir être le plus mobile possible, de choisir la position dans laquelle elles souhaitent accoucher, d'être accompagnées par la personne de leur choix, etc.

Les femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale font souvent leur cheminement seule en début de la grossesse. Elles se renseignent et trouvent des informations dans des livres, des émissions télévisées, des blogs internet ou encore grâce à des podcasts sur le sujet. Bien qu'elles soient souvent très bien informées sur l'accouchement physiologique, il serait intéressant de se demander si ces femmes possèdent toutes les données et connaissances en matière de sécurité des soins.

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Son objectif est de renforcer la qualité et la pérennité du système de santé français afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficients que possible (10). L'information au patient est un élément essentiel de toute prise en charge et est d'ailleurs repris dans les critères de certification des établissements de santé de la HAS, notamment dans l'intitulé « *Le patient reçoit une information claire et adaptée à son degré de discernement sur son état de santé, les hypothèses et confirmations diagnostiques* ». La certification est obligatoire et s'impose aux établissements de santé tous les quatre ans. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins sont réunies. Elle permet également d'apprécier la capacité des hôpitaux à améliorer de façon continue la prise en charge globale du patient et à promouvoir une politique de développement continu de la qualité au sein de l'établissement. Cette procédure de certification est adaptée régulièrement pour répondre aux enjeux actuels. Un autre critère intitulé « *Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités* » est un critère avec un niveau d'exigence impératif c'est-à-dire que si son évaluation est négative, la HAS se réserve le droit de ne pas accorder la certification (11).

Pour procéder à l'évaluation des établissements, l'une des méthodes utilisée est le patient traceur. Elle consiste en une analyse rétrospective du parcours d'un patient au sein d'un établissement. Ainsi, le patient est considéré comme acteur de sa prise en charge pour en améliorer la qualité et l'efficacité et réduire les effets indésirables liés à une non-adhésion à son projet de soin. Ce projet de soin nécessite donc sa participation, sa compréhension et son adhésion (12).

1.2. Qualité, sécurité et pertinence des soins

« Ma Santé 2022 » est une stratégie de transformation du système de santé français. L'objectif de la loi du 24 juillet 2019 est une meilleure organisation des professionnels de santé au bénéfice des patients et pour eux-mêmes. Les mesures phares sont, entre autres, la lutte contre les déserts médicaux, le déploiement de communautés professionnelles territoriales de santé ou encore la labellisation des premiers « Hôpitaux de proximité ». L'objectif est de replacer le patient au cœur du soin grâce à la mise en place des parcours de soins. Le but est également de redonner du temps aux médecins pour soigner. Ainsi, la qualité et la pertinence des soins sont des enjeux prioritaires de la stratégie « Ma Santé 2022 » (13).

Un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est conforme aux données actuelles de la science et aux recommandations de la Haute Autorité de Santé et des sociétés savantes, nationales et internationales. Il doit également être dispensé sur la base d'une analyse bénéfices/risques en adéquation avec les besoins du patient.

La HAS définit la pertinence comme donner « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient » (14). La pertinence des soins est une notion évolutive car un soin pertinent aujourd'hui peut ne plus l'être demain du fait de l'évolution des connaissances, des techniques et de l'organisation des soins.

Le projet régional de santé 2018-2028 édité par l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Grand-Est met d'ailleurs l'accent sur la pertinence des soins à travers l'Axe stratégique n°6 « Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficacité des soins » (15).

Nous pouvons également citer un critère de la certification des établissements de santé de la HAS de niveau d'exigence avancé, cette fois-ci spécifique aux services de maternité : « *Les futurs parents discutent d'un projet de naissance avec l'équipe soignante dès le début de la grossesse* ». Ainsi, nous pouvons faire le lien entre la pertinence des soins définie par « la bonne intervention, au bon moment pour le bon patient » et le projet de naissance (11).

1.3. Allier projet de naissance et pertinence des soins

Le projet de naissance permet à la sage-femme d'entamer la discussion avec la femme et le couple. Ainsi, la sage-femme s'attache à respecter au mieux les souhaits formulés par le couple. En ayant rédigé un projet de naissance et en ayant discuté avec la sage-femme, il s'agira de faire correspondre au mieux les attentes de la femme avec la réalité du terrain. Nous pouvons alors nous demander comment allier projet de naissance et pertinence des soins.

Avant de répondre à cette question, il convient de définir l'accouchement physiologique ainsi que le cadre réglementaire dans lequel nous allons nous placer pour cette étude.

1.3.1. Physiologie du travail et de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité. L'accouchement est qualifié d'eutocique lorsqu'il aboutit par la seule influence de la physiologie. À l'inverse, il peut être qualifié de dystocique lorsqu'il y a des difficultés ou des impossibilités d'accouchement par voie basse. Enfin, il est appelé accouchement prématuré lorsqu'il survient avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) (16).

Le début du travail est défini par deux événements : la survenue de contractions utérines associées à des modifications cervicales. Ces contractions sont involontaires, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée et leur intensité, douloureuses et totales.

Les contractions ont différentes rôles et effets. Elles permettent la formation et l'ampliation du segment inférieur. En se contractant, l'utérus raccourcit ses fibres musculaires et l'extrémité des fibres du col vont s'insérer dans le corps utérin ce qui provoque son raccourcissement. De plus, au cours du travail, le col devient riche en tissu conjonctif tout en s'appauvrissant en fibres musculaires, ce qui le rend donc plus mou et plus court. Les contractions ont également une action sur le mobile fœtal.

Le travail peut être divisé en trois stades.

Premier stade

Le premier stade comporte deux phases :

- La première phase est la phase de latence qui est définie par des contractions régulières associées à des modifications cervicales ;
- La deuxième phase commence à partir de six centimètres de dilatation et s'appelle phase active.

Il n'existe pas de données sur la durée « normale » de la phase de latence. En revanche, il est acté que la durée médiane de la progression de la dilatation cervicale entre quatre et dix centimètres est estimée à cinq heures et trente minutes pour les nullipares et à trois heures pour les multipares. Ainsi, nous pouvons parler de dystocie du premier stade si la vitesse de dilatation est inférieure à un centimètre par quatre heures entre cinq et sept centimètres ou inférieure à un centimètre par deux heures après sept centimètres. Ce premier stade se termine donc à la dilatation complète du col.

Deuxième stade

Le deuxième stade débute à dilatation complète du col et aboutit à la naissance de l'enfant. Au cours de cette période se succèdent les phases d'engagement, de descente et de rotation et puis d'expulsion. L'engagement correspond au franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. La descente et la rotation se font au niveau du détroit moyen. Enfin, la phase d'expulsion correspond au franchissement du détroit inférieur par la présentation.

Troisième stade

Le troisième stade se rapporte à la naissance de l'enfant jusqu'à l'expulsion du placenta et des membranes hors des voies génitales, ce que l'on appelle délivrance.

Le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) a réalisé, en association avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) une réglette illustrant les différents stades du travail.

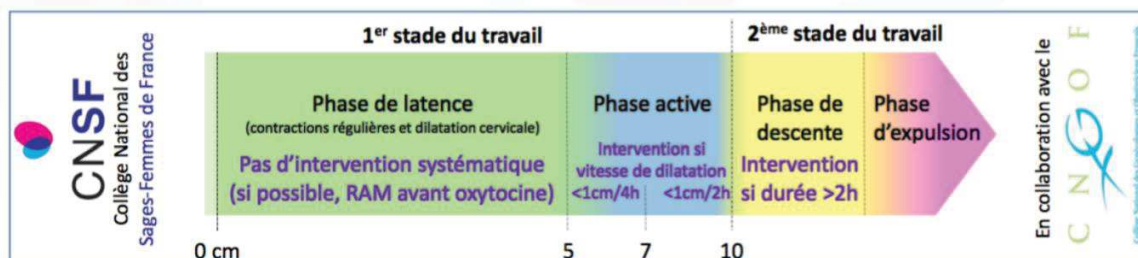


Figure 1 : Réglette des stades du travail (CNSF et CNGOF).

1.3.2. Cadre réglementaire d'un accouchement à bas risque

Après avoir défini le travail et l'accouchement, nous pouvons maintenant nous référer aux définitions et recommandations de la Haute Autorité de Santé. Les recommandations de bonne pratique pour les professionnels de la naissance intitulées « Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales » permettent aux professionnels d'ajuster leurs interventions pour des femmes dont l'accouchement présente un risque faible (17).

La HAS définit l'accouchement normal comme la naissance d'un nouveau-né, entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée, en présentation céphalique, après un travail spontané. L'accouchement normal ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Il est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et de la mère dans les suites de couches immédiates.

L'accompagnement d'un accouchement normal respecte le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement. Ainsi, l'accouchement normal exclut le déclenchement artificiel du travail. Toutefois, certaines interventions sont possibles comme la pose d'une voie veineuse, l'amniotomie, l'administration d'antibiotiques ou encore l'administration préventive d'oxytocine au cours du troisième stade du travail.

L'accompagnement de l'accouchement normal peut également comprendre des interventions techniques et médicamenteuses destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant telles l'analgésie locorégionale ou encore l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail.

Dans le cadre de notre étude, nous allons nous intéresser à l'accouchement physiologique c'est-à-dire l'accouchement normal excluant l'analgésie locorégionale et l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail.

1.3.3. Classification des maternités

Afin de renforcer la sécurité de la naissance, deux décrets du 9 octobre 1998 ont introduit de nouvelles normes pour les établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale (18,19). Ces nouvelles normes de sécurité, relatives aux personnels et aux locaux ainsi qu'aux nouvelles règles d'organisation ont définis quatre types de maternités, correspondant à trois niveaux de spécialisation des soins pour les nouveau-nés :

- Niveau I : pas d'unité de néonatalogie ;
- Niveau II :
 - IIA : unité de néonatalogie avec six lits minimum. Une infirmière diplômée d'État (IDE) ou une infirmière puéricultrice diplômée d'État (IPDE) pour six enfants. Accueil à partir de 35 semaines d'aménorrhée (SA) ;
 - IIB : unité de néonatalogie avec soins intensifs avec au moins 12 lits. Une IDE/IPDE pour 3 enfants. Accueil à partir de 32 SA (30 SA si dérogation) ;
- Niveau III : unité de réanimation néonatale. Une IDE/IDEP pour deux enfants. Accueil des nouveaux-nés de moins de 32 SA.

Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), il existe 461 maternités en France métropolitaine en 2019 (20).

Elles sont réparties de la façon suivante, selon le niveau de soins du nouveau-né :

- 39% d'entre elles disposent d'une unité d'obstétrique uniquement (type I) ;
- 30% disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie sans soins intensifs (type IIA) ;
- 18% disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie avec soins intensifs (type IIB) ;
- 13 % disposent d'une unité d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale (type III).

Globalement, plus un établissement fait un nombre d'accouchements par an élevé plus il aura un grand niveau d'habilitation.

Le décret n°98-900 du 9 octobre 1998 est couramment appelé « décret de périnatalité » (19). Selon ce décret, doivent être présentes au minimum une sage-femme affectée au secteur de naissance en permanence pour les maternités de moins de 1000 naissances par an et une sage-femme (en équivalent temps plein) en plus pour chaque tranche de 200 naissances supplémentaires.

Pour une maternité qui accueille moins de 1500 naissances par an, au moins un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste doivent être d'astreinte opérationnelle en permanence. Un pédiatre doit être disponible, dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

Au-delà de 1500 naissances par an, au moins un gynécologue-obstétricien doit être présent au sein même de la maternité. Un anesthésiste doit se trouver en permanence sur le site où se trouve la maternité. Un pédiatre doit être d'astreinte opérationnelle.

Un anesthésiste doit être présent en permanence dans l'unité d'obstétrique au-delà de 2000 naissances par an. Les pédiatres sont toujours présents de jour dans les services de néonatalogie. Dans les maternités de type IIA, ils sont au minimum en astreinte la nuit. Dans les maternités de type IIB et III, les pédiatres doivent être présents en permanence dans les unités de soins intensifs et de réanimation néonatale.

1.3.4. Travail physiologique et accouchement à bas risque : gestion de la douleur

Nous choisissons, pour notre étude de nous concentrer sur la gestion de la douleur au cours du travail sans péridurale, c'est-à-dire dans le cadre d'un accompagnement d'un accouchement physiologique.

Concernant la gestion de la douleur au cours du travail, la HAS recommande que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement (17). Cette recommandation peut être mise en lien avec la notion de pertinence des soins puisque celle-ci correspond à « la bonne intervention de santé, au bon moment, au bon endroit, pour le bon patient ».

La HAS recommande également de mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort. La qualité du dialogue entre les femmes et les professionnels est également primordiale.

Les méthodes de gestion de la douleur sont multiples lorsqu'une femme ne souhaite pas d'analgésie péridurale. En outre, les femmes peuvent bénéficier de la baignoire de dilatation, de médecines complémentaires, de techniques corporelles, de techniques manuelles ou encore de techniques mentales. La figure ci-dessous bien que non exhaustive, présente quelques méthodes.

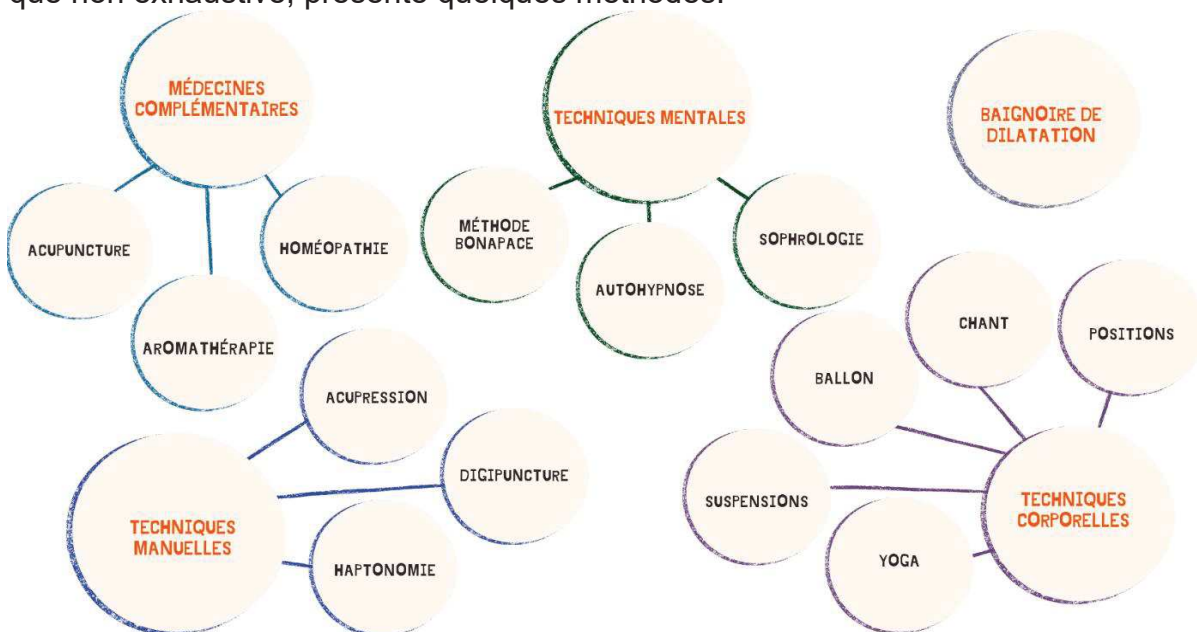


Figure 2 : Méthodes de gestion de la douleur.

Le but de notre travail n'est pas d'expliquer le fonctionnement de chaque méthode. Toutefois, pour simplifier l'exposé, il convient de les présenter brièvement.

L'acupuncture est une discipline appartenant aux médecines traditionnelles chinoises. Elle est basée sur une théorie selon laquelle les maladies sont liées à un déséquilibre énergétique. Les points d'acupuncture stimulés via des aiguilles sont situés sur des méridiens, qui sont des canaux de circulation de l'énergie, appelée « Qi ». L'acupuncture peut être utilisée au cours du travail pour diminuer la douleur, assouplir le col, faire descendre la tête fœtale, etc.

L'aromathérapie désigne l'utilisation des composés aromatiques des plantes, le plus souvent sous la forme d'huiles essentielles. Bien que l'usage des huiles essentielles soit contre-indiqué pendant la grossesse, l'aromathérapie au cours du travail permet de réduire la peur et l'anxiété, d'améliorer le bien-être et de soulager la douleur.

L'homéopathie est une médecine holistique qui s'intéresse à l'individu dans sa globalité. Elle consiste à l'administration à doses infinitésimales de remèdes capables, à doses plus élevées de produire des symptômes semblables à ceux de la maladie à combattre. Elle ne permet pas de supprimer la douleur au cours du travail mais elle peut aider à rééquilibrer l'approche de celle-ci.

La sophrologie permet d'apprendre à gérer le stress et la douleur par des techniques de respiration. Elle permet aux femmes de se représenter l'accouchement de façon positive, notamment par la relaxation et la visualisation d'un schéma corporel.

Le chant prénatal ou psychophonie permet aux femmes de gérer les contractions en ajoutant un son à la gestion respiratoire. L'émission de vibrations issues de sons graves permet de détendre les parties du corps situées au niveau du bassin, d'aider à dilater le col de l'utérus et de créer sa propre analgésie par création d'endorphines. Les sons plus aigus, quant à eux, apportent énergie et dynamisme.

Les méthodes de gestion de la douleur sont nombreuses. Chaque femme enceinte trouvera la méthode qui lui conviendra le mieux. Elle sera accompagnée par une sage-femme compétente. En effet, toutes les sages-femmes ne possèdent pas de compétences dans chacune de ces disciplines. C'est pourquoi nous allons nous intéresser aux formations des sages-femmes en matière d'accompagnement du travail et en particulier de l'aide à la gestion de la douleur au cours de l'accouchement physiologique.

1.4. Ressources à disposition des sages-femmes

1.4.1. Formations

Formation initiale

L'arrêté du 11 mars 2013, publié au Journal Officiel (JO) du 28 mars 2013 définit le programme des études de sage-femme dans le bulletin officiel n°15 de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation du 11 avril 2013 (21). Les études en vue de l'obtention du diplôme d'État de sage-femme se déroulent sur une période de cinq ans. Elles se composent de deux cycles.

Le premier cycle débute avec une année commune aux études de santé et se poursuit par deux années à l'école de sages-femmes. Ce premier cycle comprend six semestres de formation, validés par l'obtention de 180 crédits européens. Il est sanctionné par le diplôme de formation générale en sciences maïeutiques, correspondant au grade licence.

Le deuxième cycle comprend quatre semestres de formation validés par l'obtention de 120 crédits européens correspondant au grade master. Il sanctionne l'acquisition d'une formation approfondie en sciences maïeutiques.

La physiologie est essentiellement enseignée pendant les deux années de licence tandis que le master apporte des connaissances approfondies de la pathologie.

Le programme des deux cycles est défini légalement. En revanche, les items présentés dans les différents textes législatifs ne constituent qu'une trame pour les enseignants pour faciliter la réflexion et l'harmonisation des programmes entre les différentes structures de formation.

Le programme du premier cycle est défini par l'arrêté du 19 juillet 2011 publié au JO du 10 août 2011 (22). La formation a pour objectif l'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme.

L'item « étude du travail et de l'accouchement physiologique » est inscrit au programme d'obstétrique. Il comprend notamment l'étude de l'anesthésie et de la gestion de la douleur ainsi que les alternatives à l'anesthésie pour la prise en charge de la douleur. Ainsi, les méthodes alternatives à l'anesthésie péridurale pour la prise en charge de la douleur ne sont pas strictement définies dans le programme. Cela dépend des choix de chaque école.

À titre d'exemple, à l'école de sages-femmes de Strasbourg, sont abordés différentes méthodes de préparation à la naissance comme l'acupuncture, l'hypnose, le chant prénatal, la sophrologie, l'accompagnement posturo-respiratoire, etc. L'école de sages-femmes de Strasbourg propose également une unité d'enseignement complémentaire de médecines complémentaires où sont abordées l'acupuncture, l'homéopathie et l'hypnose.

En dehors du programme officiel, les étudiants sages-femmes peuvent participer à des conférences ou des journées de formation comme celles proposées au cours des Journées Nationales des Étudiant.e.s Sages-Femmes (JNESF) organisées par l'Association Nationale des Étudiant.e.s Sages-Femmes (ANESF). Ils peuvent également participer à des formations et journées des réseaux de périnatalité ou des collègues comme les journées scientifiques du Réseau Naître en Alsace ou encore celles du Collège des Gynécologues et Obstétriciens d'Alsace (CGOA).

Formations complémentaires

Une fois diplômée, la sage-femme a un devoir de formation continue tout au long de sa carrière. L'article R 4127-304 du code de déontologie des sages-femmes stipule que « La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation du développement professionnel continu » (23). En effet, tous les trois ans, le professionnel de santé doit pouvoir justifier de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu.

L'ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021 définit le concept de certification périodique (24). À partir de janvier 2023, tout professionnel de santé devra, sur une période de six ans, réaliser plusieurs actions dans l'objectif d'actualiser ses connaissances et compétences, renforcer la qualité de ses pratiques professionnelles, améliorer la relation avec ses patients et mieux prendre en compte sa santé personnelle.

Les actions peuvent être multiples et consister en des formations, des participations à des accréditations, des voyages d'études, des revues de morbi-mortalité (RMM), des diplômes universitaires (DU) ou inter-universitaires (DIU), des MOOC, etc.

La sage-femme peut étayer son diplôme d'État par des diplômes supplémentaires tels des DU ou DIU portant sur des thématiques aussi larges que l'échographie, l'addictologie, la nutrition, l'acupuncture ou encore la sexologie. La sage-femme va se former tout au long de sa carrière grâce à des formations, des colloques, des conférences, des journées d'études, de la littérature métier, etc. Une formation spécifique et ciblée concernant la préparation à la naissance peut s'inscrire dans ce vaste panel de propositions. La sage-femme sera alors en mesure d'accompagner la femme et le couple grâce à la méthode Bonapace, au chant prénatal, à l'hypnose, à la sophrologie voire d'autres méthodes plus confidentielles.

La mise en œuvre de certaines des compétences nécessite du matériel spécifique. Les maternités sont donc, pour la plupart, équipées d'outils destinés aux femmes comme la baignoire de dilatation, les suspensions, etc.

1.4.2. Matériel

Pour accompagner les femmes au cours du travail, les sages-femmes peuvent être amenées à utiliser divers outils.

Baignoire de dilatation

Dans les salles de naissance, la baignoire de dilatation permet à la femme enceinte en travail de se relaxer en diminuant la sensation douloureuse. Elle permet une plus grande mobilité ce qui facilite le déroulement du travail.

Lianes de suspension

Les lianes de suspension sont également retrouvées dans les salles « nature » des maternités. Elles permettent à la femme de se mobiliser et d'adopter des positions antalgiques sans faire d'effort.

Les capteurs de monitoring sans fil

De plus en plus de maternités sont équipées de capteurs de monitoring sans fil, permettant à la femme une plus grande mobilité au cours du travail tout en respectant les exigences de surveillance materno-fœtale.

Le ballon

Le ballon permet à la femme de se mobiliser facilement. Il possède plusieurs avantages. D'une part, il permet à la femme de soulager ses douleurs. D'autre part, son utilisation favorise l'ouverture du bassin et la descente du fœtus.

Les huiles essentielles

Les femmes souhaitant être accompagnée grâce à l'aromathérapie peuvent apporter leurs propres huiles essentielles. Certaines maternités disposent également d'une dotation adaptée en huiles essentielles.

Les granules d'homéopathie

De la même manière, les femmes souhaitant être accompagnées en homéopathie peuvent rapporter leurs propres tubes. Souvent, les femmes intéressées se font prescrire une ordonnance par leur sage-femme libérale en fin de grossesse. Dans certaines maternités, de l'homéopathie est à disposition dans l'armoire à pharmacie de l'unité. L'homéopathie est une spécialité pharmaceutique synthétisée par le laboratoire Boiron. Elle n'est plus remboursée depuis le 1^{er} janvier 2021.

Les aiguilles d'acupuncture

En salle de naissance, les sages-femmes utilisent les aiguilles d'acupuncture pour l'assouplissement ou la dilatation du col mais aussi la descente de la tête fœtale.

1.5. Justification et intérêt de l'étude

Tout au long de cette introduction, nous avons pu constater que les femmes sont de plus en plus nombreuses à souhaiter un accouchement physiologique. Au cours de la grossesse, elles réfléchissent et se renseignent, souvent en couple, sur ce qu'elles souhaitent pour la naissance de leur enfant. Les différentes méthodes de gestion de la douleur peuvent être abordées en consultation de grossesse mais elles le sont surtout en préparation à la naissance et à la parentalité. Ces séances de préparation à la naissance peuvent se dérouler chez une sage-femme libérale mais aussi au sein des maternités. Au cours des différentes rencontres, les femmes sont invitées, si elles le souhaitent, à formuler leurs demandes pour la naissance de leur enfant. Elles élaborent ainsi des projets de naissance.

Le projet de naissance est un document permettant à l'équipe obstétricale d'entamer le dialogue sur la prise en charge souhaitée par le couple. Dans certains projets de naissance, les femmes émettent le souhait d'un accouchement physiologique, c'est-à-dire sans analgésie péridurale ni médication.

Le cœur du métier de sage-femme est la physiologie. Au cours de leurs études, les étudiants sages-femmes sont sensibilisés aux différentes méthodes d'accompagnement d'un accouchement physiologique. Les sages-femmes diplômées se perfectionnent ensuite grâce à la pratique auprès des couples. Elles peuvent réaliser des formations complémentaires, sur initiative personnelle ou parfois dans le cadre de projets de service. Pour accompagner au mieux les femmes et les couples, les sages-femmes peuvent compter sur divers outils présents dans les salles de naissance : la baignoire de dilatation, les suspensions, le monitoring sans fil, etc.

La HAS recommande que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé adapté selon leur demande de la part d'une sage-femme.

L'accouchement est un acte fréquent pour les sages-femmes ; elles sont les soignants en première ligne auprès des femmes enceintes. Elles occupent une place importante dans l'accompagnement de l'accouchement physiologique. Elles conjuguent tantôt le « care », rôle d'accompagnement et de soutien psychologique, tantôt le « cure », rôle plus technique et médical visant à assurer un maximum de sécurité. La sage-femme, dans les conditions actuelles de son exercice quotidien en milieu hospitalier a pour objectif de trouver le meilleur équilibre entre le « care » (s'occuper de) et le « cure » (soigner).

Ainsi, nous pouvons nous demander comment font les sages-femmes, en 2021, pour accompagner les femmes dans leur projet d'accouchement physiologique. La formation et les ressources dont disposent les sages-femmes alsaciennes sont-elles mobilisées de façon pertinente pour accompagner une femme dans son projet d'accouchement physiologique ?

Les objectifs de cette étude sont d'effectuer un état des lieux des pratiques des sages-femmes hospitalières alsaciennes en matière d'accompagnement de l'accouchement physiologique mais aussi de voir si celles-ci possèdent les ressources nécessaires, qu'elles soient matérielles ou en termes de formations, pour réaliser cet accompagnement de façon pertinente.

Nous avons formulé les hypothèses suivantes :

- Les sages-femmes ont à leur disposition suffisamment de ressources concernant les différents moyens d'accompagner la douleur lors de l'accouchement physiologique ;
- Il existe des facteurs influençant la pertinence des soins dans le cadre de l'accompagnement d'un accouchement physiologique ;
 - o Le nombre d'années d'expérience influe : plus le nombre d'années d'expérience est élevé, plus la sage-femme sera à l'aise pour la prise en charge d'un accouchement physiologique ;

- Le type de maternité influe : dans une maternité de type I, l'accompagnement d'un travail physiologique est plus fréquemment réalisé que dans une maternité de type III ;
- Les formations initiale et complémentaires influent : l'accompagnement de la douleur proposé lors d'un accouchement physiologique par une sage-femme ayant réalisé des formations complémentaires sur la gestion de la douleur est plus approprié que celui d'une sage-femme n'en ayant pas réalisé.

Après avoir détaillé notre méthodologie, nous présenterons puis analyserons nos résultats. Nous les discuterons avant de conclure.

2. Matériels et méthodes

2.1. Type d'étude et population

Afin de répondre à notre problématique, nous avons choisi de réaliser une étude quantitative et qualitative de type observationnelle, descriptive et multicentrique. Cette étude nous a permis de recueillir les pratiques professionnelles en matière d'accompagnement à la gestion de la douleur au cours d'un accouchement physiologique.

La population étudiée correspond aux sages-femmes hospitalières exerçant dans les salles de naissance des maternités alsaciennes, quel que soit leur statut (public ou privé) et leur type (I, IIA, IIB, III). Ainsi, douze maternités ont été contactées par l'intermédiaire d'un courrier électronique adressé aux sages-femmes coordinatrices (Annexe I).

Les sages-femmes coordinatrices ont également été contactées dans un second temps afin de connaître l'effectif total des sages-femmes exerçant en salle de naissance. Ainsi, l'effectif total estimé est de 329 sages-femmes. L'estimation a été réalisée par différents biais : les réponses des sages-femmes coordinatrices, nos observations au cours de nos stages lorsque nous n'avions pas de réponse officielle ainsi que les renseignements récoltés dans le cadre d'une étude d'une étudiante sage-femme strasbourgeoise en 2016 (25) . Le détail est présenté en Annexe II.

Tableau I : Type et dénomination des maternités publiques contactées.

Maternités publiques	
Type I	<ul style="list-style-type: none">• Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter (Wissembourg)• Centre Hospitalier de Sélestat
Type IIA	<ul style="list-style-type: none">• Centre Hospitalier Sainte-Catherine (Saverne)• Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical – CMCO (Schiltigheim)
Type IIB	<ul style="list-style-type: none">• Centre Hospitalier de Haguenau• Hôpital Louis Pasteur (Colmar)
Type III	<ul style="list-style-type: none">• Hôpital Émile Muller (Mulhouse)• Hôpital de Hautepierre

Tableau II : Type et dénomination des maternités privées contactées.

Maternités privées	
Type I	<ul style="list-style-type: none">• Clinique Rhéna (Strasbourg)• Hôpital Albert Schweitzer (Colmar)
Type IIA	<ul style="list-style-type: none">• Clinique Sainte-Anne (Strasbourg)• Clinique Diaconat Fonderie (Mulhouse)

Les critères d'inclusion sont les suivants : sages-femmes hospitalières travaillant en salle de naissance en Alsace.

Les critères de non-inclusion sont : les sages-femmes n'ayant jamais exercé en salle de naissance et les sages-femmes travaillant en maison de naissance (Manala en Alsace).

2.2. Élaboration du questionnaire

Pour réaliser cette étude et répondre à notre problématique nous avons eu recours à un questionnaire (Annexe III). En effet, il nous a semblé être l'outil le plus adapté car il permettait d'interroger une large population sur une courte période. Il permettait également de préserver l'anonymat des personnes interrogées.

Après une courte présentation de l'étude, le questionnaire était construit de la sorte :

La partie A de notre questionnaire s'est intéressée aux caractéristiques générales des répondants (âge, genre, année et école d'obtention du diplôme, maternité d'exercice).

La partie B était une courte vignette clinique présentant la situation d'une patiente primigeste primipare de 27 ans sans antécédant dont la grossesse s'était déroulée sans particularité. Cette patiente consultait aux urgences obstétricales à 39 semaines d'aménorrhée, pour des contractions utérines régulières et douloureuses depuis quatre heures. L'examen général à l'admission était normal. Au niveau obstétrical, nous retrouvions un col centré, effacé, souple et dilaté à deux doigts avec une poche des eaux intacte. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal montrait un rythme de base à 140 battements par minute, oscillant et réactif, sans ralentissement. Nous comptions trois contractions utérines par dix minutes avec un bon relâchement utérin.

La patiente s'orientait vers un projet de naissance sans péridurale. La sage-femme interrogée devait présenter brièvement la prise en charge qu'elle envisageait pour cette patiente.

La partie C nous a permis de faire un état des lieux des méthodes utilisées par les sages-femmes en évaluant l'utilisation de huit méthodes différentes (acupuncture, homéopathie, chant prénatal, aromathérapie, utilisation de la baignoire de dilatation, utilisation des suspensions, utilisation du monitoring sans fil, changements de position).

La partie D évaluait la capacité des sages-femmes à accompagner la douleur au cours de l'accouchement physiologique. Les thématiques abordées étaient en rapport avec le matériel et le temps à leur disposition mais aussi leurs capacités d'accompagnement en regard de leur formation initiale et de leurs éventuelles formations complémentaires.

La partie E avait pour but d'établir un lien entre le projet de naissance, la préparation à la naissance et à la parentalité et la préparation à un accouchement physiologique.

Pour finir, nous avons laissé un espace pour des propositions libres (partie F).

2.3. Recueil des données

Les sages-femmes coordinatrices de chaque maternité ont reçu par courrier électronique le lien du questionnaire pour qu'elles puissent le diffuser dans leurs équipes.

Ainsi, notre travail s'est déroulé sur une période allant du 4 octobre 2021 au 4 décembre 2021. Une relance générale a été effectuée le 2 novembre 2021. Devant le peu de réponse de ces centres, une relance spécifique a été faite pour l'hôpital de Hautepierre à Strasbourg, le CMCO à Schiltigheim, l'hôpital Émile Muller et la clinique du Diaconat Fonderie à Mulhouse le 25 novembre 2021.

2.4. Aspects réglementaires et éthiques

Cette étude est observationnelle et s'inscrit dans le cadre d'une recherche multicentrique n'impliquant pas la personne humaine. Notre étude n'est pas conforme à une méthodologie de référence (MR) ou à un référentiel. Ainsi, le questionnaire diffusé et l'étude ont été enregistrés au registre de traitements des données de l'Université de Strasbourg, sous le numéro 556.

Les données recueillies sont anonymisées. Le questionnaire ainsi que les réponses ont été stockés sur le serveur de la plateforme Limesurvey jusqu'à l'analyse des résultats puis ont été supprimés.

2.5. Analyse statistique

L'analyse des résultats a été faite de manière anonyme.

Le logiciel Microsoft Excel ainsi que l'application « Groupe Méthode en Recherche Clinique » des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg ont été utilisés pour effectuer les statistiques descriptives. Les variables qualitatives ont été décrites en fonction du nombre d'observation pour chaque réponse donnée. Aucun test statistique n'a été effectué étant donné que notre étude est descriptive.

3. Résultats

Le questionnaire diffusé sur la plateforme LimeSurvey a été clôturé le 4 décembre 2021 et a permis d'obtenir 105 réponses. Seules 78 réponses ont été exploitées et analysées. En effet, 27 réponses étaient incomplètes.

Le taux de participation est de l'ordre de 23,7%.

3.1. Caractéristiques générales

L'âge moyen des sages-femmes répondantes est de 39,7 ans. La répartition par tranche d'âge est plutôt homogène. La tranche d'âge des 54-61 ans est la moins représentée avec 9,0% des répondants.

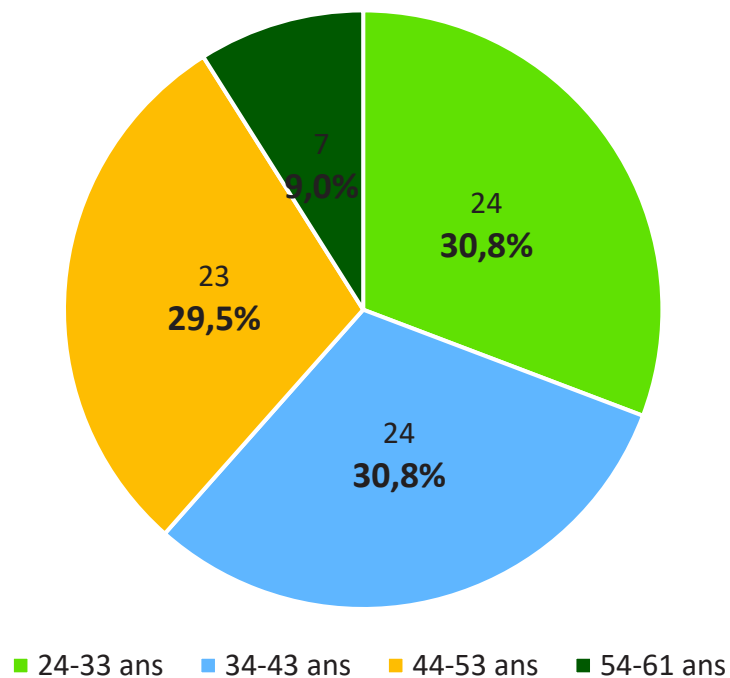


Figure 3 : Répartition par tranche d'âge des sages-femmes répondantes (n=78).

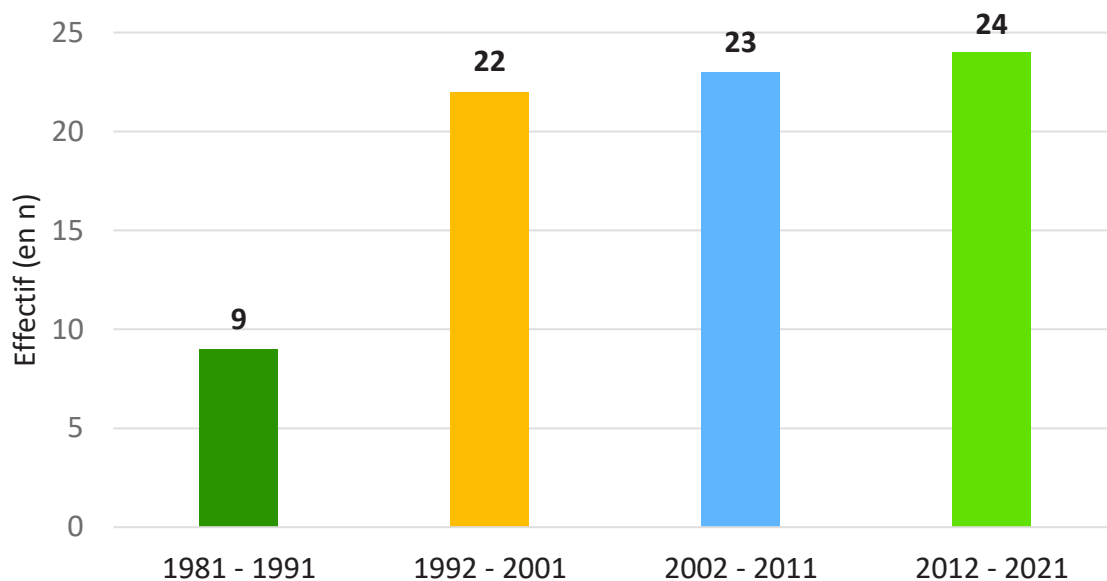


Figure 4 : Répartition par date d'obtention du diplôme d'État (n=78).

Les statistiques présentées sur les deux figures précédentes sont cohérentes. Les proportions entre les catégories d'âge et les catégories de date d'obtention du diplôme sont conservées.

Concernant l'école d'obtention du diplôme d'État, nous constatons que la grande majorité des sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire ont été diplômées de l'école de Strasbourg.

Tableau III : Répartition par école d'obtention du diplôme d'État.

	Effectif (n=78)	Fréquence (en %)
Strasbourg	63	80,8
Nancy	4	5,1
Besançon	3	3,8
Belgique	1	1,3
Bordeaux	1	1,3
Dijon	1	1,3
Lille	1	1,3
Metz	1	1,3
Rouen	1	1,3

La proportion de maïeuticiens sur notre échantillon est légèrement supérieure à la proportion en population générale. En effet, notre échantillon est composé de 5,1% de maïeuticiens (n=4) et nous en recensons 3% en France en 2021 (26).

Concernant la répartition par type et par maternité d'exercice, plus du tiers des sages-femmes (35,9%) ayant répondu à notre étude exercent au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, regroupant l'hôpital de Hautepierre et le CMCO.

Les sages-femmes exerçant dans les maternités de type IIA et IIB sont celles ayant le plus répondu. Elles représentent 65,4% de l'échantillon.

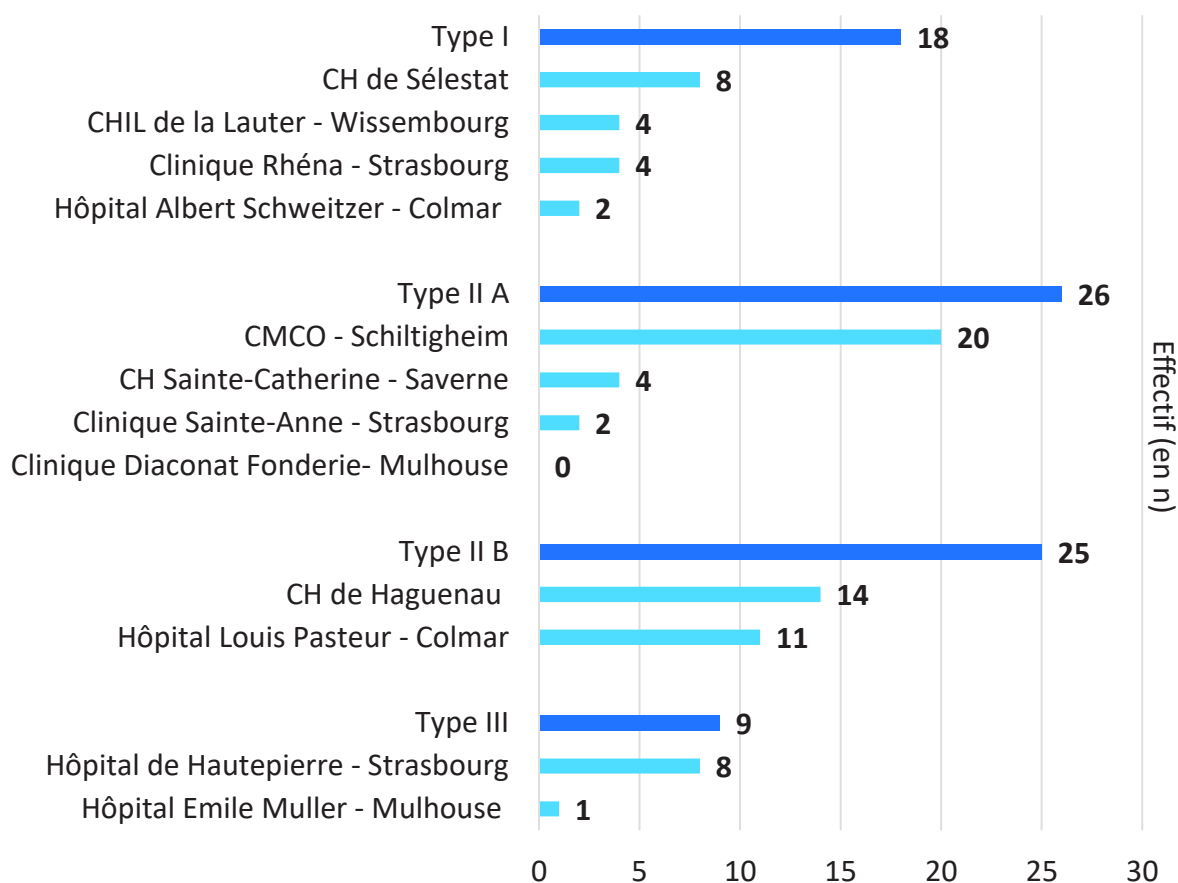


Figure 5 : Répartition par type et par maternité d'exercice.

Les sages-femmes répondantes travaillent dans un établissement public pour 70 d'entre elles, représentant 89,7% de notre échantillon.

3.3. Méthodes de gestion de la douleur

Nous avons interrogé les sages-femmes sur leur utilisation de huit méthodes d'accompagnement à la gestion de la douleur différentes. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau IV : Fréquence des sages-femmes utilisatrices en fonction de la méthode.

	Fréquence (en %)
Méthode	
Changements de position	98,7
Baignoire de dilatation	94,8
Monitoring sans fil	76,9
Suspensions	73,1
Acupuncture	73,0
Homéopathie	53,8
Aromathérapie	3,8
Chant prénatal	2,5

Nous constatons que l'usage des changements de position ainsi que de la baignoire de dilatation sont quasiment systématiques. L'acupuncture et l'homéopathie sont des méthodes relativement utilisées à l'inverse de l'aromathérapie et du chant prénatal.

3.4. Pratique des sages-femmes

3.4.1. Freins à l'utilisation d'une méthode de gestion de la douleur

Les sages-femmes ont répondu à la question, « Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir utiliser une méthode de gestion de la douleur par manque de moyens ? » de la manière suivante :

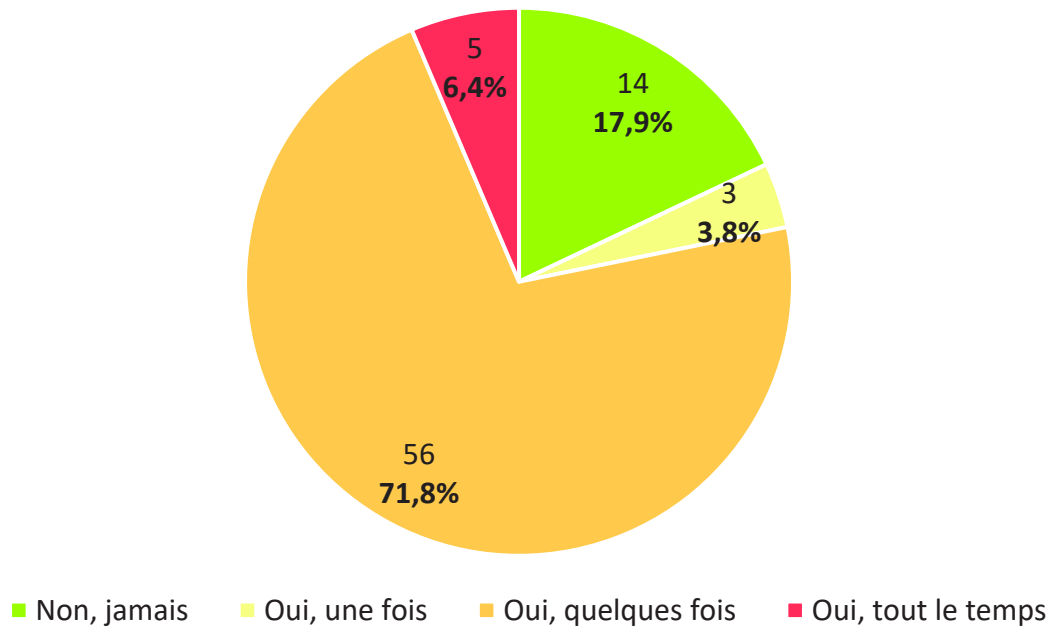


Figure 7: Réponse à la question "Vous est-il déjà arrivé de ne pas pouvoir utiliser une méthode de gestion de la douleur par manque de moyens ?" (n=78).

Parmi les 64 personnes ayant répondu « Oui », représentant 82,0% de l'échantillon, 89,1% (n=57) estiment avoir manqué de temps et 51,6% (n=33) estiment avoir manqué de matériel.

3.4.2. Aisance lors de la gestion d'un travail sans péridurale

Nous constatons que les sages-femmes se disent être plutôt à l'aise pour accompagner un travail sans péridurale. En effet, elles sont 91,0% à se dire être plutôt à l'aise ou tout à fait à l'aise pour accompagner un accouchement sans péridurale.

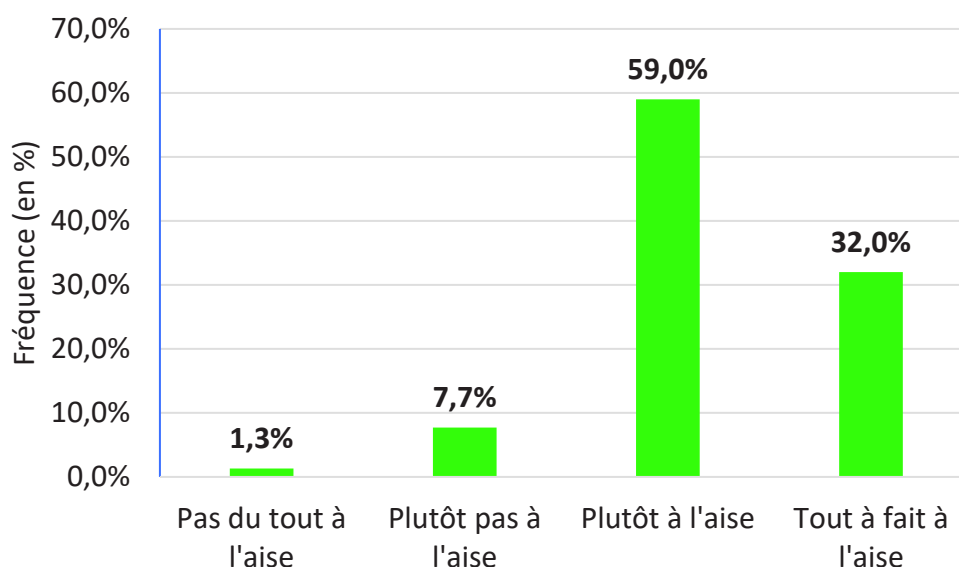


Figure 8 : Répartition en fonction du niveau d'aisance lors de l'accompagnement d'un accouchement sans péridurale.

En revanche, lorsqu'une femme souhaite une méthode de gestion de la douleur bien précise, 33,3% (n=26) des sages-femmes ne se sentent pas à l'aise pour l'accompagner.

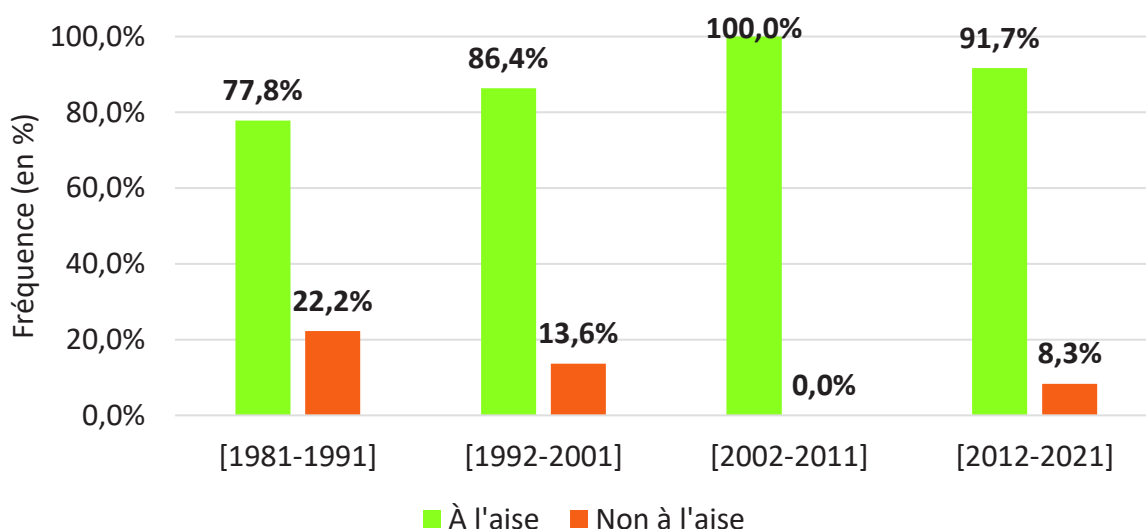


Figure 9 : Niveau d'aisance lors de la gestion d'un travail sans péridurale en fonction de la date d'obtention du diplôme d'État.

Nous constatons que la proportion de sages-femmes s'estimant mal à l'aise lors de la gestion d'un travail sans péridurale est plus importante parmi les sages-femmes ayant été diplômées le plus tôt c'est-à-dire entre 1981 et 1991. Toutes les sages-femmes interrogées diplômées entre 2002 et 2011 se disent être à l'aise dans la gestion d'un travail sans péridurale.

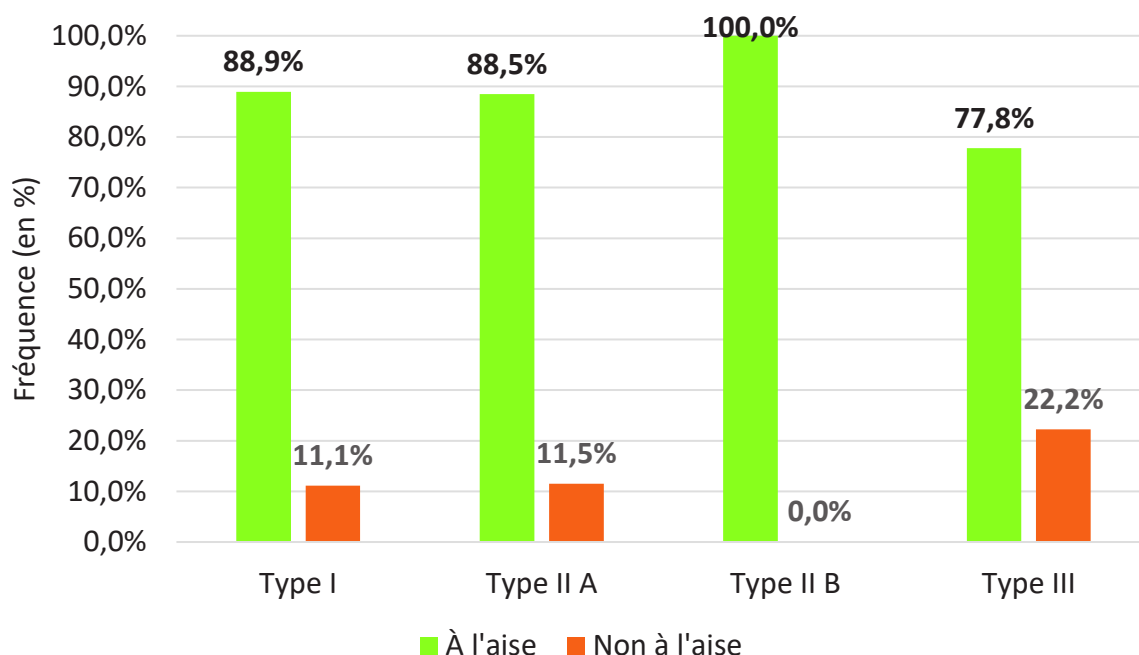


Figure 10 : Niveau d'aisance lors de la gestion d'un travail sans péridurale en fonction du type de maternité.

La proportion de sages-femmes s'estimant non à l'aise lors de la gestion d'un travail sans péridurale est plus importante parmi les sages-femmes travaillant en maternité de type III. Il est à noter que l'intégralité des sages-femmes exerçant en maternité de type II B se dit être à l'aise pour accompagner un travail sans péridurale.

3.4.3. Retour sur la formation initiale

Seules 34,6% des sages-femmes (n=27) se rappellent avoir eu des cours, interventions, travaux pratiques ou travaux dirigés sur la gestion de la douleur au cours de leur cursus. Elles sont 25,6% (n=20) à dire ne pas en avoir eu et 39,7% (n=31) à ne pas s'en souvenir.

La majorité des sages-femmes (73,1%) trouvent que les connaissances apprises au cours du cursus ne sont pas suffisantes pour accompagner un travail sans péridurale.

3.4.4. Formations réalisées après le diplôme d'État

Après l'obtention du diplôme d'État, 66,6% des sages-femmes (n=52) ont réalisé des formations complémentaires sur la gestion de la douleur. Elles ont choisi de réaliser ces formations car elles estimaient manquer de connaissances pour 44,2% d'entre-elles (n=23). Les sages-femmes avaient un attrait particulier pour le sujet pour 57,7% d'entre-elles (n=30) et 67,3% (n=35) souhaitaient s'améliorer. Deux sages-femmes ont également indiqué que leur formation complémentaire s'inscrivait dans un projet de service. Les formations réalisées sont présentées sur la figure ci-dessous :

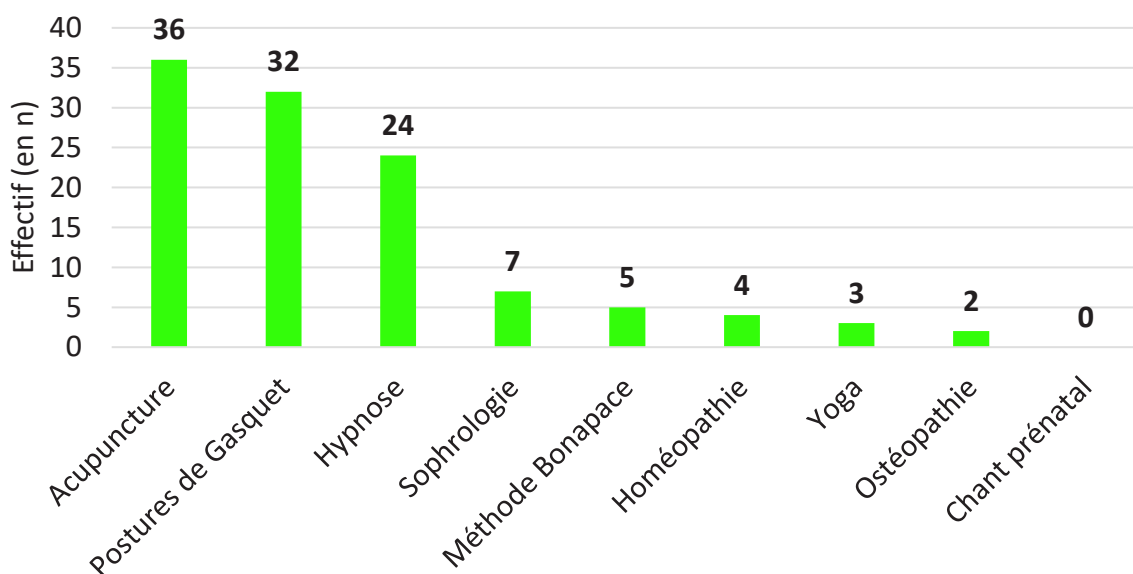


Figure 11 : Nombre de sages-femmes ayant réalisé une formation complémentaire, par méthode.

NB : Les résultats de la question relative à la formation initiale et de la question relative aux formations complémentaires (Figure 11) correspondent à une fréquence d'observation et non pas à une distribution. La somme des résultats n'est, par conséquent, pas égale à 78 (effectif total de l'échantillon).

Dans l'espace de réponses libres, les sages-femmes ont également indiqué avoir suivi les formations suivantes : réflexothérapie, communication thérapeutique, méthode d'approche physico-psycho-émotionnelle et comportementale ou encore danse orientale. D'autres ont indiqué avoir suivi des mini-formations en acupuncture, homéopathie et postures.

Nous avons mis en relation le niveau d'aisance pour accompagner un travail physiologique avec la réalisation ou non de formations complémentaires. Nous constatons que la proportion de sages-femmes se sentant à l'aise pour accompagner un accouchement physiologique est plus importante lorsque celles-ci ont réalisé une formation complémentaire.

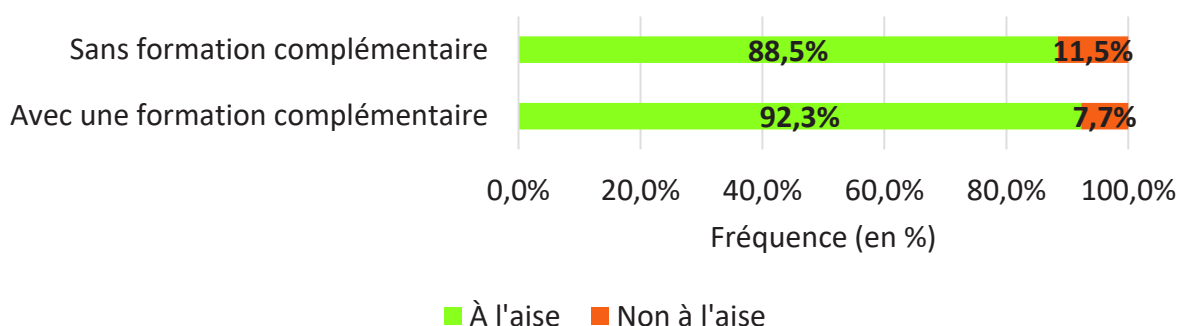


Figure 12 : Répartition par niveau d'aisance en fonction de la réalisation de formations complémentaires.

À la question, « Feriez-vous une formation sur la gestion de la douleur si vous en aviez l'occasion ? », 93,6% des sages-femmes (n=73) ont répondu « oui ».

3.5. Lien entre projet de naissance et préparation à la naissance et à la parentalité

Lorsqu'une femme arrive en travail en salle de naissance, 82,1% des sages-femmes (n=64) disent poser systématiquement la question de l'existence d'un projet de naissance. L'ensemble des sages-femmes interrogées (100%) dit prendre le temps de discuter avec la femme de ses envies et attentes lorsque celle-ci a un projet de naissance.

Lorsque le projet de naissance n'a pas pu être réalisé, 84,6% des sages-femmes (n=66) disent prendre le temps de rediscuter avec la femme avant le transfert en suites de couches ou alors dans le post-partum. Elles sont 6,4% (n=5) à ne pas reprendre le temps de discuter avec la femme. Elles sont 9,0% (n=7) à avoir répondu « autre ». Les sages-femmes disent alors qu'elles ne prennent pas le temps de discuter de manière systématique, et précisent qu'elles ne le font pas forcément si l'accouchement semble s'être bien passé aux yeux de la femme. Une sage-femme indique également qu'elle le fait « si j'ai [elle a] le temps, oui ».

Enfin, 88,5% des sages-femmes (n=69) estiment que les femmes ayant un projet d'accouchement physiologique ne sont pas suffisamment préparées en préparation à la naissance et à la parentalité.

3.6. Propositions libres

Un espace libre a été mis à disposition à la fin du questionnaire. Celui-ci permettait aux sages-femmes interrogées de faire des propositions concernant l'accompagnement d'un travail physiologique. L'intitulé était « Auriez-vous des propositions à faire concernant l'accompagnement d'un travail physiologique ? ».

De la même façon que pour la vignette clinique, les résultats sont présentés sous la forme d'un nuage de mots. Les mots écrits en grands caractères sont ceux ayant été énoncés le plus de fois.

Sensibilisation permanente des équipes
Améliorer la formation initiale
PNP dans la maternité d'accouchement = coller à la réalité du terrain
1 femme = 1 sage-femme
Améliorer la préparation en anténatal
Développer la formation continue

Figure 13 : Nuage de mots sur les propositions libres.

4. Discussion

Cette étude a été menée afin de déterminer si les sages-femmes possédaient les ressources et formations suffisantes et nécessaires pour accompagner l'accouchement physiologique de façon pertinente.

Nous avons alors formulé deux hypothèses. La première hypothèse était que *les sages-femmes ont à leur disposition suffisamment de ressources concernant les différents moyens d'accompagner la douleur lors de l'accouchement physiologique.*

La seconde hypothèse était qu'*il existe des facteurs influençant la pertinence des soins dans le cadre de l'accompagnement d'un accouchement physiologique.*

Nous allons à présent discuter nos résultats et les confronter à d'autres données afin de répondre à ces deux hypothèses.

4.1. Les ressources sont-elles suffisantes ?

Notre première hypothèse était : « Les sages-femmes ont à leur disposition suffisamment de ressources concernant les différents moyens d'accompagner la douleur lors de l'accouchement physiologique ». Pour répondre à cette hypothèse, nous avons choisi de différencier les ressources matérielles, les ressources en termes de formations et les ressources humaines.

4.1.1. Ressources matérielles

Nous constatons que les méthodes les plus utilisées par les sages-femmes pour accompagner un accouchement physiologique sont les changements de position (98,7%), l'utilisation de la baignoire de dilatation (94,8%) et du monitoring sans fil (76,9%). Ces éléments se retrouvent facilement dans le nuage de mots concernant la vignette clinique (Figure 6) : « baignoire », « postures », « déambulation », « CTG » « intermittent ».

De manière générale, lorsque les méthodes complémentaires nécessitant du matériel spécifique comme l'acupuncture, l'homéopathie ou l'aromathérapie ne sont pas utilisées ce n'est pas par manque de matériel dans la structure mais plutôt par méconnaissance de la sage-femme ou alors par désintérêt.

Si nous prenons l'exemple de l'acupuncture, les sages-femmes interrogées disent : « Si collègue compétente oui, sinon tant pis » ou encore « Je ne suis pas encore formée mais je sollicite souvent les collègues qui le sont pour qu'elles fassent quelques points sur mes patientes en attendant d'avoir la formation ». Concernant l'homéopathie, les sages-femmes disent, par exemple « Je ne suis pas formée [...] pas convaincue des effets » ou « Peu de connaissances sur le sujet et j'y crois moyen ».

Une nuance est apportée sur l'aromathérapie par une minorité de sages-femmes. Certaines pharmacies hospitalières dissuadent ou encore interdisent l'utilisation d'huiles essentielles bien que des sages-femmes soient formées : « N'a pas été autorisé chez nous, malgré la formation d'une sage-femme », « Pas formée, dissuadée par la direction », « La pharmacie de l'hôpital nous l'interdit ». Nous pouvons toutefois souligner l'intérêt de certaines sages-femmes pour l'aromathérapie : « En cours de formation », « Non disponible dans ma structure mais bonnes connaissances à ce sujet », « Adeptes de l'aromathérapie dans ma vie privée mais pas de connaissances pour le travail et l'accouchement ».

Concernant les autres méthodes, il est intéressant de constater que des freins à leur utilisation existent. Une sage-femme écrit « Suspension retirée/COVID ». Nous pouvons alors supposer que ce retrait s'explique par des contraintes sanitaires liées au lavage et à la désinfection du tissu. Dans d'autres maternités, ces suspensions existent mais ne sont disponibles que dans les salles nature. Une sage-femme explique alors « Nous n'en avons qu'en salle nature, nous n'en avons qu'une et jusqu'à présent nous n'avons pas de retransmission avec la centrale, ce n'est pas pratique ». Cet argument peut être entendu et mis en relation avec les exigences de sécurité des soins et de surveillance du rythme cardiaque fœtal. En effet, la surveillance discontinuée est possible avec l'auscultation intermittente toutes les 15 minutes pendant la contraction et immédiatement après durant au moins une minute lors de la phase active du premier stade du travail. Au cours du deuxième stade, la surveillance peut se faire par auscultation intermittente toutes les cinq minutes ou alors par l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal par cardiotocographe (17).

Souvent, des contraintes matérielles sont évoquées. La qualité est insuffisante puisque le matériel est défaillant, notamment dans le cas du monitoring sans fil : « Il ne marche pas et ne peut pas être changé », « La toco ne fonctionne pas », « En espérant qu'il soit toujours opérationnel », « En panne ».

Concernant la baignoire de dilatation, les sages-femmes sont nombreuses à la proposer (94,8%). Toutefois, la quantité est parfois jugée insuffisante par rapport au nombre de patientes présentes. Certaines mentionnent « Une seule baignoire, temps de remplissage long (environ 30 min) » « Pas le temps » « Peu de demande », « Baignoire déjà occupée ».

Les huit méthodes énoncées dans le questionnaire ont été choisies de façon arbitraire. Une sage-femme l'a d'ailleurs mentionné en nous faisant part de l'oubli de l'hypnose : « Vous avez oublié l'hypnose, je suis formée en hypnose mais il faut beaucoup de temps [...] et surtout ne pas être dérangé ». Nous sommes donc probablement passées à côté d'autres méthodes plus confidentielles, constituant ainsi un biais.

Si nous analysons les réponses concernant les ressources matérielles, nous pouvons constater que celles-ci sont disponibles mais pas toujours en nombre suffisant ni en état de fonctionnement.

4.1.2. Ressources en termes de formations

La formation initiale est estimée insuffisante pour la majorité des répondants. En effet, 71,1% des sages-femmes trouvent que les connaissances apprises au cours de leur cursus ne sont pas suffisantes pour accompagner un travail sans péridurale.

Une étudiante de l'université Pierre et Marie Curie de Paris a réalisé une étude concernant la formation initiale de l'étudiant sage-femme à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique (27). Les sages-femmes étaient interrogées sur leur sentiment de compétence en termes de capacité à gérer le travail physiologique. Ainsi, la majorité des sages-femmes (37,8%) ont noté leur sentiment de capacité à sept sur dix. L'évaluation se faisait sur une échelle de Lickert ; la note « 0 » correspondait au

sentiment « pas du tout compétent » tandis que la note « 10 » correspondait au sentiment « tout à fait compétent ».

Ces résultats sont cohérents avec ceux que nous avons pu obtenir puisque 91,7% de l'effectif de la catégorie [2012-2021], correspondant aux plus jeunes diplômées, estime être à l'aise pour accompagner un accouchement physiologique. En revanche, les sages-femmes interrogées sont quasiment un quart (23,7%) à penser plutôt ne pas connaître de méthodes alternatives et deux personnes pensent ne pas connaître du tout ces méthodes alternatives. Il est intéressant de mentionner que ces sages-femmes suggèrent l'enseignement des méthodes alternatives du soulagement de la douleur pour améliorer la formation initiale en matière de gestion du travail physiologique.

Notre étude ne portait pas sur le niveau de connaissances des sages-femmes concernant les différentes méthodes alternatives. Toutefois, les sages-femmes alsaciennes ont également fait le constat d'une formation initiale insuffisante. Elles mentionnent « Très peu d'expérience pendant les études », « Il y a un manque de formation à l'école de sages-femmes sur ce sujet ».

Après l'obtention de leur diplôme d'État, 66,6% des sages-femmes interrogées ont réalisé des formations complémentaires. La volonté de s'améliorer (67,3%) et le manque de connaissances (44,2%) étaient les principaux motifs de choix de réalisation de formations complémentaires.

Si nous prenons l'exemple de l'acupuncture, 73,1% des sages-femmes disent utiliser cette méthode dans leur pratique. Pourtant, seules 63,2% des utilisatrices disent avoir effectué une formation complémentaire. Il y a donc 36,8% des sages-femmes interrogées qui utilisent l'acupuncture dans leur pratique courante sans formation. La pratique de l'acupuncture est réglementée par l'article R-4127-318 du code de la santé publique stipulant que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des actes d'acupuncture sous réserve de posséder le diplôme universitaire (28).

Certaines sages-femmes ne possèdent pas ce diplôme mais ont pu bénéficier de formations dans le cadre de projets de services. Des formations courtes en acupuncture sont proposées par le gynécologue et acupuncteur Jean-Michel

Bouschbacher. Il existe également des formations en hypnose dispensées par Cécile Colas Nguyen sage-femme et hypnothérapeute par exemple.

Nous pouvons supposer que la proportion de sages-femmes pratiquant l'acupuncture sans diplôme traduit l'intérêt qu'ont ces professionnels pour l'utilisation de méthodes alternatives.

Des entretiens sur l'accompagnement des parturientes algiques ont été réalisés dans le cadre d'un mémoire d'étudiant sage-femme de l'école de Brest en 2016 (29). Le constat est le suivant : les sages-femmes ayant effectué une formation sur les postures de travail et d'accouchement utilisent ces connaissances pour aider les femmes algiques. D'autres sages-femmes n'ayant pu bénéficier de cette formation utilisent tout de même les changements de position pour soulager la douleur de la femme mais elles souhaiteraient un approfondissement de ces savoirs pour les mettre davantage à profit. Certaines sages-femmes notent l'utilisation faible de la suspension par un manque de formation sur l'outil. Le matériel est à disposition dans les espaces dits « physiologiques » mais celles-ci ont des difficultés à l'intégrer dans leur pratique quotidienne. Les sages-femmes interrogées par l'étudiante de l'école de Brest utilisent des méthodes de gestion de la douleur sans y avoir été formées comme le font certaines sages-femmes interrogées dans le cadre de notre étude.

En effet, les sages-femmes interrogées pour notre étude utilisent des méthodes sans y avoir été préalablement formées. Elles disposent également de notions utiles à l'accompagnement de l'accouchement physiologique qu'elles ont pu acquérir grâce à divers canaux. Les transmissions au sein des équipes sont souvent mentionnées : « Initiation par les collègues », « Transmissions des connaissances au sein de l'équipe » « Quand je suis sortie de l'école en « compagnonnage » nous allions toujours à l'accouchement de notre collègue et vice-versa ». Les sages-femmes se forment et s'informent également grâce à leurs échanges ou recherches personnelles : « Grâce à une amie formée qui m'a donné quelques conseils très basiques », « J'ai eu plus d'informations en faisant des recherches personnelles ».

Il est ressorti de notre étude qu'un bon nombre de sages-femmes souhaitent davantage se former sur la gestion de la douleur de la parturiente. En effet, les sages-femmes souhaitent élargir leurs connaissances et pouvoir disposer d'un panel plus important de ressources pour avoir plus de choix dans ce qu'elles peuvent proposer à leurs patientes : « Toujours intéressant de découvrir de nouvelles méthodes et d'avoir le choix dans ce qu'on peut proposer aux patientes », « Pour proposer différentes choses aux patientes, se diversifier », « Tout est bon à prendre et à apprendre ».

Cependant, pour d'autres, développer leurs connaissances sur la gestion de la douleur à l'aide d'une formation complémentaire n'est pas leur priorité, puisqu'elles estiment qu'elle et leur équipe ont déjà les ressources suffisantes : « Oui et non... Il y a d'autres formations qui m'intéressent davantage, car je trouve que dans notre équipe, nous avons déjà beaucoup d'alternatives à la péridurale ».

L'analyse des réponses concernant la formation initiale et les formations complémentaires, nous permet de dire que toutes-deux semblent être insuffisantes. En effet, plus de la moitié des sages-femmes (71,1%) trouve que les connaissances apprises au cours de leur formation initiale ne sont pas suffisantes pour accompagner un travail sans péridurale. De plus, les sages-femmes réalisant des formations complémentaires motivent leur choix par le fait de manquer de connaissances sur le sujet pour près de la moitié d'entre-elles (44,2%).

4.1.3. Ressources humaines

Les sages-femmes interrogées dénoncent un manque de temps et de personnel. Ce constat s'inscrit dans le contexte actuel de revendications et de grèves des sages-femmes.

Le 11 novembre 2020, Anna Roy rédigeait sur Instagram le récit d'une nuit de garde où elle expliquait avoir été maltraitante car elle n'avait pas pu accompagner correctement les trois patientes dont elle avait la charge. Elle se disait avoir été au moins complice des dégâts physiques et psychiques causés par les mauvaises prises en charge (30). Pour cette sage-femme, également chroniqueuse sur France 2, autrice de nombreux livres et podcasteuse sur Europe 1, cette situation ne serait pas arrivée

si elle avait été dans la situation des sages-femmes anglaises qui ont chacune une seule patiente à leur charge. C'est à partir de ce jour que le slogan « une femme = une sage-femme » a été diffusé et relayé dans les médias. Une pétition à destination de M. Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé et M. Emmanuel Macron, président de la République a également vu le jour. Cette pétition intitulée « Pour une naissance respectée ! Une femme = une sage-femme » rassemble aujourd'hui plus de 129 000 signatures (31).

Les décrets de périnatalité encadrant les effectifs de sages-femmes présentes dans les services n'ont pas été révisés depuis 1998. Pourtant, la charge de travail dans les services en 2021 est difficilement comparable à celle présente en 1998. Alors que les sages-femmes assurent un rôle croissant dans les salles de naissance (87,4% des accouchements par voie basse non instrumentale en 2016 contre 81% en 2010 d'après les résultats de l'ENP (1,5)), les effectifs minimums sont quasiment systématiquement appliqués dans les maternités. Ces conditions d'exercice ne sont pas en adéquation avec les recommandations de la HAS préconisant « que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement » (17).

Le nombre de consultations en urgence ne cesse d'augmenter. Selon le rapport de la DREES sur les établissements de santé, le nombre annuel de passages aux urgences s'établissait à 10,1 millions en 1996. Il atteignait 21,2 millions de passages en 2019, en suivant une augmentation de 3,3% par an en moyenne (20). Dans certains centres, une sage-femme est dédiée à l'accueil des urgences gynécologiques et obstétricales. Dans d'autres centres, ce sont les sages-femmes de salle de naissance qui gèrent les urgences gynécologiques. De plus, un travail est également fait sur la qualité, la sécurité et l'aspect médico-légal depuis 1998, entraînant une informatisation des dossiers et une part administrative très importante.

Le Collège National des Sages-Femmes en collaboration avec le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France, la Société Française de Pédiatrie et la Société Française des Anesthésistes-Réanimateurs a proposé des nouveaux ratios de sages-femmes pour les activités non programmées, en fonction du nombre de naissances dans l'établissement (32).

Les nouveaux ratios ont été calculé selon la méthode suivante : une sage-femme pour deux naissances à laquelle on ajoute une sage-femme pour l'activité des urgences. Ainsi, un établissement réalisant 2500 naissances par an verrait ses effectifs quasiment doubler, passant de 14 sages-femmes selon les décrets de 1998 à 25 sages-femmes selon la demande du CNSF.

La révision de ces décrets fait l'objet de revendications de la part des syndicats et des organisations de sages-femmes et étudiants sages-femmes mais aussi des collectifs d'usagers depuis plus de dix ans. Pourtant, malgré des grèves et manifestations devenues de plus en plus fréquentes ces dernières années, aucun changement n'a été observé.

Une sage-femme interrogée rapporte : « Pour une sage-femme, « [...] ce qui nous manque le plus, c'est le temps, et ça, les formations ne l'apporteront pas ».

Les sages-femmes ayant répondu à notre questionnaire sont des sages-femmes portant probablement un intérêt au sujet de l'accouchement physiologique et n'ayant donc pas forcément les mêmes caractéristiques que celles ayant refusé de participer, entraînant donc un biais de sélection et plus particulièrement un biais de volontariat.

Au vu des éléments présentés précédemment et du contexte actuel de grèves et revendications, nous pouvons dire que les ressources humaines semblent être insuffisantes.

Notre première hypothèse était la suivante : « Les sages-femmes ont à leur disposition suffisamment de ressources concernant les différents moyens d'accompagner la douleur lors de l'accouchement physiologique ». Cette première hypothèse est donc infirmée.

4.2. Existe-t-il des facteurs influençant ?

Notre deuxième hypothèse était la suivante : « Il existe des facteurs influençant la pertinence des soins dans le cadre de l'accompagnement d'un accouchement physiologique ».

Nous avons identifié trois facteurs pouvant influencer la pertinence des soins : le nombre d'années d'expérience, le type de maternité d'exercice et les formations initiale et complémentaire(s).

4.2.1. Nombre d'années d'expérience

Nous avons émis la sous-hypothèse suivante : « Le nombre d'années d'expérience influe : plus le nombre d'années d'expérience est élevé, plus la sage-femme sera à l'aise pour la prise en charge d'un accouchement physiologique ».

Pour tenter de répondre à cette hypothèse, nous avons souhaité confronter date d'obtention du diplôme d'État et niveau d'aisance, pour faire le lien avec le nombre d'années d'expérience et la pertinence des soins. Nous n'avons pas utilisé l'âge de la sage-femme interrogée puisque certaines sages-femmes ont pu être diplômées plus tardivement suite à une reconversion professionnelle par exemple.

Toutefois, il est intéressant de souligner un biais. Nous avons fait cette analyse en supposant que la sage-femme ait exercé en continu depuis l'obtention de son diplôme et en supposant qu'une sage-femme se disant être à l'aise pour accompagner un accouchement physiologique le fait de façon pertinente.

La proportion de sages-femmes s'estimant être à l'aise pour accompagner un accouchement physiologique est plus importante dans les classes d'obtention du diplôme d'État plus récentes. Les sages-femmes de la catégorie [2012-2021] sont 91,7% à estimer se sentir à l'aise pour accompagner un accouchement physiologique alors qu'elles sont 77,8% dans la catégorie [1981-1991].

Chloé Barasinski, sage-femme chercheuse a réalisé une étude sur les pratiques obstétricales maïeutiques lors de l'accouchement. D'après les résultats de cette étude, les sages-femmes les plus jeunes proposent plus d'alternatives à la péridurale (ballon, mobilisation par suspension) et plus de positions aux femmes (33).

Ces jeunes sages-femmes sont-elles plus sensibles à l'accompagnement de la physiologie ? Peut-être sont-elles très motivées dès la sortie d'école ? Ont-elles davantage accès aux formations complémentaires ? Ou sont-elles davantage dans la mouvance sociétale du « retour à la nature » ?

Nous pouvons également nous interroger sur les pratiques des sages-femmes plus anciennes. Leur niveau d'aisance pour accompagner un accouchement physiologique ne serait-il pas lié à leur formation initiale et à leur socle de connaissances bâti à l'époque où la péridurale était le graal dans les salles d'accouchement ?

D'après notre sous-hypothèse, une sage-femme avec davantage d'années d'expérience est plus à l'aise dans l'accompagnement d'un accouchement physiologique. D'après nos résultats, cette sous-hypothèse est infirmée.

Pour vérifier la significativité des résultats, il aurait été intéressant de réaliser des tests statistiques sur des effectifs plus importants. En effet, le taux de réponses à notre questionnaire est de l'ordre de 23,7% . L'objectif de cette étude n'était pas de pouvoir extrapoler les résultats à la population française. Toutefois, les chiffres présentés donnent des tendances de résultats.

4.2.2. Type de maternité

Un autre facteur identifié comme pouvant influencer sur la pertinence des soins était le type de maternité. Nous supposions que l'accouchement physiologique était plus fréquemment réalisé dans les maternités de type I que dans les maternités de type III. De ce fait, nous supposions que l'accompagnement proposé était plus pertinent dans une maternité de type I que dans une maternité de type III.

Pour tenter de répondre à cette sous-hypothèse et explorer ce paramètre, nous avons utilisé le niveau d'aisance lors de la gestion d'un accouchement physiologique et nous l'avons mis en rapport avec le type de la maternité d'exercice. Ainsi, la proportion de sages-femmes s'estimant non à l'aise lors de la gestion d'un travail sans péridurale est plus importante dans la catégorie des sages-femmes exerçant en type III que dans la catégorie des sages-femmes exerçant en type I (22,2% contre 11,1%).

L'étude sur les pratiques obstétricales maïeutiques lors de l'accouchement citée précédemment s'est également intéressée aux types de maternité (33). Ainsi, les sages-femmes travaillant dans les maternités de type I étaient moins nombreuses à proposer un recours à l'analgésie péridurale et plus nombreuses à proposer l'utilisation de la baignoire que dans les autres types de maternité. Elles étaient également plus à l'aise avec les positions maternelles durant les premier et deuxième stades du travail et l'expulsion. L'utilisation des étriers était plus importante chez les sages-femmes travaillant en type III. Concernant leur ressenti, les sages-femmes de type I étaient plus nombreuses à penser que la physiologie était souvent ou toujours respectée. À l'inverse, les sages-femmes de type II ou III étaient plus nombreuses à penser que la physiologie était rarement respectée.

D'après les résultats d'une étude portant sur l'influence des caractéristiques de la structure de soin sur la prise en charge périnatale des femmes à bas risque en France, les femmes prises en charge dans des petites et moyennes maternités choisissent d'accoucher sans péridurale plus souvent que celles accouchant dans les maternités réalisant plus de 2000 accouchements par an. La taille de la maternité est un facteur significativement associé au choix d'accoucher sans péridurale. L'explication donnée était que les sages-femmes travaillant dans les petites structures étaient plus disponibles pour accompagner les femmes ne souhaitant pas d'analgésie péridurale que celles travaillant dans des maternités avec beaucoup d'activité (34).

Notre observation certes subjective, irait dans le même sens : une plus grande disponibilité pour accompagner en maternité de type I qu'en type III où les sages-femmes gèrent davantage d'activité ainsi que des situations complexes et d'urgence récurrentes. Toutefois, cela n'empêchera pas la patiente en maternité de type III d'accoucher de manière physiologique mais probablement avec un accompagnement davantage en pointillé.

Nous avons également analysé le pourcentage de réponses par type de maternité et le pourcentage de réponses à l'encart « Propositions libres ». Ces indicateurs nous semblaient être de bons reflets de l'intérêt porté par les structures pour l'accompagnement de l'accouchement physiologique.

Nous constatons que les structures ayant le plus répondu à notre questionnaire sont les maternités de type IIA et IIB, représentant 65,4% de l'échantillon. Parmi les sages-femmes exerçant en maternité de type III, seule une sage-femme exerçait à l'hôpital Émile Muller de Mulhouse ; toutes les autres étaient des sages-femmes strasbourgeoises. Un peu moins de la moitié des sages-femmes travaillant en maternité de type IIB (45%) a partagé ses propositions pour améliorer l'accompagnement de l'accouchement physiologique et seules 14% des sages-femmes travaillant en type III l'ont fait.

Les différences de taux de participation peuvent s'expliquer par la communication directe que nous avons pu avoir avec certaines sages-femmes coordinatrices, impliquées dans le fait de stimuler leurs équipes à répondre au questionnaire mais aussi par la proximité avec certains établissements pour lesquels des relances orales ont pu être effectuées. Ces deux éléments entraînent donc un biais de recrutement.

De plus, notre étude reste soumise à un biais de désirabilité. Les professionnels interrogés ne font pas tous forcément ce qu'ils déclarent faire.

Afin de mettre en évidence une réelle différence dans les pratiques de l'accompagnement d'un accouchement physiologique, il aurait été intéressant d'interroger les sages-femmes exerçant dans la maison de naissance Manala. Nous n'avons pas souhaité les inclure initialement dans cette étude car nous pensions que cela aurait constitué un biais. En travaillant dans une structure telle, nous supposons que la sage-femme était davantage sensibilisée à l'accouchement physiologique ainsi qu'à son accompagnement.

Un autre élément identifié comme pouvant influencer sur la pertinence de l'accompagnement d'un accouchement physiologique était le type de maternité. Nous avons supposé que l'accompagnement dans une maternité de type I était plus fréquemment réalisé et par conséquent plus pertinent que celui proposé dans une maternité de type III. Nous ne pouvons ni infirmer ni confirmer cette sous-hypothèse car cela ne reste que de l'interprétation.

A posteriori nous nous rendons compte que nous aurions dû formuler la question autrement de façon à pouvoir obtenir des données chiffrées et réaliser des tests statistiques.

4.2.3. Formation(s)

Le dernier élément que nous avons identifié comme pouvant influencer sur la pertinence de l'accompagnement d'un accouchement physiologique était la formation de la sage-femme. Nous avons constaté que les sages-femmes estimaient ne pas être suffisamment formées à l'école, soit dans leur cursus initial. Pour s'améliorer et proposer le meilleur accompagnement aux couples, certaines sages-femmes réalisent des formations complémentaires.

Nous constatons que la proportion de sages-femmes se disant être à l'aise pour accompagner un accouchement physiologique est plus importante lorsque celles-ci ont réalisé une formation complémentaire. Lorsqu'elles ont réalisé une formation complémentaire, les sages-femmes se disent être à l'aise pour 92,3% d'entre elles alors qu'elles ne sont que 88,5% à l'être en l'absence de formation.

Comme nous l'avons détaillé précédemment pour répondre à notre première hypothèse, la formation initiale est estimée insuffisante pour la majorité des sages-femmes interrogées. Par conséquent, les sages-femmes disposent de peu de ressources pour accompagner les femmes. Si elles ne réalisent pas de formations complémentaires ou si elles ne sont pas intéressées par le sujet, nous pouvons alors supposer que l'accompagnement de l'accouchement physiologique proposé sera moins pertinent.

Notre sous-hypothèse était la suivante : « L'accompagnement de la douleur proposé lors d'un accouchement physiologique par une sage-femme ayant réalisé des formations complémentaires sur la gestion de la douleur est plus approprié que celui d'une sage-femme n'en ayant pas réalisé ». Notre sous-hypothèse peut être validée.

Ainsi, notre deuxième hypothèse : « Il existe des facteurs influençant la pertinence des soins dans le cadre de l'accompagnement d'un accouchement physiologique » est confirmée.

Notre échantillonnage nous permet d'avoir quelques pistes : le type de maternité ainsi que la formation de la sage-femme seraient des facteurs influençant. Toutefois, notre échantillon ne permet pas de mettre en évidence quelque chose d'exhaustif ni de généraliser nos résultats à l'ensemble de la population française. En effet, étant de petite taille, la mise en évidence de différences est plus ardue.

4.3. Pistes d'amélioration

Notre questionnaire se clôturait par la question suivante : « Auriez-vous des propositions à faire concernant l'accompagnement d'un travail physiologique ? ». L'intitulé de la question était neutre. Pourtant, les propositions formulées sont pour la plupart engagées et font écho au contexte actuel. Ainsi, quelques grandes thématiques ont pu être dégagées.

Les sages-femmes sont nombreuses à évoquer le slogan « une femme = une sage-femme ».

Une sage-femme interrogée pour notre étude énonce, par exemple : « Pour l'accompagnement d'un travail physiologique vraiment optimal il faut du temps à consacrer à la patiente et c'est souvent ce qui nous manque, beaucoup de choses à gérer à côté... administratif, urgences obst/gynéco, maturation [...] Comment suivre une dame correctement et ne pas sembler absent à ses yeux avec cette charge de travail qui nous prend souvent tout notre temps ».

Une deuxième sage-femme écrit « l'idéal dans l'accompagnement d'une femme sans péridurale serait d'avoir une sage-femme attitrée qui ne s'occupe que d'elle...Le temps qu'on accorde aux femmes est d'une importance cruciale ».

Une troisième : « En fonction de l'activité le jour en question et en fonction de la structure où accouche la patiente, l'accompagnement sera plus ou moins satisfaisant ».

Ce constat est également partagé par les usagères, notamment via le CIANE. Ainsi, des patientes rapportent un « accouchement « à la chaîne », peu de relationnel, « techniciennes de la naissance » plutôt que sage-femme » ou encore « Nous avons surtout eu mon mari et moi la sensation d'avoir été laissés de côté, un peu abandonnés pendant l'accouchement (la sage-femme était seule pour tout gérer et nous n'étions pas seuls à accoucher) » (9).

Toutes ces réflexions rejoignent les résultats de notre étude. Lorsque les sages-femmes disent ne pas avoir pu utiliser une méthode de gestion de la douleur par manque de moyens, elles sont plus nombreuses à estimer avoir manqué de temps (89,1%) que de matériel (51,6%).

Pour pallier ce manque de disponibilité, certaines sages-femmes suggèrent d'améliorer la préparation en anténatal : « L'accompagnement d'un travail physiologique ne pouvant actuellement que rarement faire l'objet d'un suivi 1 femme/1SF, il me semble indispensable que les patientes souhaitant un travail physiologique se préparent de façon intensive pendant la grossesse » ou encore « Les patientes doivent être très bien préparées pour être quasi autonomes lors de la majeure partie du travail...parce que si la garde est chargée nous ne sommes pas assez nombreuses pour être à ses côtés H24 ».

L'amélioration de la préparation anténatale est également mentionnée, non pas dans le but de pallier le manque de disponibilités des sages-femmes mais dans un réel but de mieux préparer les femmes : « Pour les patientes le plus important est le travail fait en amont, pour nous les sages-femmes, il est important d'avoir du temps pour cet accompagnement ». Effectuer la préparation de l'accouchement dans la maternité dudit accouchement serait une plus-value certaine, permettant de « rencontrer en amont une sage-femme travaillant dans la maternité où l'on souhaite accoucher pour avoir un discours plus proche de la réalité du terrain ».

Ces propositions formulées librement sont en adéquation avec les résultats de notre étude ; les sages-femmes se sentent à l'aise pour accompagner un travail sans péridurale pour 91,0% d'entre elles mais elles sont 88,5% à estimer que les femmes ne sont pas suffisamment préparées. Pourtant, le projet de naissance est un des critères avancés de la nouvelle certification HAS en cours dans les établissements de santé (11). Le guide méthodologique de la HAS sur la qualité et la sécurité des soins dans le secteur de la naissance aborde également le projet de naissance (35). Pour la prise en charge de toute parturiente, le professionnel se doit d'être bienveillant et cela va se traduire par la qualité de la relation avec la femme et son accompagnant ainsi que par la prise en compte des attentes et désirs exprimés dans un éventuel projet de naissance.

Enfin, pour certaines sages-femmes, la clé pour améliorer l'accompagnement d'un accouchement physiologique serait d'améliorer la formation initiale des étudiants sages-femmes et la formation continue des sages-femmes : « Je pense qu'il y a un manque de formation à l'école de sages-femmes sur ce sujet. Mais je pense aussi que le plus important est de pouvoir se former au cours des stages pour mettre en pratique la théorie et apprendre auprès des femmes car ce sont elles qui nous apprennent le plus ! ». D'autres sages-femmes ont évoqué plus succinctement : « Sensibilisation permanente des équipes, formation continue. » « Formation du personnel à des médecines complémentaires ».

5. Conclusion

Au travers de notre étude, nous nous sommes interrogées sur la pertinence de l'accompagnement proposé par les sages-femmes hospitalières alsaciennes lors de l'accouchement physiologique.

De manière générale, nous pouvons dire que les sages-femmes possèdent des ressources matérielles pour accompagner la douleur lors d'un accouchement physiologique mais celles-ci sont parfois insuffisantes en nombre ou en fonctionnalité. Bien qu'elles soient globalement à l'aise pour accompagner l'accouchement physiologique, la majorité des sages-femmes dénonce une formation initiale insuffisante. Pour pallier leur manque de connaissances, les sages-femmes réalisent des formations complémentaires pour plus de la moitié d'entre-elles.

Pour améliorer la pertinence de l'accompagnement de l'accouchement physiologique, les sages-femmes souhaiteraient avoir plus de temps et de disponibilités à accorder à leurs patientes. Elles espèrent exercer un jour en « un pour un » ; un professionnel de santé dédié à une parturiente en salle de naissance.

La formation et les ressources dont disposent les sages-femmes sont mobilisées dans le cadre de l'accompagnement de l'accouchement physiologique. En revanche, la notion de pertinence des soins définie comme « la bonne intervention, au bon moment pour le bon patient » semble s'éloigner du cadre de notre étude. Le manque de disponibilité des sages-femmes et à plus petite échelle leur manque de formation(s) viennent régulièrement remettre en question la notion de pertinence des soins dans le cadre de l'accouchement physiologique.

Les contraintes hospitalières déjà présentes dans les établissements ont probablement été accentuées depuis mars 2020. En pleine pandémie Covid-19, les gestes barrières, protocoles et procédures spécifiques à appliquer ainsi que le climat général de stress n'ont-ils pas restreint les possibilités d'accompagnement de la part des soignants ?

Pour certaines sages-femmes, l'amélioration de la formation initiale permettrait un meilleur accompagnement des parturientes une fois diplômée. Une formation initiale davantage tournée vers l'accompagnement de la physiologie, cœur de métier de la profession de sage-femme, permettrait très probablement aux sages-femmes de se sentir plus à l'aise et d'avoir plus de clés pour l'accompagnement d'un accouchement physiologique.

La future sixième année de formation ne serait-elle pas une opportunité pour les futurs diplômés de développer de nouvelles compétences théoriques et techniques puis de les mettre en pratique dans le cadre de stages supplémentaires ?

« On ne changera pas le monde si l'on ne change pas notre façon de naître »

Michel Odent

6. Bibliographie

1. INSERM, DREES. Enquête Nationale Périnatale 2016. 2016.
2. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Plan « Périnatalité » 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Ministère chargé de la santé; 2004 nov.
3. République Française. Loi n° 2013-1118 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Journal officiel n°284, texte n°5 déc 6, 2013.
4. République Française. Décret n° 2021-1526 relatif aux maisons de naissance. Journal Officiel n°0276, texte n°15 nov 26, 2021.
5. INSERM. Enquête Nationale Périnatale 2010. 2010.
6. Ipsos. Les maisons de naissance plébiscitées par 9 Françaises sur 10 [Internet]. Ipsos. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/>
7. Manala. Maison de naissance Manala - Bilan de 5 années d'expérimentation. GHSO: Manala; 2021.
8. Haute Autorité de Santé. Préparation à la Naissance et à la Parentalité, recommandations. Haute Autorité de Santé; 2006 mai.
9. CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. août 2012; Dossier N°3.
10. République Française. Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie. août 13, 2004.
11. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2021 sept [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: www.has-sante.fr
12. Haute Autorité de Santé. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 nov [cité 4 avr 2022]. (Certification des établissements de santé). Disponible sur: www.has-sante.fr
13. République Française. Loi n° 2019-774 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal Officiel n°0172, texte n°3 juill 24, 2019.
14. Pertinence des soins – Les professionnels en action [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: www.has-sante.fr
15. ARS Grand Est. [PRS] Projet régional de santé 2018-2028. Cadre d'orientation stratégique 2018-2028. ARS Grand Est; 2018 juin.
16. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. Pratique de l'accouchement. 6e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.

17. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, argumentaire scientifique. Haute Autorité de Santé; 2017 déc.
18. République Française. Décret n°98-899 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. Code de la santé publique oct 9, 1998.
19. République Française. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998. Code de la santé publique oct 9, 1998.
20. Les établissements de santé. Paris: DREES; (Panoramas de la DREES - Santé). Report No.: Edition 2021.
21. République Française. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. Journal Officiel n°0074, texte n°32 mars 11, 2013.
22. République Française. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. Journal Officiel n°0184, texte n°27 juill 19, 2011.
23. Article R4127-304 - Code de la santé publique.
24. République Française. Ordonnance n° 2021-961 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé. Journal Officiel n°0167, texte n° 34 juill 19, 2021.
25. Moser L, Muller V. La baignoire de dilatation en salle de naissances : pour qui ? comment ? [Mémoire de sage-femme]. 2017.
26. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Monziols M, et al. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? mars 2021;
27. Tessier F. Formation initiale de l'étudiant sage-femme à la gestion du travail et de l'accouchement physiologique: enquête auprès des jeunes diplômés [Mémoire de sage-femme]. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2018.
28. République Française. Article R.4127-318 du code de la santé publique. Code de déontologie des sages-femmes juill 17, 2012.
29. Thomas C. Accompagnement des parturientes algiques: pratique et difficultés des sages-femmes. Étude qualitative réalisée auprès de sages-femmes hospitalières et libérales du Finistère du 15 septembre au 7 décembre 2016 [Mémoire de sage-femme]. Université de Brest;
30. Anna Roy. #1femme1sagefemme #jesuismaltraitante [Internet]. Instagram. 2020 [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: https://www.instagram.com/_anna.roy_/?hl=fr

31. Sarlat C. Pour une naissance respectée! Une femme = une sage-femme [Internet]. Change.org. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.change.org/>
32. Collège National des Sages-Femmes. Organisation des plateaux techniques en périnatalité et effectifs sages-femmes. 2019.
33. Barasinski C. Pratiques obstétricales maïeutiques lors de l'accouchement : État des lieux et évaluation des types de poussée [Thèse d'épidémiologie]. Université Clermont Auvergne; 2017.
34. Le Ray C. Influence des caractéristiques de la structure de soin sur la prise en charge périnatale chez les femmes à bas risque en France [Thèse d'épidémiologie]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2009.
35. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de la naissance. Haute Autorité de Santé; 2014 mars. (Certification des établissements de santé).

7. Annexes

ANNEXE I : Courrier électronique de présentation de l'étude à destination des sages-femmes coordinatrices des douze maternités d'Alsace.

Bonjour,

Je m'appelle Héloïse HESS et je suis étudiante en 5ème année à l'école de sages-femmes de Strasbourg. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'accompagnement des femmes ayant un projet d'accouchement physiologique. Ce travail a pour objectif de faire un état des lieux des pratiques actuelles dans les maternités d'Alsace. Cette étude est dirigée par Lydie DAVAL, sage-femme coordinatrice à l'hôpital de Haguenau et encadrée par Sandrine VOILLEQUIN, sage-femme enseignante.

Ma problématique est la suivante : **La formation et les ressources dont disposent les sages-femmes alsaciennes sont-elles mobilisées de façon pertinente pour accompagner une femme dans son projet d'accouchement physiologique ?**

Le questionnaire s'adresse aux sages-femmes ayant exercé ou exerçant actuellement en salle de naissances. Aussi, accepteriez-vous de le diffuser au sein de vos équipes ?

Vous trouverez ci-dessous le lien vers le questionnaire qui ne nécessite qu'une dizaine de minutes pour répondre : <https://sondagesv3.unistra.fr/index.php/553746?lang=fr>

À noter qu'une relance est prévue d'ici la fin du mois.

Je vous remercie par avance pour votre aide.

Bien cordialement,

Héloïse Hess

ANNEXE II : Estimation de l'effectif total de la population

Tableau V : Estimation de l'effectif total des sages-femmes alsaciennes exerçant en salle de naissance.

	Effectifs théoriques (en n)	Effectifs observés (en n)
CHIL (Wissembourg)	8	/
CH de Sélestat	NC	15
Clinique Rhéna (Strasbourg)	18	/
Hôpital Albert Schweitzer (Colmar)	NC	15
CH Sainte-Catherine (Saverne)	16	/
CMCO (Schiltigheim)	50	/
Clinique Sainte-Anne (Strasbourg)	NC	36
Clinique Diaconat Fonderie (Mulhouse)	22	/
CH de Haguenau	22	
Hôpital Louis Pasteur (Colmar)	NC	37
Hôpital Émile Muller (Mulhouse)	NC	40
Hôpital de Hautepierre	50	/

« NC = non communiqué »

NB : Il est à noter que l'estimation est difficile à faire car les sages-femmes sont pour la plupart polyvalentes et alternent entre les suites de couches et la salle de naissance.

ANNEXE III : Questionnaire à destination des sages-femmes exerçant dans les salles de naissance alsaciennes.

Bonjour,

Je m'appelle Héloïse HESS et je suis actuellement étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de sages-femmes de Strasbourg. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'accompagnement des femmes ayant un souhait d'accouchement physiologique.

Ce travail a pour objectif de faire un état des lieux des pratiques actuelles dans les maternités d'Alsace.

Ma problématique est la suivante : *La formation et les ressources dont disposent les sages-femmes alsaciennes sont-elles mobilisées de façon pertinente pour accompagner une femme dans son projet d'accouchement physiologique ?*

Le sujet a été validé par le comité scientifique de l'école de sages-femmes. Ce travail est dirigé par Lydie DAVAL, sage-femme coordinatrice à l'hôpital de Haguenau et encadré par Sandrine VOILLEQUIN, sage-femme enseignante.

La participation à cette recherche est volontaire. Aucune des questions ne permettra de retrouver votre identité. Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées sur un serveur sécurisé des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg pour la durée de la recherche. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD).

Partie A : Profil du répondant

A.1 Quel est votre âge ?

A.2 Quel est votre genre ?

- Masculin Je me définis
 Féminin autrement

A.3 En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ?

A.4 Dans quelle école avez-vous été diplômé.e ?

A.5 Dans quelle maternité exercez-vous actuellement ?

- Colmar – Colmar – Pôle de Haguenau
Hôpitaux Civils Santé privé du Diaconat

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mulhouse –
Clinique du Diaconat
Fonderie | <input type="checkbox"/> Sélestat | <input type="checkbox"/> Strasbourg –
Rhéna |
| <input type="checkbox"/> Mulhouse –
Hôpital Emile Muller
GHRMSA | <input type="checkbox"/> Strasbourg –
CMCO | <input type="checkbox"/> Strasbourg –
Ste-Anne |
| <input type="checkbox"/> Saverne | <input type="checkbox"/> Strasbourg –
Hautepierre | <input type="checkbox"/> Wissembourg |

A.6 Quel est le type de votre maternité ?

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Type I | <input type="checkbox"/> Type IIB |
| <input type="checkbox"/> Type IIA | <input type="checkbox"/> Type III |

Partie B : Vignette clinique

B1. Vous êtes sage-femme de garde dans votre maternité. Mme X se présente, c'est une patiente primigeste primipare de 27 ans qui n'a aucun antécédent. Sa grossesse s'est déroulée sans aucune particularité. Elle consulte aux urgences obstétricales à 39 semaines d'aménorrhée, pour des contractions utérines régulières et douloureuses depuis quatre heures.

À l'admission :

La patiente est apyrétique et normotendue. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal montre un rythme de base à 140bpm, oscillant et réactif, sans ralentissement. On compte trois contractions utérines par dix minutes avec un bon relâchement utérin. Le toucher vaginal retrouve un col centré, effacé, souple, dilaté à deux doigts. La présentation céphalique est appliquée et la poche des eaux est intacte. La patiente s'oriente vers un projet de naissance sans péridurale

Comment allez-vous l'accompagner ?

Il n'y a pas de mauvaises réponses. Vous n'avez pas besoin de faire de phrases, des mots ou des tirets suffisent.

Partie C : Méthodes de gestion de la douleur

C.1 Utilisez-vous l'homéopathie ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si non, pourquoi :

C.2 Utilisez-vous le monitoring sans fil ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Si non, pourquoi :

C.3 Utilisez-vous les suspensions ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

C.4 Utilisez-vous la baignoire de dilatation de manière courante ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

C.5 Utilisez-vous l'aromathérapie ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

C.6 Utilisez-vous le chant prénatal ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

C.7 Utilisez-vous l'acupuncture ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

C.8 Utilisez-vous les changements de position ?

Oui Non

Si non, pourquoi :

Partie D : Gestion de la douleur

D.1 Vous est-il arrivé de ne pas pouvoir utiliser une méthode de gestion de la douleur par manque de moyens ?

Non, jamais Oui, quelques fois
 Oui, une fois Oui, tout le temps

D.2 De quoi avez-vous alors manqué ?

De temps De matériel Autre

D.3 Vous sentez-vous à l'aise lors de la gestion d'un travail sans péridurale ?

Pas du tout Plutôt non

Plutôt oui

Tout à fait

D.4 Vous est-il arrivé de ne pas être à l'aise pour accompagner une femme qui n'a pas de péridurale parce qu'elle souhaite une méthode de gestion de la douleur bien précise ?

Oui

Non

D.5 Peut-être pratiquez-vous une méthode sans avoir bénéficié d'une formation spécifique. Si tel est le cas, expliquez quelle méthode et comment vous en êtes arrivé.e à l'utiliser ?

Oui

Non

D.6 Au cours de votre cursus à l'école de sages-femmes, avez-vous eu des cours, interventions, TP, TD etc sur la gestion de la douleur ?

Oui

Non

D.7 Avez-vous souvenir d'un.e professionnel.le qui vous a transmis des notions utiles à l'accompagnement de la gestion de la douleur pendant vos études ? (sage-femme en stage, en préparation à la naissance et à la parentalité, en cours...). Partagez votre expérience en quelques mots.

D.8 Les connaissances apprises au cours de votre cursus vous semblent-elles suffisantes pour accompagner un travail sans péridurale ?

Oui

Non

D.9 Avez-vous réalisé des formations complémentaires pour la gestion de la douleur sans péridurale après l'obtention de votre diplôme d'état ?

Oui

Non

D.10 Pourquoi avoir choisi de réaliser ces formations ?

Non concerné.e

J'avais un attrait particulier pour le sujet

J'ai estimé que je manquais de connaissances sur le sujet

Je voulais m'améliorer

Autre :

D.11 Si vous avez réalisé une/des formation(s), de laquelle ou desquelles s'agissait-il ?

Non concerné.e

Chant prénatal

Acupuncture

Yoga

- | | |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | <input type="checkbox"/> Hypnose |
| <input type="checkbox"/> Postures de Gasquet | <input type="checkbox"/> Ostéopathie |
| <input type="checkbox"/> Méthode Bonapace | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : |

D.12 Feriez-vous une formation sur la gestion de la douleur si vous en aviez l'occasion ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Justifiez :

Partie E : Projet de naissance

E.1 Lorsqu'une femme arrive en travail en salle de naissances, posez-vous systématiquement la question de l'existence d'un projet de naissance ? (qu'il soit écrit ou oral)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

E.2 Lorsque la femme a un projet de naissance, prenez-vous le temps de discuter avec la femme de ses envies et attentes ? Si non, qu'est-ce qui vous incommode ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

E.3 Lorsque le projet de naissance n'a pas pu être réalisé, prenez-vous le temps de rediscuter avec la femme ? (avant la sortie de salle de naissances ou en suites de couches par exemple)

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

E.4 Estimez-vous que les femmes ayant un projet d'accouchement physiologique sans anesthésie péridurale sont suffisamment préparées en préparation à la naissance et à la parentalité ?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

Partie F : Propositions libres

F.1 Auriez-vous des propositions à faire concernant l'accompagnement d'un travail physiologique ?

Merci beaucoup pour votre participation !

Pour toute question ou remarque, vous pouvez me contacter à l'adresse e-mail suivante : heloise.hess@etu.unistra.fr

RÉSUMÉ

Introduction : Dans un contexte d'hypermédicalisation de la naissance, les femmes sont de plus en plus nombreuses à souhaiter un accouchement physiologique. La Haute Autorité de Santé recommande que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé adapté selon leur demande de la part d'une sage-femme.

Les objectifs de cette étude étaient d'effectuer un état des lieux des pratiques des sages-femmes hospitalières alsaciennes en matière d'accompagnement de l'accouchement physiologique mais aussi de voir si celles-ci possédaient les ressources nécessaires, qu'elles soient matérielles ou en termes de formations, pour réaliser cet accompagnement de façon pertinente.

Méthode : Une étude quantitative et qualitative, de type observationnelle, descriptive et multicentrique a été menée à l'aide d'un questionnaire auprès de 78 sages-femmes hospitalières alsaciennes, du 4 octobre 2021 au 4 décembre 2021.

Résultats : Les sages-femmes se sentent à l'aise lors de l'accompagnement d'un accouchement physiologique pour la grande majorité d'entre-elles (91,0%). En revanche, 82,0% des sages-femmes disent ne pas avoir pu, au moins une fois, utiliser une méthode de gestion de la douleur par manque de moyens. Elles estiment avoir manqué davantage de temps (89,1%) que de matériel (51,6%). Aussi, sont-elles 73,1% à trouver que les connaissances apprises au cours de leur formation initiale ne sont pas suffisantes pour accompagner un travail physiologique.

Conclusion : Notre étude révèle que le manque de disponibilité des sages-femmes et à plus petite échelle leur manque de formation(s) et de matériel fonctionnel disponible sont des facteurs pouvant influencer la pertinence de leur accompagnement de l'accouchement physiologique. Les sages-femmes espèrent aboutir un jour à « une femme = une sage-femme » ; un professionnel de santé dédié à une parturiente en salle de naissance.

Mots-clés : profession de sage-femme, accouchement naturel, douleur de l'accouchement, centres de naissance, travail obstétrical.