

Université Lille 2

École de sage-femme CHRU de Lille

La salle nature de la maternité d'Hazebrouck : état des lieux et ressenti des professionnels de santé.

Mémoire rédigé et soutenu par

Ludivine FOURMAUX

Sous la direction de **Benjamin MULLER, sage-femme à la maternité
d'Hazebrouck**

Promotion Mathilde Delespine

Année 2019

Remerciements

Je tiens à remercier l'équipe de la maternité d'Hazebrouck pour leur participation à ce mémoire ainsi que pour leur intérêt pour le sujet.

A mon directeur de mémoire, Benjamin Muller, pour son soutien, sa bonne humeur et ses précieux conseils. Merci de m'avoir épaulé lors de la réalisation de ce mémoire.

A Lucile Decouvelaere, cadre du service gynécologie-obstétrique de la maternité d'Hazebrouck, et au Dr Godron-Garcia pour leur gentillesse et leur accessibilité.

A Alexandra Brognart, sage-femme enseignante, pour m'avoir guidé lors de ce travail et en particulier pour m'avoir soutenue lors des échecs.

A Véronique Lehembre pour son empathie et son écoute dans les moments difficiles.

A mes amies de promotion pour avoir rendu ces années d'études pleines de rebondissements et de joie.

A Céline et Laurent pour leur bienveillance et leurs encouragements.

Sommaire

Glossaire.....	4
Introduction.....	5
Première partie : revue de la littérature	6
1.1 Le contexte français	6
1.1.1 L'origine du changement.....	6
1.1.2 Définitions	6
1.1.3 Mécanismes physiologiques de l'accouchement	7
1.1.4 La médicalisation de l'accouchement	10
1.1.5 Les espaces physiologiques ou « salles natures »	11
1.2 La maternité d'Hazebrouck	12
1.2.1 Organisation de la maternité	12
1.2.2 Organisation du personnel.....	12
1.2.3 La médicalisation à Hazebrouck	13
1.2.4 L'espace physiologique.....	14
Deuxième partie : l'étude.....	18
2.1 Matériel et méthode	18
2.1.1 Problématique et objectifs.....	18
2.1.2 Type de recherche	18
2.1.3 Critères	18
2.1.4 Recueil de données	19
2.1.5 Questionnaire.....	20
2.1.6 Analyse statistique	20
2.2 Résultats	20
2.2.1 État de lieux de la salle physiologique.....	20
2.2.2 Questionnaire à l'intention des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides soignantes.	34
Troisième partie : Analyse et discussion	41
3.1 Points forts et points faibles de l'étude	41
3.2 Analyse	42
3.2.1 Étude de dossier	42
3.2.2 Étude du questionnaire	50
Conclusion	59
Références bibliographiques.....	60
Annexes	I

Glossaire

CIANE : Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance

INESS : Institut National d'Excellence en Santé et en Services sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

SA : Semaines d'Aménorrhée

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

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens

CNN : Comité National de la Naissance

IMC : Indice de masse corporelle

DD : Délivrance Dirigée

TV : Toucher vaginal

AS : Aide soignante

AP : Auxiliaire de puériculture

HPP : Hémorragie du Post Partum

Introduction

Au cours des années, les progrès de la médecine ont incité les femmes à accoucher dans un environnement plus sûr, la maternité. Cela a donné lieu à une médicalisation de l'accouchement. Les accouchements à domicile sont devenus de moins en moins nombreux.

Depuis quelques années, les femmes revendiquent leur souhait d'un accouchement moins médicalisé voire même totalement physiologique.

Lors de mes stages, j'ai ressenti le besoin d'encourager ces femmes, qui ont fait le choix d'accoucher sans péridurale, sans systématiquement me sentir à l'aise. J'ai également pu constater que les sages-femmes avaient besoin de repères et d'une certaine maîtrise de l'accouchement.

La sage-femme est définie comme la spécialiste de la physiologie selon l'ordre des sages-femmes. Cette physiologie de la naissance, à travers l'accouchement naturel, n'est pas courante pour ces dernières alors qu'il se trouve au cœur de notre métier.

Depuis quelques années, les salles nature ouvrent dans tous types de maternités en France. Ces espaces physiologiques sont des endroits privilégiés, pour ces femmes, sans craindre de retard de prise en charge si une complication survenait. C'est un espace permettant d'enrichir la prise en charge entre un accouchement en salle conventionnelle, jugée trop médicalisée, et un accouchement à domicile non sans risques. La salle nature n'est pas seulement un lieu rassurant pour les femmes lors de leur accouchement. Il s'agit d'une prise en charge qui respecte au mieux la physiologie de la naissance.

La maternité d'Hazebrouck a un fonctionnement majoritairement physiologique notamment grâce à l'obtention du label Initiative Ami des Bébé (IHAB). Le niveau de soin de cette maternité lui permet de prendre en charge des femmes dont la grossesse est à bas risques dans la majorité des cas. L'homéopathie et l'acupuncture sont utilisées facilement chez un grand nombre de patientes. La salle nature était donc dans la suite logique du développement de cette maternité.

Le souhait des couples d'un accouchement moins médicalisé a redonné sa place à l'accouchement naturel. L'équipe soignante est elle suffisamment formée et encouragée pour ce type d'accouchement ?

Nous réaliserons l'état des lieux de la salle nature de la maternité d'Hazebrouck (Type 1) un an et demi après son ouverture. Pour cela, il nous a paru essentiel de connaître le profil des femmes accouchant dans cette salle, le déroulement de l'accouchement et des suites de couches immédiates.

Par ailleurs, nous nous intéresserons aux difficultés rencontrées par les sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides soignantes lors de la prise en charge d'une patiente en salle nature. Enfin, nous proposerons des pistes d'améliorations afin d'encourager l'utilisation de cet espace.

C'est pourquoi, il nous a semblé intéressant de définir de manière globale l'accouchement physiologique. Nous parlerons également du contexte dans lequel la salle nature d'Hazebrouck a été créée.

Première partie : revue de la littérature

1.1 Le contexte français

1.1.1 *L'origine du changement*

Le point de vue des femmes a été étudié dans une enquête du Collectif Inter-associatif Autour de la Naissance (CIANE) en 2012. Elle a permis une meilleure compréhension du point de vue des femmes enceintes. Il en ressort que ces dernières expriment d'avantage de souhaits particuliers concernant leur accouchement. D'ailleurs, le projet de naissance est de plus en plus utilisé. Il permet aux femmes d'émettre leurs souhaits et de parler de leurs envies concernant le travail et l'accouchement.

Elles revendiquent la possibilité de se mouvoir (choix de la position, possibilité de déambuler) mais aussi un accompagnement personnalisé de la douleur (méthodes non médicamenteuses, accompagnement et soutien lors de l'accouchement sans péridurale).

Cette enquête donne la parole aux principales actrices de la naissance, les femmes. Elle met en évidence les difficultés rencontrées par ces femmes enceintes lors de leurs accouchements et semble être le point de départ des évolutions concernant l'accouchement physiologique. (1)

1.1.2 *Définitions*

Avant de parler de physiologie, il est essentiel de distinguer les termes couramment associés à l'accouchement physiologique.

a) Accouchement physiologique ou naturel

L'accouchement physiologique est défini par Maïtie Trélaun (sage-femme), *dans son livre j'accouche bientôt et j'ai peur de la douleur*, comme étant l'ensemble « des mécanismes fondamentaux de l'organisme tant physiques (mobilité du bassin, actions et interactions des muscles, rotation de mobile fœtal), que chimique (les hormones, leurs actions physiques et comportementales, leurs interactions...) » (2). Elle utilise le terme « science » comme étant l'ensemble des connaissances générales.

La physiologie est un mécanisme indépendant de notre volonté. Elle dépend du fonctionnement de nos organes, de nos muscles, de nos hormones. C'est donc un évènement que l'on ne peut pas contrôler (3).

Par ailleurs, selon l'Institut National d'Excellence en Santé et en Services sociaux (INESS) du Québec, « un accouchement est considéré comme étant « naturel » lorsqu'il ne s'accompagne que de peu ou

même d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement ». (4)

b) Accouchement normal

La Haute Autorité de Santé (HAS) donne la définition suivante : « Un accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail. Cette situation (quant aux risques évalués en continu) perdure tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position du sommet entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée (SA). L'accouchement normal est confirmé par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère. Il permet la mise en place dans un climat serein, d'un certain nombre d'attentions, favorisant le bien-être maternel et familial et l'attachement parents/enfant » (5).

Les interventions techniques et médicales y sont minimales afin d'assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant.

c) Accouchement spontané

La définition de l'INESS est la suivante : « Accouchement par voie vaginale qui n'est pas assisté par forceps, par ventouse obstétricale ou par césarienne, et dans le cadre duquel la présentation n'est pas anormale ». Nous pourrions donc y inclure le déclenchement, le monitoring fœtal, l'analgésie locorégionale, les complications de la grossesse (4).

d) Notion de « bas risque »

Il s'agit de femmes présentant des grossesses à bas risques de complications. La définition suivante est proposée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) : « Les femmes à bas risque obstétrical sont des femmes pour lesquelles la probabilité d'avoir un accouchement par voie basse sans complication, d'un enfant unique vivant et en bonne santé est élevée. Ce groupe de femmes a été obtenu en excluant les cas de pathologie grave préexistante, les antécédents obstétricaux défavorables et les complications de la grossesse les plus fréquemment trouvés dans la littérature. » (6).

1.1.3 Mécanismes physiologiques de l'accouchement

a) Les mécanismes

L'accouchement est un processus spontané, comparable à un réflexe tel que l'éternuement ou encore l'endormissement. Le corps de la femme est fait pour accoucher. Lors de l'accouchement, un cocktail d'hormones est libéré dont chacune à son importance. Pour que ces hormones se libèrent, il est

nécessaire de mettre au repos le néocortex (partie du cerveau à l'origine de nos réflexions). Afin de laisser la partie primitive, d'où proviennent ces hormones, s'exprimer.

Le cerveau archaïque est la partie profonde du cerveau, la plus ancienne que nous partageons avec les autres mammifères tandis que le néocortex est le cerveau de l'intellect. Quand une femme accouche, la partie la plus sollicitée est la partie profonde. Elle permet également la libération de ces hormones essentielles pour que le processus physiologique se mette en place. (3)

La femme se trouve alors dans un état de conscience qui va permettre à son corps de s'exprimer et d'agir physiologiquement. Pour cela, les besoins suivants doivent être respectés : sentiment de sécurité, d'intimité (ne pas se sentir observé), de pénombre et de chaleur, de silence et d'absence de réflexion. Ainsi, la femme est à l'abri de toutes stimulations de son néocortex. (7)

C'est un lâcher-prise qui demande une préparation. D'où l'importance des préparations à la naissance et à la parentalité qui donnent les clés afin de se laisser aller et mettre le néocortex au repos.

La place de la sage-femme est essentielle dans ce processus physiologique puisqu'elle devient alors la figure maternelle qui ne juge pas et met en sécurité. (7)

b) Rôle des hormones

Au moment de l'accouchement, plusieurs hormones se retrouvent en compétition. D'une part nous avons l'endorphine, dérivé naturel de la morphine, avec ses propriétés antidouleur et euphorisantes. L'ocytocine, hormone du bien être et de l'attachement. D'autre part, l'hormone du stress : l'adrénaline. Ces dernières se fixent sur les mêmes récepteurs.

Plusieurs paramètres jouent sur la libération d'adrénaline :

- Environnemental (les bruits, appareillages, personnel plus ou moins disponible, la présence d'un accompagnant)
- Intrinsèque lorsque l'on procède à un interrogatoire personnel, entrant dans l'intime
- Ancien se définissant par la mémoire du stress dû à l'intensité de l'émotion

L'ocytocine, quant à elle, a un rôle primordial lors de l'accouchement. Elle favorise la survenue des contractions utérines, la délivrance ou encore l'attachement mère-enfant.

La stimulation de l'endorphine passe par le rire, la danse, le chant, l'orgasme. (8)

Lors de ces situations de stress, l'adrénaline est produite en plus grande quantité et se fixe sur les récepteurs communs à l'ocytocine et l'endorphine. Ces récepteurs ne peuvent plus accueillir l'ocytocine, hormone essentielle lors de l'accouchement. C'est alors que peut survenir une dystocie dynamique. (9)

C'est pourquoi un environnement et un accompagnement rassurants sont essentiels au bon déroulement de l'accouchement physiologique. (10)

c) La pensée positive

Bernadette de Gasquet, nous donne des pistes afin de limiter le plus possible la douleur. Une détente maximale est possible en « profitant de tout le temps de repos entre les contractions [...] guetter le bien être que procure le relâchement utérin » tout en essayant de ne pas anticiper la douleur. Ceci permet de favoriser la « respiration abdominale et profonde essentielle ».

Par ailleurs, la concentration permet « d'être ailleurs, fuir la douleur ou être complètement dedans, active dans la concentration ou encore être dans un état étrange, sorte de dédoublement» (8).

d) Rôle de la posture

Les postures sont utilisées, en salle de naissance, afin d'optimiser l'ouverture de certains diamètres du bassin en fonction du stade du travail ou de la présentation foetale par exemple.

Elles occupent une place importante, lors du travail, en partie pour le confort de la patiente. Lorsque la douleur est installée, le choix de la posture est essentiel pour arriver à un état de détente général. Le ressenti de la femme est indispensable afin d'optimiser la respiration abdominale, la mobilisation et les positions antalgiques. (11) (12)

En ce qui concerne les études sur la mobilisation des femmes en salle de travail, les conclusions varient. Mobiliser les patientes provoquerait à la fois une meilleure dynamique utérine, une meilleure dilatation cervicale mais aussi un ralentissement du travail et un plus grand nombre de dystocies. Ces discordances peuvent être justifiées par le manque de définitions précises de la mobilisation. Le caractère multifactoriel du travail est une limite importante pour l'étude de l'impact de la mobilisation auprès de ces femmes. (13) (14)

e) Le soutien continu

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 » (5).

Par ailleurs, les accouchements spontanés sont favorisés en cas d'accompagnement continu pendant toute la durée du travail. Ces dernières ont moins recours aux médications analgésiantes, ont une durée de travail plus courte et semblent être plus satisfaites. (15)

f) Prises en charge non médicamenteuses de la douleur

La baignoire de dilatation permet à la parturiente de bénéficier des bienfaits de l'eau chaude tels que : la relaxation musculaire, la liberté de mouvements et la synthèse d'endorphines. La femme enceinte est alors moins anxieuse et moins stressée. (16)

Le recours à des méthodes d'analgésies obstétricales est moins fréquent pour ces femmes.

D'autres méthodes sont proposées telles que la relaxation, l'acupuncture, les massages, l'hypnose ou la sophrologie. Ces dernières semblent sans danger pour la mère et l'enfant. La HAS déclare qu'« Il

est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale ». (5)

1.1.4 La médicalisation de l'accouchement

La médicalisation de l'accouchement est véhiculée, en partie, par une image ancrée dans nos représentations de ce moment : la position gynécologique. Imposée aux femmes par les médecins depuis plus de 3 siècles parce qu'elle assure une sécurité pour les professionnels sans aucunes preuves à l'appui. (18)

Cette médicalisation passe par les gestes mais également par l'environnement dans lequel est plongée la femme enceinte. La patiente qui arrive en salle de naissance n'est pas plongée immédiatement dans un environnement rassurant. En effet, certaines habitudes de services ou encore certaines obligations administratives et médicales empêchent cette femme de se couper du monde extérieur. Dans cette partie, nous donnerons un certain nombre d'exemples qui pourraient nous amener à nous interroger sur nos pratiques.

De nos jours, lorsque la femme arrive en salle de naissance, nous vérifions certaines données, notamment administratives, qui l'amènent à utiliser son intellect. On la sort alors de son intériorisation. Cette première approche remet en question le besoin de silence et de non réflexion. On incite cette femme, qui accouche, à stimuler son néocortex.

Il est de plus en plus courant que le père du bébé soit équipé d'un appareil photo ou d'un smartphone afin d'immortaliser ce moment unique. Cet objet, peut être vu comme un moyen d'observer. Le besoin d'intimité n'est pas totalement respecté.

Par ailleurs, lors de nos études, on ne nous explique pas l'importance d'une lumière tamisée et non d'une lumière violente pendant le travail et l'accouchement. Cela nous est, certes, utile en tant que sage-femme mais altère le processus physiologique de l'accouchement. Nous touchons au besoin que la femme a de se trouver dans une ambiance sereine, nécessitant une lumière tamisée. (7)

En allant dans ce sens de réflexion, nous pourrions penser que le monitoring continu du fœtus donne le sentiment à la femme d'être observée. Cela peut être une source de stress pour cette dernière et fait indubitablement appel à son néocortex. La femme n'est plus totalement centrée sur elle et son bébé. Le processus physiologique est donc partiellement touché du fait de l'activation du néocortex. L'accouchement n'est plus totalement physiologique et pourrait théoriquement induire des difficultés et de la souffrance fœtale. (7)

Les dernières recommandations de la HAS mettent en avant l'enregistrement discontinu du rythme cardiaque fœtal : « Si une surveillance discontinue est choisie pendant la phase active du 1er stade du travail, il est recommandé de la réaliser toutes les 15 minutes pendant la contraction et immédiatement après durant au moins une minute ». Il est précisé que cette surveillance discontinue ne peut se faire que chez les femmes à bas risques et nécessite la présence d'un praticien par femme. » (5)

La médicalisation de l'accouchement a permis d'améliorer considérablement la prise en charge des femmes enceintes notamment les grossesses à risque. Cependant, une prise en charge systématique s'est mise en place y compris pour les femmes à bas risques. Cette surmédicalisation induit l'usage plus important de moyens qui ne sont pas forcément nécessaires en fonction de la situation. Qui plus est, la frustration de certaines patientes est à prendre en compte puisqu'elles estiment qu'elles « auraient pu accoucher plus simplement ». (17)

Lorsque ces interventions ne sont pas justifiées, elles sont alors regroupées dans le terme suivant : « pratiques obstétricales évitables ». (4)

Les progrès ont été tels qu'un retour en arrière semble difficilement envisageable. Pourtant c'est ce que demandent le CIANE et plusieurs organisations de sages-femmes.

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens (CNGOF), s'étant positionné contre le projet d'expérimentation des maisons de naissances proposé par le Comité National de la Naissance (CNN) en 2008, a dû proposer une alternative aux femmes souhaitant réaliser leur projet de naissance physiologique (17). En 2015, la « HAS a participé à la mise en œuvre d'une expérimentation définissant le cadre des futures maisons de naissances ». (19)

1.1.5 Les espaces physiologiques ou « salles natures »

a) Création

En 2012, le CNGOF a déclaré que « la simplification de la prise en charge obstétricale de l'accouchement physiologique pourrait aussi s'envisager selon les modalités suivantes : lieu spécifique aménagé en dehors du plateau technique médicalisé (mais à proximité immédiate et en lien fonctionnel avec lui pour les raisons de sécurité), prise en charge par des sages-femmes dans les limites de leurs compétences reconnues. » (17)

b) Conditions

Le CNGOF donne les recommandations suivantes :

- Défendre pour tout accouchement, la nécessité de la sécurité et du respect de la physiologie de l'accouchement en adaptant le niveau de médicalisation au niveau de risque obstétrical.
- Une réévaluation de la situation et éventuellement du risque à tout moment du processus.
- Intégrer, dans chaque salle d'accouchement, des conditions qui combinent sécurité technique et chaleur humaine quel que soit le niveau de risque. Cela concerne les équipements, l'architecture, la lumière, la sonorisation, l'accès ... Dans un but d'associer une atmosphère de type familiale aux impératifs de lutte contre les infections nosocomiales et aux accidents périnataux.

Suite à ces recommandations, plusieurs approches sont possibles. Nous nous intéresserons plus particulièrement aux « espaces physiologiques » ou « salles natures » dont le fonctionnement est traditionnel, avec des sages-femmes dédiées ou non. La différence avec une salle « classique » est l'absence de péridurale et de direction du travail. (17)

c) Premières conclusions

Plusieurs états des lieux de salles natures en France ont été réalisés récemment dans des maternités de niveaux 2b et 3. Nous pouvons y trouver une baisse de certaines complications telles que les déchirures périnéales ou encore les dystocies des épaules.

Sur un plan plus général, cette nouvelle prise en charge permet une surveillance du travail réfléchie et assouplie avec une utilisation du sens clinique plus importante grâce à l'observation comportementale. C'est surtout une redécouverte par les sages-femmes de leur métier à travers un soutien empathique et une disponibilité plus importante. (20) (21)

1.2 La maternité d'Hazebrouck

1.2.1 Organisation de la maternité

Il s'agit d'une maternité de type 1 définie par la société française de néonatalogie de la façon suivante (22) :

- Disposant d'une unité d'obstétrique
- Prenant en charge des grossesses normales
- Présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né et la prise en charge auprès de la mère d'un certain nombre de situations fréquentes et sans gravité

1.2.2 Organisation du personnel

L'équipe est composée de 5 puéricultrices, de 17 auxiliaires de puériculture et aides soignantes (AP / AS) et de 20 sages-femmes réparties de la façon suivante :

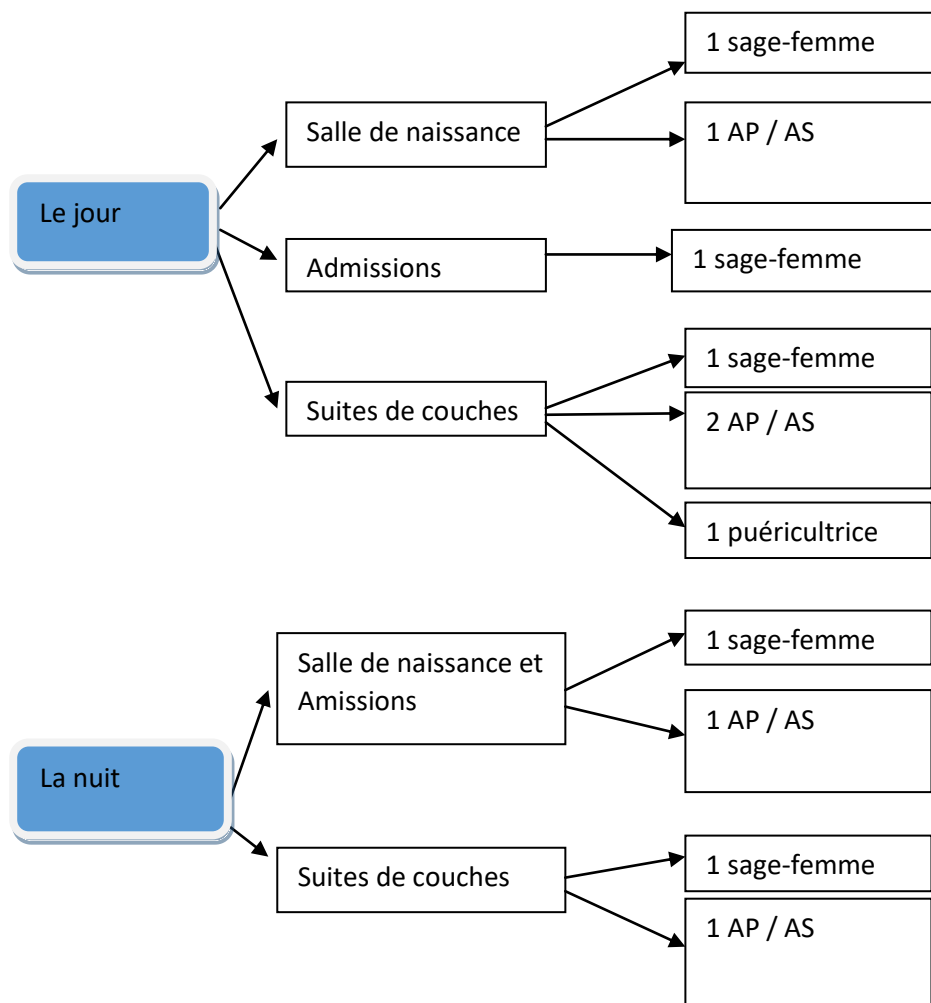


Figure 1 : Organisation de l'équipe à la maternité d'Hazebrouck.

Lors des week-ends et jours fériés, l'organisation est identique à celle des jours classiques hormis l'absence de la sage-femme des admissions.

Le gynécologue-obstétricien de garde n'est pas obligatoirement sur place. L'équipe pédiatrique est celle de la maternité d'Armentières.

Cette maternité a obtenue la certification IHAB le 5 décembre 2016.

1.2.3 La médicalisation à Hazebrouck

Afin d'évaluer la médicalisation de la maternité d'Hazebrouck, nous nous sommes appuyés sur les données statistiques de 2018.

Le taux d'accouchements s'élève à 804 dont 796 naissances d'enfants vivants.

Nous avons utilisé le rapport 2016 de l'enquête nationale périnatale afin d'avoir un point de comparaison à l'échelle nationale. (23)

	Maternité d'Hazebrouck	France
Césariennes	16%	20,4%
Péridurales	60%	82,2%
Episiotomies	9,2%	20%
Extractions instrumentales	11%	12,1%

Tableau I : Médicalisation de la maternité d'Hazebrouck en 2018.

Par ailleurs, pour pouvoir se rendre compte de l'activité de la maternité lors de notre période d'étude, nous avons établis les chiffres concernant cette période. Nous avons recueillis ces informations à partir des cahiers d'accouchements. Une femme avait accouchée en salle nature lorsque le terme « salle nature » été écrit dans le cahier d'accouchements. Si la mention « accouchement sans péridurale » été inscrit, nous les avons classé dans la catégorie « accouchements sans analgésies médicamenteuses en salle conventionnelle ».

Sur notre période d'étude, nous avons un total de 828 accouchements voies basses dont 95 accouchements en salle nature et 62 accouchements sans analgésies médicamenteuses en salle conventionnelle.

Accouchements par voies basses	828
Accouchements en salle nature	92
Accouchements sans analgésies médicamenteuses en salle conventionnelle	62
Césariennes	87

Tableau II : Statistiques sur la période d'étude.

Le taux d'accouchements sans analgésies s'élevait à 7,5% en salle conventionnelles alors que les accouchements en salle nature atteignent les 11% sur cette période.

1.2.4 L'espace physiologique

a) Création

Ce projet a vu le jour grâce à la collaboration du Dr Thiriot (chef du service de gynécologie-obstétrique), du Dr Gordon-Garcia (gynécologue obstétricien), de Lucile Decouvelaere (cadre du service de gynécologie-obstétrique), l'équipe de sages-femmes, d'auxiliaires de puériculture et d'aides soignantes.

Cette idée est arrivée dans un contexte d'émergence des maisons de naissances et des espaces physiologiques en France et d'une constante augmentation de la demande des femmes enceintes.

C'était un projet qui été en adéquation avec le fonctionnement de l'équipe qui privilégie la physiologie. Leur adhésion s'est donc faite naturellement et avec enthousiasme. En effet, la maternité avait l'habitude d'utiliser une partie du matériel composant la salle nature tel que le monitoring sans fils et les ballons.

Un protocole a été créé en concertation avec l'équipe en s'appuyant sur les protocoles des salles nature existantes dans la région.

C'est en juin 2017, après plus d'un an de travail, que la salle nature d'Hazebrouck a ouvert ses portes aux patientes.

Une formation a été proposée à l'équipe afin de s'approprier cet espace. Il s'agit de la formation Aspazie basée notamment sur la méthode de Gasquet. Deux sessions ont été proposées, avant et après l'ouverture de la salle nature. La première session a eu lieu les 5 et 6 avril 2017. La seconde les 8 et 9 janvier 2018.

b) Organisation de la salle nature

A la maternité d'Hazebrouck, le parcours des femmes enceintes souhaitant accoucher dans la salle nature est identique à celui des autres femmes enceintes. Outre les critères d'inclusions dont nous parlerons par la suite, la seule condition pour donner accès à cette salle est de l'avoir formulé lors de la grossesse. En effet, suite à l'évocation d'un souhait d'accouchement physiologique de la part de la femme, la sage-femme insistera davantage sur l'importance de la préparation à la naissance et à la parentalité mais aussi à l'élaboration d'un projet de naissance. Tout ceci dans un souhait d'optimisation de l'expérience en salle nature.

Avant toute entrée en salle nature, les critères d'inclusions et d'exclusions seront réévalués à partir du protocole en annexe IV.

Cette salle nature est équipée de la façon suivante :

- Une baignoire de dilatation
- Une banquette spacieuse permettant de réaliser différentes postures
- Une liane soutenue par une poutre coulissante permettant son utilisation à la fois dans la baignoire, sur un ballon ou encore sur la banquette.
- Des ballons
- Une enceinte Bluetooth permettant d'installer une atmosphère rassurante pour la femme
- Un meuble sur roulette permettant de réaliser les premiers soins du nouveau né à proximité des parents
- Un monitoring sans fil waterproof afin de ne pas gêner la mobilisation et l'accès à la baignoire
- Une table d'accouchement

C'est une salle spacieuse dans laquelle le matériel médical est en quantité minimale et est rendu le plus discret possible. Tout cet agencement permet de créer un endroit rassurant, apaisant et le plus confortable possible. C'est alors que la femme peut lâcher prise et laisser la physiologie agir.



Image 1 : Vue d'ensemble de la salle nature d'Hazebrouck en ambiance tamisée.



Image 2 : Banquette d'accouchement.



Image 3 : Baignoire de dilatation.



Image 4 : Matériel médical.



Image 5 : Disposition du matériel médical.

Deuxième partie : l'étude

2.1 Matériel et méthode

2.1.1 Problématique et objectifs

Face à l'organisation de la maternité d'Hazebrouck nous nous sommes demandés : « Quelles sont les particularités des femmes ayant eu accès à la salle nature d'Hazebrouck depuis son ouverture ? »

L'objectif principal est de faire l'état des lieux des patientes ayant eu accès à la salle nature.

Les objectifs secondaires, qui en découlent, étaient les suivants :

- Étudier le profil des professionnels de santé amenés à prendre en charge des patientes en salle nature
- Analyser les difficultés rencontrées par ces professionnels
- Proposer des pistes d'améliorations afin d'optimiser l'utilisation de cette salle

2.1.2 Type de recherche

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective uni centrique réalisée à la maternité d'Hazebrouck. L'étude repose sur un recueil de données sur dossiers obstétricaux et sur l'analyse d'un questionnaire à l'intention des sages-femmes, des auxiliaires de puériculture et des aides soignantes.

2.1.3 Critères

a) Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion que nous avons retenu est le suivant :

- Les patientes ayant intégrées la salle physiologique au cours de leur travail.

Cela nous a permis de connaître les raisons de sorties de la salle physiologique en cours de travail et pendant le post partum immédiat.

b) Critères étudiés

Nous nous sommes en partie basés sur les critères d'étude de l'état des lieux réalisé au centre Hospitalier de Grâce. Ce dernier nous a permis d'éclaircir certaines interrogations concernant l'accessibilité de certaines données dans le dossier obstétrical. D'une part, la présence d'un accompagnant ou le type de lumière utilisée ne sont pas retranscrits dans le dossier obstétrical. D'autre part, les postures pendant le travail, le nombre de touchers vaginaux ou l'évaluation de la douleur ne sont pas notées de façon systématique du fait de la prise en charge particulière de ces patientes.

2.1.4 Recueil de données

Nous nous sommes aidés du classeur répertoriant les patientes ayant intégrées la salle physiologique. Le cahier d'accouchements nous a permis de vérifier le nombre d'accouchements dans cette salle. Nous avons, dans un second temps, sollicité les archivistes afin d'avoir accès à ces dossiers.

Nous avons pris en compte les patientes ayant eu accès à cette salle physiologique de son ouverture en juin 2017 à décembre 2018.

Cependant, nous n'avons pu avoir accès à l'intégralité des dossiers suite à un problème d'archives. Nous avons choisi d'exclure les dossiers de la période concernée à cause de ce problème, allant du 5 mai 2018 au 7 novembre 2018, afin de ne pas fausser nos résultats.

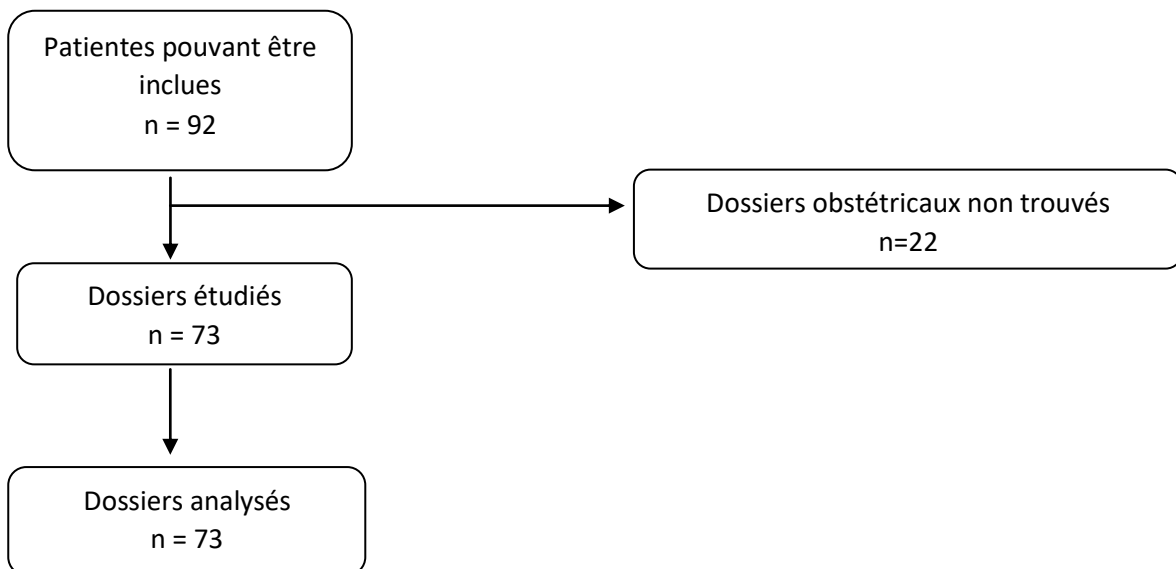


Figure 2 : Diagramme des pertes.

2.1.5 Questionnaire

Nous avons établi le questionnaire à la suite de la grille de recueil. Il a été mis à disposition à l'ensemble des auxiliaires de puériculture et des sages-femmes travaillant dans la maternité de façon anonyme et sous format papier. Nous avons diffusé ce questionnaire après avoir terminé l'étude de dossier afin que l'équipe ne soit pas influencée dans la prise en charge de ces patientes. Il s'agit d'une étude en deux temps.

Nous avons obtenu 20 réponses de toutes les professions confondues.

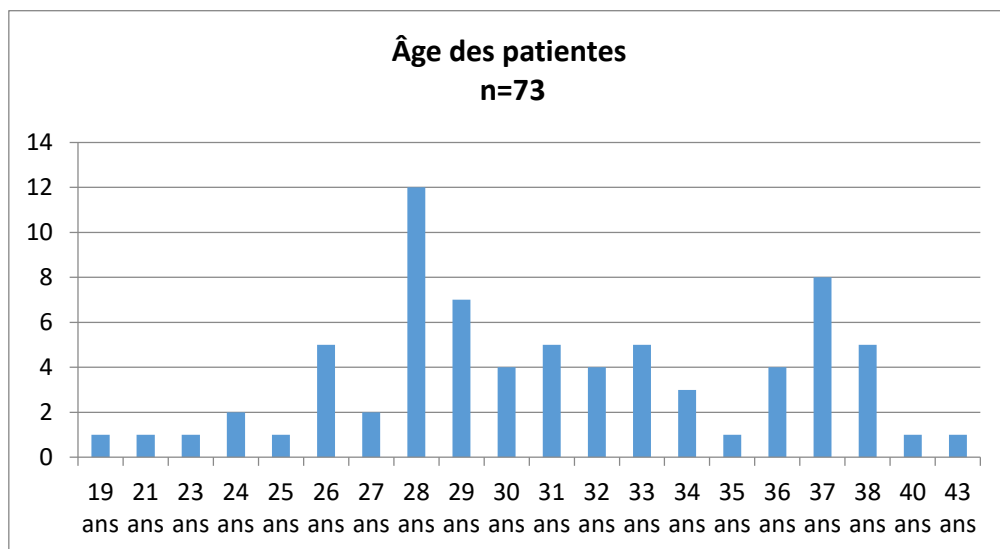
2.1.6 Analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide du logiciel Sphinx. Ce dernier a également permis l'analyse statistique. Nous avons également eu accès au service Bio statistique de Lille pour l'interprétation des résultats.

2.2 Résultats

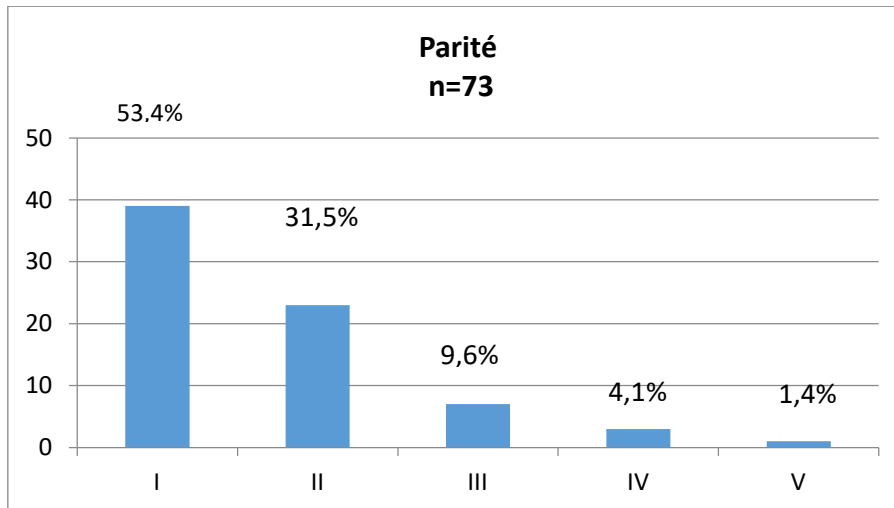
2.2.1 État de lieux de la salle physiologique

2.2.1.1 Profils des patientes



Âge (années), Moyenne (Min-Max) \pm Ecart-type 31,19 (19-43) \pm 4,80

Aucune femme mineure n'a été admise en salle nature. La majorité des patientes ont entre 18 et 35 ans (86,3%).



Nous avons considéré les primipares comme les femmes n'ayant jamais accouchées (nous n'utiliserons donc pas le terme nullipare). Plus de la moitié des femmes ayant accouchées en salle nature sont des primipares. Elles représentent 53,4% des patientes. En ce qui concerne les multipares, nous retrouvons les deuxièmes pares en majorité (31,5%). Parmi les patientes multipares, 67,7% n'ont pas d'antécédents d'accouchement sans analgésies.

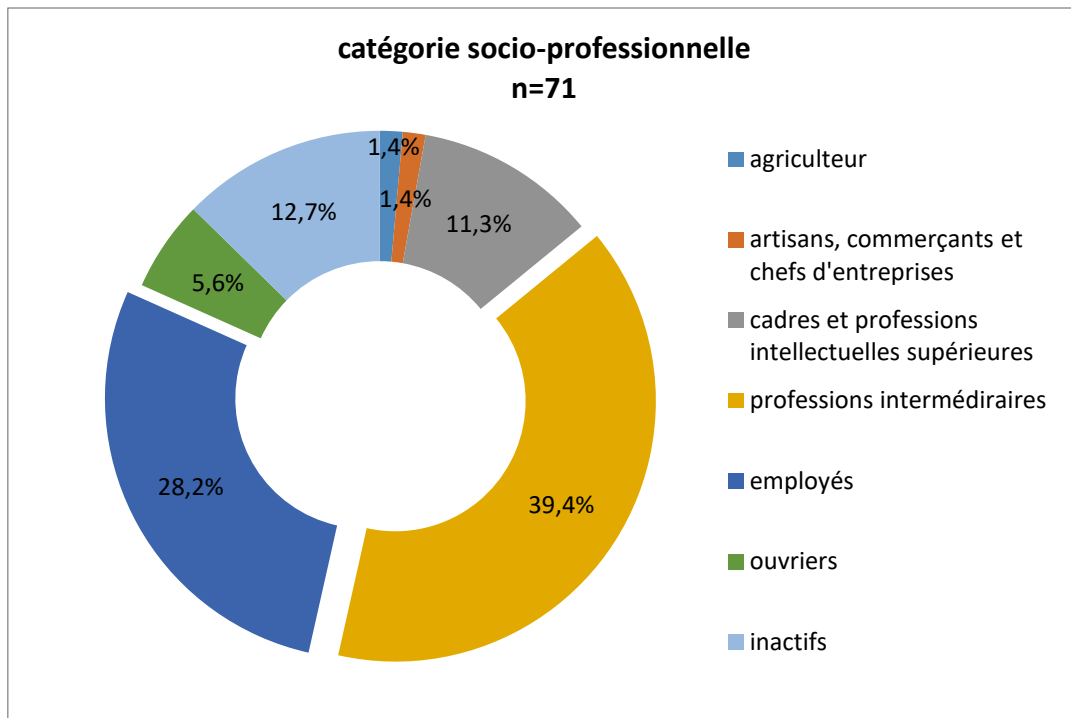
Antécédents d'accouchement sans analgésie médicamenteuses, n=34 (%)

Oui	11 (32,4)
Non	23 (67,7)

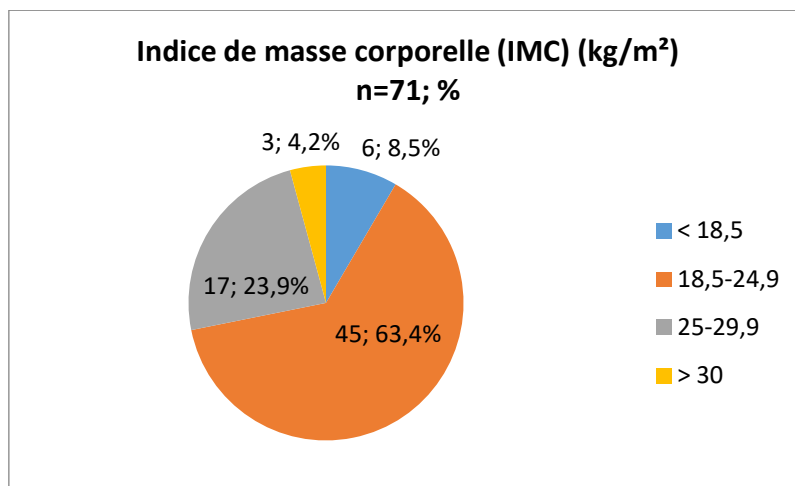
Situation familiale, n=73 (%)

En couple	72 (98,6)
Célibataire	1 (1,4)

La quasi-totalité des patientes ont été déclarées en couple, mariées, pacsés ou vivants maritalement. Une seule patiente était célibataire.



Nous avons choisis de recueillir uniquement le statut socioprofessionnel de la patiente. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur le document en annexe II. Les professions intermédiaires et employés sont les catégories les plus présentes. Les artisans, commerçants, chefs d'entreprise ainsi que les agriculteurs représentent 2,8% des patientes. Il y a presque autant de femmes sans profession (13%) que de cadres et professions intellectuelles supérieures (11%).



L'IMC est calculé à partir de la taille et du poids avant grossesse. Nous pouvons remarquer que sur les 71 femmes ayant intégré la salle nature et dont le poids a été renseigné, 3 sont obèses (IMC >30 kg/m²) dont 2 en obésité sévère (IMC compris entre 35 et 40 kg/m²).

Consommation de tabac, n=72 (%)

Oui	6 (8,3)
Non	66 (91,7)

Nous avons pris en compte la consommation de tabac au cours de la grossesse.

Désir de grossesse > 1an, n=71 (%)

Oui	8 (11,3)
Non	63 (88,7)

Dans notre échantillon, 11% ont eu des difficultés à concevoir un enfant.

Grossesse spontanée, n=72 (%)

Oui	70 (97,2)
Non	2 (2,8)

2 patientes ont eu recours à la procréation médicalement assistée (PMA).

Suivi de la grossesse, n=73 (%)

Centre hospitalier d'Hazebrouck	63 (86,3)
Autre	10 (13,7)

Préparation à la naissance, n=68 (%)

Oui	66 (97,1)
Non	2 (2,9)

Le nombre de préparation à la naissance est proche de 100%.

Lieu de la préparation à la naissance, n=62 (%)

Maternité d'Hazebrouck	37 (59,7)
Autre lieu	25 (40,3)

Plus de la moitié des patientes (50,7%) ayant suivies des cours de préparation à la naissance ont choisies de le faire au centre hospitalier d'Hazebrouck. La catégorie « autre » regroupe le suivi en libéral, dans un autre centre hospitalier, ou encore par le médecin traitant.

Le manque de précision dans l'identification des praticiens suivant la grossesse ne permet pas d'utiliser ce pourcentage avec certitude. Dans certains dossiers, seules les initiales du professionnel étaient présentes. Avec l'aide de l'équipe de sages-femmes, nous avons établi une liste d'initiales des professionnels réalisant les consultations prénatales afin de les identifier comme appartenant ou non au CHH.

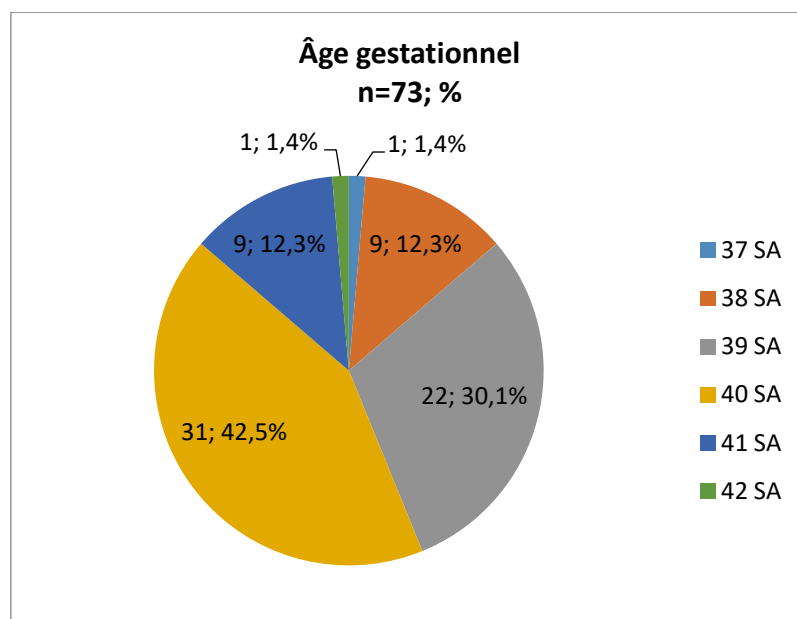
Projet de naissance, n=73 (%)

Oui	64 (87,7)
Non	9 (12,3)

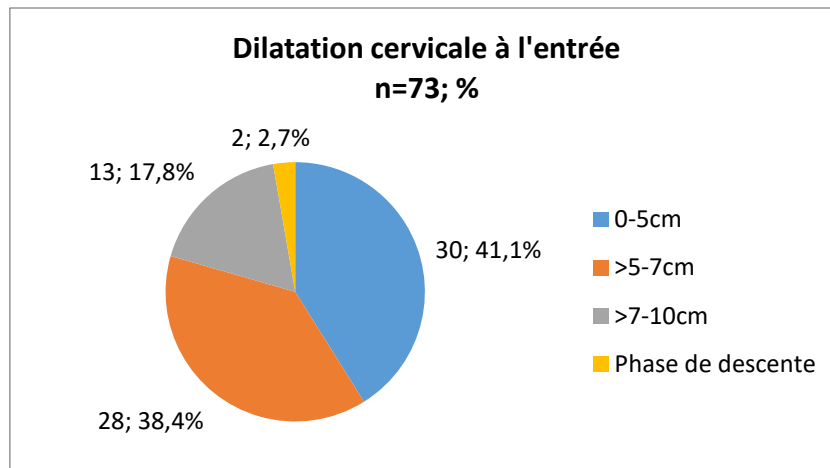
Les couples sont 87,7% à avoir élaborés un projet de naissance.

2.2.1.2 Travail et accouchement

a) Admission



Le travail a débuté vers 40 semaines d'aménorrhées pour près de la moitié des femmes (42,5%).



Lors de leur admission en salle physiologique :

- 41,1% étaient en phase de latence (dilatation cervicale comprise entre 0 et 5 cm)
- 56,2% étaient en phase active (dilatation cervicale comprise entre 5 cm et dilatation complète)

Par ailleurs, une faible proportion (2,7%) de patientes a eu accès à la salle physiologique au cours de la phase de descente.

Déroulement du travail, n=73 (%)

Matin	20 (27,4)
Après-midi	21 (28,8)
Nuit	32 (43,3)

Nous avons choisis de découper la journée de la manière suivante :

- Matin de 5h à 13h
- Après-midi de 13h à 21h
- Nuit de 21h à 5h
- La patiente avait un travail de nuit si la majorité de son travail s'effectuait dans les horaires définis ci-dessus.

b) Travail

Sortie en cours de travail, n=73 (%)

Oui	5 (6,8)
Non	68 (93,2)

Sur les 73 patientes de notre échantillon, 5 patientes sont sorties de la salle physiologique au cours de leur travail.

Les critères de transfert en salle de naissance conventionnelle en cours de travail sont les suivants :

- Demande d'analgésie péridurale
- Apparition d'éléments pathologiques pendant le travail :
 - ❖ Anomalies de rythme cardiaque fœtal
 - ❖ Liquide amniotique méconial
 - ❖ Métrorragies abondantes
 - ❖ Hyperthermie persistante >38°5
 - ❖ Dystocie de présentation
 - ❖ Dystocie de dilatation (voir définition des recommandations)

Dilatation cervicale au moment de la sortie, n=5

>5-7 cm	3
>7-10 cm	2

Raison de la sortie, n=5

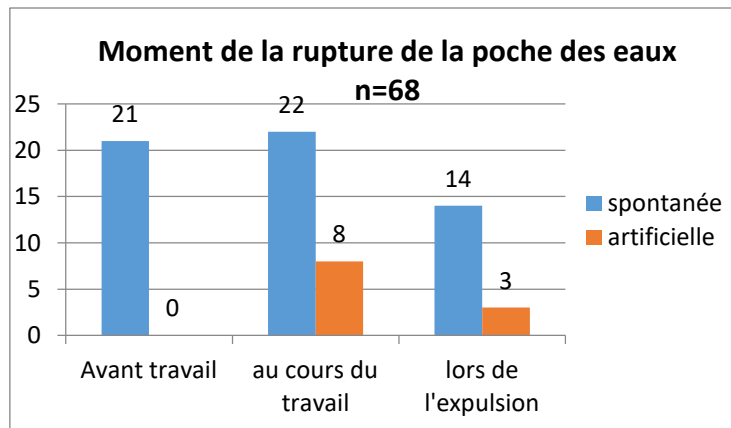
ARCF	1
Présentation dystocique	1
Souhait d'analgésie péridurale	3

Parmi les 5 patientes sorties de la salle physiologique en cours de travail :

- 3 ont souhaitées une analgésie péridurale entre 5 et 7 cm
- 1 patiente a présenté une dystocie de présentation entre 7 cm et dilatation complète
- 1 fœtus présentait des Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) entre 7 et 10 cm

Rupture de la poche des eaux, n=68 (%)

Spontanée	57 (83,8)
Artificielle	11 (16,2)



La rupture spontanée de la poche des eaux survient à tous les stades du travail dans des proportions équivalentes. Le recours à la rupture artificielle s'est fait dans 16,2% des cas et majoritairement au cours du travail.

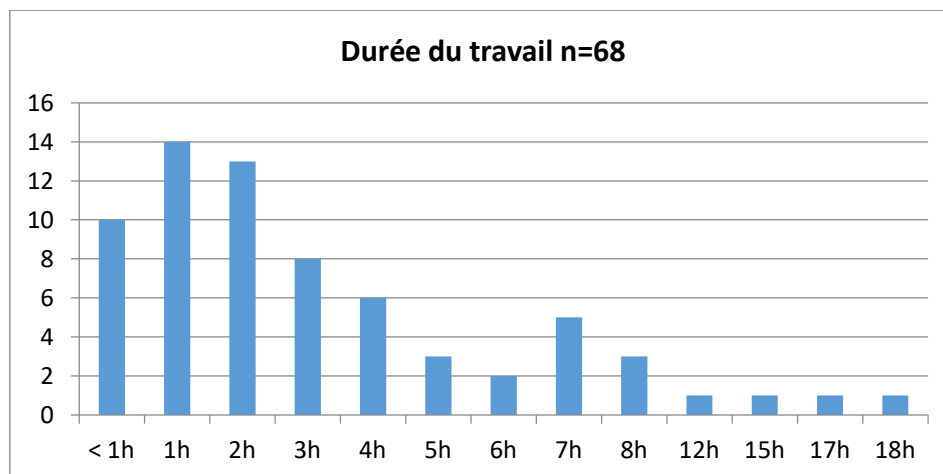
Couleur du liquide amniotique, n=68 (%)

Clair	62 (91,2)
Méconial	6 (8,8)

La couleur du liquide amniotique été teinté ou méconial pour 9% des femmes.

Durée rupture-expulsion, n=68 (%)

<12h	58 (85,3)
≥12h	10 (14,7)



Durée du travail (heures), Moyenne (Min-Max) ± Ecart-type

3,47 (0-18) ± 3,83

Les patientes en salle physiologique ont une durée de travail de 3h47 minutes en moyenne.

- 10 patientes ont accouché moins d'une heure après leur entrée en salle physiologique
- 4 femmes ont accouché plus de 12h après leur admission en salle physiologique

Durée du travail en fonction de la parité

Parité	Durée moyenne du travail (heures)
I	4,42
II	2,95
III	1,71
IV	1,00
V	0,01

La durée moyenne du travail chez les primipares est d'environ 4h30 contre 3h chez les secondes pares. La Vpare a accouchée immédiatement après son admission en salle nature.

Accès à la baignoire, n=73 (%)

Oui	56 (76,7)
Non	17 (23,3)

Près de 8 femmes sur 10 ont eu accès à la baignoire de dilatation.

Accès à la baignoire	Oui	Non	Total
<u>Dilatation cervicale à l'entrée</u>			
0-5cm	27	3	30
>5-7cm	23	5	28
>7-10cm	6	7	13
Descente	0	2	2
Total	56	17	73

Tableau III : Dilatation cervicale lors de l'accès à la baignoire.

Nous remarquons que 6 patientes ont eu accès à la baignoire de dilatation au-delà de 7cm.

c) *Accouchement*

Le tableau en annexe III (tableau I), nous renseigne sur les positions lors du début des efforts expulsifs mais aussi sur les positions choisies pour l'expulsion.

Les positions les plus utilisées en salle nature sont les suivantes : la position 4 pattes et décubitus latérale. Il y a autant d'accouchements en genu-pectoral que d'accouchements dans la baignoire.

Lorsque les femmes ont débuté les efforts expulsifs en position gynécologiques, elles sont restées dans cette position jusqu'à l'expulsion.

Lorsque les femmes se sont mises accroupie, elles sont restées, pour la majorité, dans cette position pour l'expulsion.

Changement de position, n=59 (%)

Oui	20 (35,9)
Non	39 (66,1)

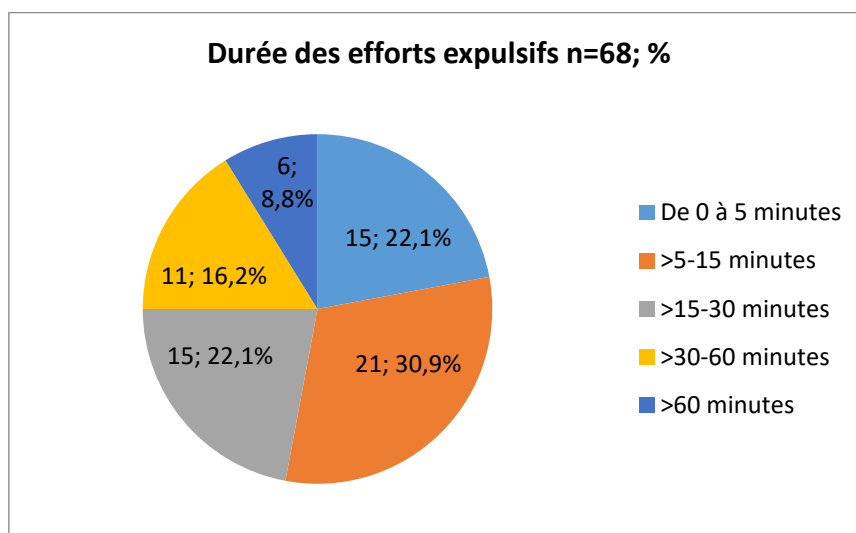
Plus de la moitié des femmes (66,1%) sont restées dans la position de départ tout au long des efforts expulsifs.

Le tableau II en annexe III nous montre que lorsque les femmes ont accouché en position gynécologique, elles sont 23,5% à avoir eu une déchirure périnéale. La position genu-pectorale présente 2 fois plus de déchirures (17,6%) que de périnées intacts (8,8%).

La position 4 pattes a un taux de périnées intacts (29,4%) 3 fois plus élevé que de déchirures périnéales (8,8%).

Comme nous le montre le tableau III en annexe III, les positions gynécologiques et genu-pectorale sont d'avantages adoptées par des primipares.

La position 4 pattes est la position la plus adoptée par les femmes lors de l'accouchement. Elle est utilisée à part égale chez les primipares et les multipares.



Les efforts expulsifs durent entre 0 à 15 minutes pour la moitié des femmes. Presque 70% des femmes accouchent dans les 30 minutes recommandées dont plus de la moitié (53%) en moins d'un quart d'heures.

Nous avons appariés ces résultats avec la parité et nous remarquons que les efforts expulsifs de plus de 30 minutes sont effectués par des primipares.

Type de dégagement, n=66 (%)

Occipito-pubien	64 (97,0)
Occipito-sacré	2 (3,0)

La quasi-totalité des dégagements se sont fait en occipito-pubien (97,0%).

État du périnée, n=68 (%)

Intact	34 (50,0)
Déchirure	34 (50,0)

Nous avons autant de périnées intacts que de déchirures périnéales.

Type de déchirure, n=34 (%)

Stade 1	29 (85,3)
Stade 2	2 (5,9)
Épisiotomie	3 (8,8)

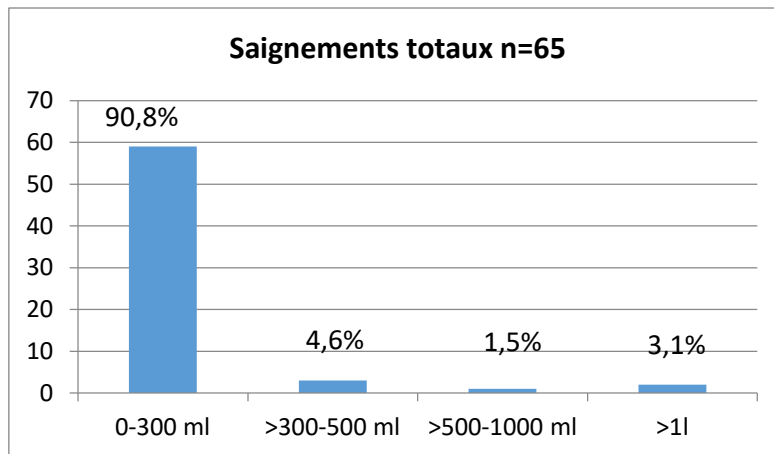
En ce qui concerne les déchirures périnéales, 85,3% sont des déchirures de stade 1. Nous retrouvons 3 épisiotomies. Les éraillures non suturées n'ont pas été considérées comme des déchirures.

Durée entre accouchement et délivrance, n=64 (%)

0-30 minutes	62 (96,9)
>30 minutes	2 (3,1)

La délivrance dirigée (DD) est réalisée pour toutes les patientes.

Pour la majorité des femmes, cette délivrance s'est faite moins de 30 minutes après l'accouchement (96,9%).



Nous avons pris en compte les saignements des femmes qui sont restées en salle physiologique.

- 2 patientes ont eu des saignements de plus d'un litre. Pour l'une d'entre elle, une atonie utérine est survenue 2h après l'accouchement.
- 3 patientes ont eu une hémorragie du post-partum (HPP)
- 3 patientes ont eu des saignements compris entre 300 et 500 ml

Sortie après accouchement, n=68 (%)

Oui	3 (4,4)
Non	65 (95,6)

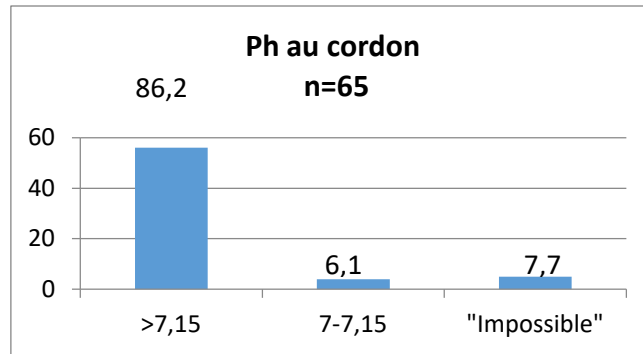
Une patiente est dite « sortie après accouchement » lorsque le transfert en salle conventionnelle était mentionné sur le partogramme.

Les critères de transfert vers la salle de naissance conventionnelle sont les suivants :

- Rétention placentaire > 30 minutes
- Hémorragie de la délivrance > ou = à 300cc (anticiper)
- Thrombus

Dans notre échantillon, 3 femmes sont sorties après accouchements pour rétention placentaire supérieure à 30 minutes.

2.2.1.2 État néonatal



Le prélèvement du Ph au cordon dans les 30 minutes suivant la naissance a été impossible chez 5 patientes.

- 4 nouveau-nés étaient en pré-acidose (ph compris entre 7 et 7,15)
- 9 nouveau-nés sur 10 ont eu un Ph satisfaisant puisque supérieur à 7,15

Score d'Apgar à 1 minute, n=68 (%)

10	65 (95,6)
9	1 (1,5)
8	2 (2,9)

Score d'Apgar à 5 minutes, n=68 (%)

10	67 (98,5)
9	1 (1,5)

De manière générale, il n'y a pas eu de difficultés lors de l'accouchement nécessitant des manœuvres.

Le score d'Apgar permet d'évaluer l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né.

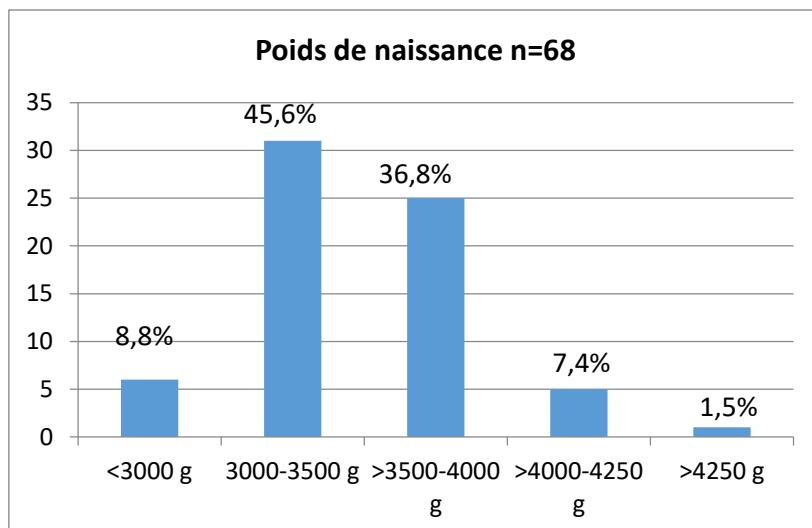
Ce dernier était relevé à 1 et 5 minutes de vie. Nous n'avons pas de valeur inférieure à 7.

- A 1 minute la moyenne est de 9,93
- A 5 minutes, elle est de 9,99

Réanimation néonatale, n=67 (%)

Oui	3 (4,5)
Non	64 (95,5)

- 3 nouveau-nés ont dû être réanimés dans les deux heures suivant leur naissance. Cette réanimation s'est limitée à une aspiration oro-pharyngée.



Nous retrouvons 8,9% des nouveau-nés avaient un poids de naissance supérieur à 4kg.

Sexe de l'enfant, n=68 (%)

Fille	32 (47,1)
Garçon	36 (52,9)

Notre échantillon comporte autant de filles que de garçons. Aucune ambiguïté sexuelle n'a été diagnostiquée.

Type d'allaitement, n=68 (%)

Artificiel	7 (10,3)
Maternel	61 (89,7)

Pour le choix de l'alimentation, 9 femmes sur 10 ont choisies l'allaitement maternel.

Tétée de bienvenue, n=7

Oui	5
Non	2

La tétée de bienvenue a été prise en compte uniquement chez les femmes ayant choisies l'allaitement artificiel. Parmi les femmes ayant optées pour l'allaitement artificiel, la majorité ont donné la tétée de bienvenue.

Durée du peau à peau, n=66 (%)

<40 minutes	1 (1,5)
De 40 à 120 minutes	4 (6,1)
Plus de 120 minutes	61 (92,4)

Dans 92,4% des cas, le nouveau-né reste en peau à peau plus de 2h après l'accouchement. La durée moyenne est de 120 minutes.

2.2.2 Questionnaire à l'intention des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides soignantes.

Professions représentées, n=20

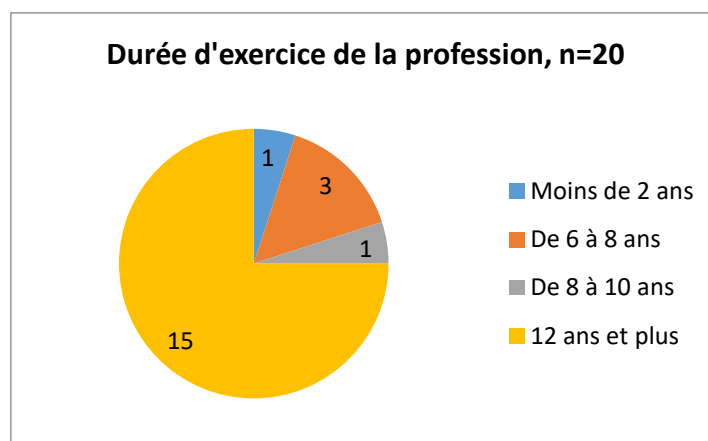
Sage-femme	11
Auxiliaire de puériculture	6
Aide soignante	3

Parmi les professionnels ayant répondu à notre questionnaire, plus de la moitié sont des sages-femmes. L'autre moitié est majoritairement composée d'auxiliaires de puériculture.

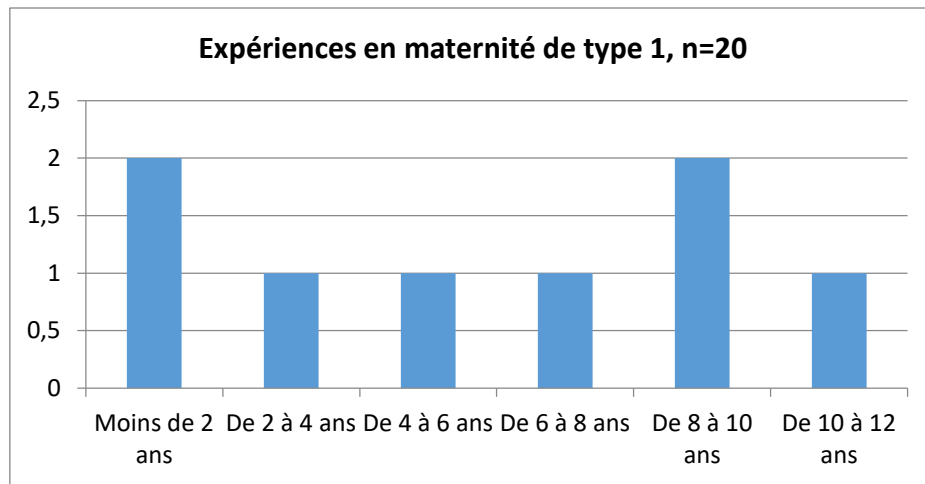
Pays d'études, n=20

France	19
Belgique	1

Tous ces professionnels ont réalisés leurs études en France à l'exception d'une personne.



Le temps d'exercice moyen de la profession est d'environ 17 ans dans cette maternité.



Le temps moyen d'exercice en maternité de type 1 est de 13 ans.

Formation initiale jugée suffisante à la pratique en salle nature, n=19

Oui	3
Non	16

Parmi les 20 personnes ayant répondu à ce questionnaire, 16 estiment que leur formation initiale n'a pas été suffisante afin de prendre en charge un couple dans cette salle nature.

Formation Aspazie, n=20

Oui	15
Non	5

Lorsque le projet de construction de la salle nature a pris forme, une formation a été proposée aux différents professionnels de santé concernés. Il s'agit de la formation Aspazie basée sur la méthode APOR de Bernadette De Gasquet. Lors de la circulation de ce questionnaire, soit 1an et demi après son ouverture, $\frac{3}{4}$ des professionnels ayant répondu au questionnaire ont bénéficiés de cette formation.

Session de formation, n=15

Première (avant ouverture de la salle)	10
Seconde (après ouverture de la salle)	5

Deux sessions ont pour le moment eu lieu :

- $\frac{3}{4}$ ont participé à la session qui s'est déroulée avant l'ouverture de la salle nature
- $\frac{1}{4}$ ont bénéficiés de cette formation quelques mois après son ouverture.

Formation Aspazie jugée suffisante pour la pratique en salle nature, n=14

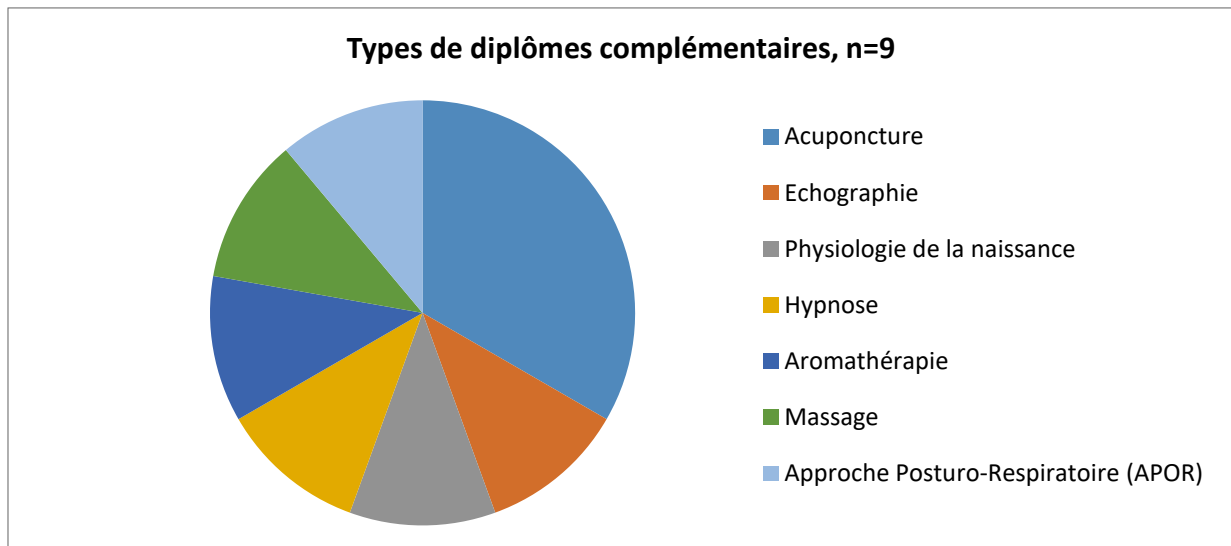
Oui	8
Non	6

Cette formation comprenait 2 jours de théorie avec quelques mises en situations (position d'accouchement, de travail et d'accouchement).

Près de la moitié des personnes interrogées ont trouvé cette formation insuffisante afin d'accompagner au mieux les couples en salle nature.

Formation ou diplômes complémentaires, n=20

Oui	6
Non	14



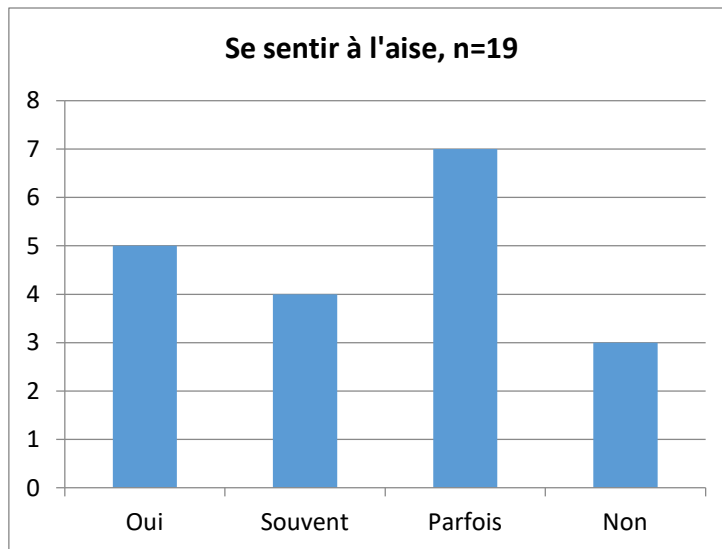
En ce qui concerne les formations et diplômes complémentaires, $\frac{1}{4}$ en possèdent un.

Service d'exercice principal, n=20

Bloc gynéco-obstétrical	9
Suites de couches	2
Mixte	9

Parmi ces 20 professionnels, 18 personnes déclarent avoir une activité régulière en salle de naissance.

Les roulements initiaux prévus dans cette maternité sont de 6 semaines dans un service. L'équipe étant restreinte, les auxiliaires de puéricultures, aides soignantes et sages-femmes tournent régulièrement dans les différents services.

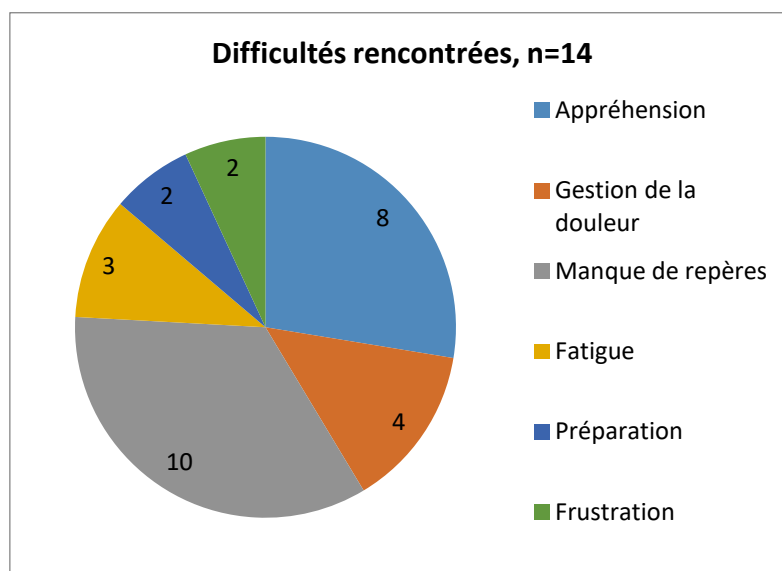


Concernant le vécu des professionnels lors de la prise en charge de couples en salle nature :

- ¼ se sentent à l'aise
- 1/3 déclarent se sentir parfois à l'aise
- 4 souvent à l'aise
- 3 disent ne pas du tout se sentir à l'aise

a) *Les difficultés rencontrées*

Nous avons envie de connaître les difficultés rencontrées par les sages-femmes et auxiliaires de puériculture/aides soignantes lors de l'utilisation de cette salle. Nous avons rassemblés ces déclarations en annexe. Pour chacune de ces situations, nous avons attribué un mot clé directement cité ou synonyme du mot employé.



Le **manque de repère** est la difficulté qui revient le plus souvent.

D'une part, à travers la gestion de la salle et du matériel différente dans cette salle. Elle est source de difficulté lors des soins ou des urgences.

L'une d'entre elles déclare : « *Difficultés et perte de temps quand complications (hémorragie, extraction)* »

Une autre nous dit avoir rencontré des « *Difficultés à bouger la mère pour instrumenter mais logiquement pas instrumentations dans salle nature !!! Que faire ? [...]* »

La suture périnéale pose problème lorsque la patiente est installée sur la banquette. Cette dernière ne permet pas une bonne visibilité ni une bonne asepsie nécessaire à cette pratique.

D'autre part, trouver sa place en tant que soignant habitué à certains automatisme et à un degré de médicalisation peut être déstabilisant ; « *Oui, place du papa (peu de formations pour lui)* »

L'appréhension est la seconde difficulté la plus évoquée.

Le **manque de pratique** revient à deux reprises créant une « *Appréhension car pas beaucoup de pratique et pas toujours idée de quoi proposer* ».

Cela amène le professionnel à faire face à ses peurs. La crainte la plus fréquente est celle d'un accouchement inopiné dans l'eau.

Une personne déclare craindre une chute d'un nouveau-né.

Un autre professionnel de santé trouve que le matériel a été une source d'appréhension mais que ce n'est plus le cas aujourd'hui.

La **gestion de la douleur** à travers les mots ou les postures.

Elle entraîne des « *Difficultés dans la gestion de la douleur, à trouver les bons gestes et les bonnes paroles* ». L'équipe se retrouve « *Un peu mal à l'aise au niveau de la gestion de la douleur* ».

La douleur n'est pas uniquement liée aux contractions utérines mais aussi aux sutures périnéales. Une sage-femme déclare : « *La seule difficulté ressentie est pour la suture -> anesthésie locale pas toujours suffisante* ».

La frustration

Ce terme regroupe la frustration « *quand d'autres patientes en salle (quand souhait des parents d'une présence, surcharge de travail en bloc obstétrical)* ».

Nous y avons inclus la déception de certains professionnels lorsqu'ils n'ont pas le temps d'accompagner les couples « *au bout de leur projet* ».

La **fatigue**

« Travail plus fatiguant pour la sage-femme qu'en salle traditionnelle = fatigue psychique et physique (gestes et postures à adopter) » ; « Génère beaucoup d'énergie physique et psychologique » ; « Prend beaucoup d'énergie (sensation d'être vidée) »

La préparation à la naissance ne semble pas toujours suffisante.

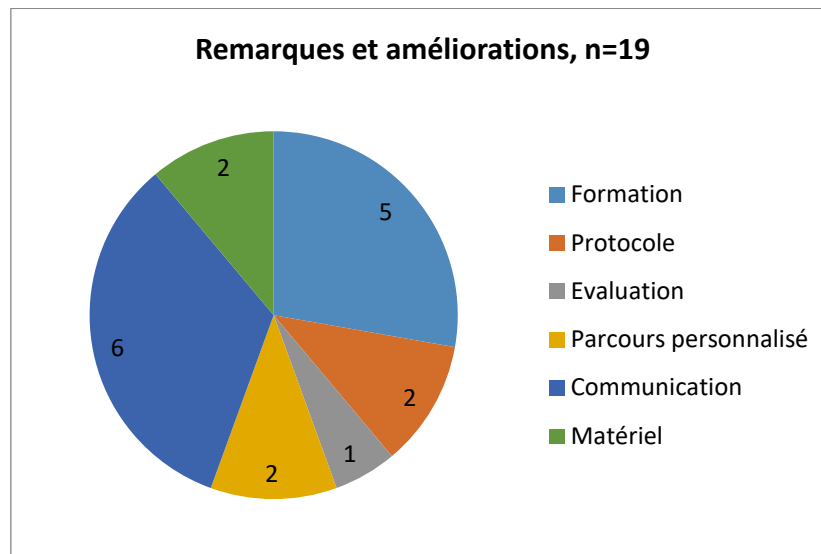
« Patientes pas toujours réellement prête à cette expérience ... »

Les projets de naissances peuvent également mettre l'équipe de garde en difficultés : « Projets de naissance non mûrs » ; « Besoin de validation ou non de l'équipe des pédiatres (clampage tardif du cordon > 10 min par exemple) (quid de la naissance dans l'eau) »

La **disponibilité** n'est pas toujours possible lors d'une activité trop chargée au bloc obstétrical.

b) Les améliorations suggérées par l'équipe soignante

Nous avons également cherché à recueillir les remarques et pistes d'améliorations des personnes travaillant dans cette salle.



La priorité est donnée à la **formation** par les équipes.

- « *Se former, échanger sur la naissance dans l'eau* ». les sages-femmes ne sont pas censées réaliser d'accouchements dans l'eau. Cependant, quand l'expulsion survient de façon inopinée dans l'eau, les équipes sont mises en difficulté. C'est également une source d'appréhension à l'utilisation de cette salle comme cité précédemment.
- « *Redonner sa place à la physiologie en école de sage-femme* » ? la formation initiale est jugée insuffisante à ce sujet.

- « Rétérer la formation Aspazie régulièrement » ; « Formation spécifique à envisager (massages, aromathérapie) » ;

La **communication** entre professionnels est à améliorer pour plus de 1/3 des personnes concernées par l'utilisation de la salle nature. De nombreuses pistes d'améliorations ont été proposées.

- « Plus de dialogue dans l'équipe »
- « Apprendre des uns des autres (compagnonnage, discussion ?) »
- « Des informations / des films / des échanges pour améliorer l'accompagnement entre professionnels et équipes entre nous »
- « Ne pas leur vendre du rêve !!! »
- « Groupe de travail autour de la gestion de la douleur (salle nature ou non !) à proposer / organiser »
- « Une réflexion autour de certaines prises en charges me semble nécessaire ! Réunion entre collègues ? pluri-disciplinaire ? (a posteriori, partager pour apprendre de chacun) »
- « Staff de dossier pour éligibilité à la salle nature car trop souvent de questionnements et/ou d'équipe-dépendant »
- « Manque de réunions / de travail en équipe / d'accompagnement pour avancer ensemble car les attentes et les demandes du couple évoluent »
- « Manque de communication avec l'équipe des pédiatres (spécificité de la maternité : pas de pédiatres sur place, nous les voyons peu) »
- « Communication avec l'extérieur à développer (SF libérale...) »
- « Bien rediscuter des projets de naissance et ne pas tout accepter et mettre certaines personnes de l'équipe en difficultés ! » ; « Bien rediscuter des projets de naissance afin de vérifier leur faisabilité »

L'amélioration du protocole semble nécessaire afin qu'il soit un réel soutien pour les équipes.

- « Retravailler le « protocole d'utilisation » écrit initialement après 1an et demi de fonctionnement »
- « Des protocoles plus clairs ? »
- Protocoles trop flous (critères d'éligibilité pour exemple), à affiner »

Troisième partie : Analyse et discussion

3.1 Points forts et points faibles de l'étude

Cette étude comporte des points faibles. L'étude étant monocentrique, nous retrouvons une homogénéité de la population et des pratiques non généralisable à la population générale.

Le remplissage des dossiers obstétricaux étant souvent incomplet. certaines données telles que le type d'analgésie non médicamenteuses, les positions ou encore le matériel utilisé n'ont pu être recueillis car il étaient absents..

Le nombre de questionnaires remplis est très en dessous de ce que nous espérions obtenir. Nous aurions pu le mettre à disposition des équipes à la fois au bloc gynéco-obstétrical mais aussi dans le service de maternité et en consultation prénatale.

L'exclusion de dossiers sur une période de 6mois réduit la puissance de nos résultats statistiques.

L'un des points fort de cette étude est l'exhaustivité des données recueillis au sein des dossiers obstétricaux. Qui plus est, nous sommes parvenus à analyser $\frac{3}{4}$ des dossiers qui ont pu être inclus dans notre étude (n=73).

Nous avons lancé le questionnaire après avoir terminé le recueil de données afin de ne pas influencer la prise en charge des professionnels vis-à-vis des patientes accédants à la salle nature.

Ce questionnaire a permis d'apporter des pistes d'amélioration après avoir mis en évidence les difficultés rencontrées par les professionnels de santé.

J'ai choisi d'effectuer mon stage préprofessionnel de 5 mois à la maternité d'Hazebrouck. Cela m'a permis de mieux comprendre le fonctionnement de la maternité et de la salle nature. J'ai également pu partager avec les équipes au sujet de leur pratique en salle nature. Mon rôle de pré professionnel dans ce milieu a pu m'éclairer dans les améliorations proposées. J'ai eu l'occasion d'échanger avec l'équipe au sujet des difficultés rencontrées. Cela m'a permis d'étayer la partie concernant les améliorations à apporter en tenant compte de mes observations sur le terrain et des remarques apportées par les équipes.

Enfin, nous avons analysé nos résultats en fonction de ceux l'enquête nationale périnatale publiée en 2017.

3.2 Analyse

3.2.1 Étude de dossier

Caractéristiques des femmes accouchant en salle nature

Âge	CHH salle nature 2017-2018	France 2016
Moins de 20 ans	1,4%	2,0%
Entre 30 et 34 ans	28,8%	33%
35 ans et plus	27,4%	21,3%
Plus de 40 ans	1,4%	4,1%

Tableau IV : Comparaison des âges en salle nature et dans la population française.

Dans notre échantillon, la tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-34. Les plus de 35 ans représentent près de 27,4% des parturientes contre 21,3% dans la population française. (5)

L'âge moyen des mères en France est de 30,4 ans en 2016 contre 31,19 ans dans notre échantillon (5). En sachant que l'âge moyen du premier enfant, en France, été de 28,5 ans en 2015 avec une augmentation prévue pour les années à venir. (27)

En ce qui concerne l'expérience, 1/3 des multipares ont déjà accouché au moins une fois sans analgésie péridurale. Toutes les patientes de plus de 35 ans étaient des multipares. Un mauvais vécu d'un accouchement antérieur ou encore une expérience d'accouchement sans péridurale peuvent expliquer cette proportion plus élevée de femmes de cette tranche d'âge, et donc multipares, par rapport à la population française.

Les primipares sont 53,4% dans notre étude contre 42% dans la population française. En revanche, nous avons presque autant de deuxième part que dans la population générale. (5)

Les primipares représentant plus de la moitié de notre échantillon, ce dernier pourcentage n'est pas surprenant. Le développement des projets de naissance et l'accès à la préparation à la naissance des primipares leur apportent une information et une prise en charge qui leur donne l'opportunité de partager leurs craintes et leurs souhaits. Cela peut expliquer la proportion de femmes jeunes et primipares souhaitant avoir accès à la salle nature. (28)

A la maternité d'Hazebrouck, la préparation à la naissance est commune pour toutes les femmes. Elle est centrée sur le processus physiologique et sur le déroulement de l'accouchement normal. Nous pouvons justifier la proportion de primipares par l'accès à cette préparation. Cette dernière peut donner envie à ces femmes d'avoir un accouchement physiologique.

La participation à une préparation à la naissance est un élément essentiel afin de profiter de la salle nature. Il est fortement conseillé dans le protocole mais non obligatoire. Plus de la moitié des femmes ayant bénéficié d'une préparation à la naissance l'ont faite au CHH. Ces chiffres sont

important pour une amélioration de la prise en charge ou encore l'instauration d'un parcours personnalisé.

Cependant, nos statistiques ne montrent pas de différences entre la préparation réalisée au sein de la maternité et celle effectuée en libérale. Dans tous les cas, nous pouvons penser que la proportion de primipares est liée à la participation de ces femmes aux cours de préparation à la naissance.

Les femmes ayant intégrées la salle nature sont :

- 9 femmes sur 10 avec un emploi.
- 4 femmes sur 10 avec dans une profession intermédiaire. Ce taux est identique à celui de la population française.

Ce sont les femmes de catégories socioprofessionnelles moyennes les plus intéressées par la salle nature. Ce sont aussi celles qui accouchent le plus en France (5). En revanche, les catégories socioprofessionnelles supérieures sont très peu représentées ici.

Il n'y a pas plus de femmes inactives dans notre échantillon par rapport à la population française (16,8% contre 12,7% ici). (5)

Ces femmes qui souhaitent accoucher en salle nature ont besoin de se sentir soutenues, accompagnées et rassurées. Nous ne sommes pas surpris de constater que presque toutes nos patientes déclarent vivre en couple. Ces femmes sont presque aussi nombreuses à accoucher en France (91,6% contre 98,6% ici) (5). Cela rejoint l'obligation d'être accompagnée lors d'un accouchement en salle nature. C'est un facteur favorisant le bien-être des femmes et les réconfortent.

En ce qui concerne l'hygiène de vie, elles sont une grande majorité avec un IMC normal et sans consommation de tabac. Nous sommes bien en dessous de l'estimation nationale de consommation de tabac qui est de 30% (5).

Le protocole précise que l'obésité sévère est un critère d'exclusion. Pourtant, deux patientes dans cette catégorie ont eu accès à la salle nature. Leur exclusion permet d'éviter les problèmes de manutention et de perte de temps lors d'indications de transfert. Ces deux patientes ont eu accès à la baignoire dans un contexte de pré-travail. Elles ont ensuite eu un travail rapide ne leur permettant pas d'être transférée en salle conventionnelle.

Une baignoire est en cours d'installation pour ces femmes en pré-travail souhaitant une méthode d'analgésie non médicamenteuse et qui n'ont pas pour autant un projet d'accouchement en salle nature.

Les femmes qui ont recours au parcours de procréation médicalement assistée sont des grossesses dites « précieuses » qui sont, la plupart du temps, d'avantage surveillées et médicalisées. Elles représentent 2,8% de nos patientes. La médicalisation de la fécondation avec le sentiment de dépersonnalisation pourrait expliquer ce désir de physiologie. (29)

Les grossesses spontanées restent cependant majoritaires. Elles sont dès le départ dans un processus physiologique qui justifie l'accès à cette salle nature.

Le projet de naissance est un élément permettant au couple d'exprimer leurs souhaits. Ces derniers en élaborent presque tous un au cours de la grossesse. Les patientes ayant accès à la salle nature ont été 98,5% contre 3,7% en France (5). Ce dernier résultat inclus à la fois les accouchements avec et sans analgésie péridurale. Nous parlons ici d'une volonté d'accoucher naturellement, avec une préparation physique et mentale indispensable. C'est un support indispensable pour la communication entre le couple et l'équipe de garde. Sa validation est donc essentielle en amont. Cet outil est parfois source de difficultés pour les équipes du bloc obstétrical lorsqu'il a été validé en amont sans pour autant être réalisable. Lors de son admission, la femme est plongée dans une intériorisation essentielle au bon déroulement du travail. Ce n'est alors plus le moment pour les professionnels de discuter de ce projet. Cependant, ayant été travaillé en amont de l'accouchement, le couple attend un certain respect des points évoqués dans ce projet. Nous reviendrons sur ce point dans la partie amélioration.

Admission en salle nature

L'accès à cette salle ne peut s'effectuer qu'à partir de 37SA. C'est surtout les femmes entre 39 et 40SA qui accèdent à cet espace. En revanche, les grossesses prolongées sont très peu représentées. Nous pouvons penser qu'elles sont d'avantage déclenchées et donc ne peuvent pas aller en salle nature. Dans l'état des lieux de la salle nature de Grasse, les grossesses prolongées étaient exclues de cette salle. Au CHH, ces grossesses prolongées ne semblent pas augmenter le nombre de transferts en salle conventionnelle au cours et à l'issue de l'accouchement. (20)

Lors de leur admission en salle nature, seulement 4 femmes sur 10 étaient en phase de latence. Un peu plus de la moitié des femmes sont admises en phase active. Très peu arrivent après dilatation complète. Le recours aux méthodes d'analgésies non médicamenteuses est plus aisé dans cette salle du fait de son agencement mais aussi de son équipement. Les femmes admises lors de la phase de descente n'ont pas beaucoup plus de bénéfices à accoucher dans cette salle en comparaison à une salle conventionnelle. Le bénéfice le plus important est l'immersion dans un environnement moins stressant en salle nature par rapport à une salle conventionnelle. La production d'adrénaline pourrait être moins importante dans cette salle nature.

La quasi-totalité de ces parturientes ont élaboré un projet de naissance et participé à une préparation à l'accouchement. Certaines ont complété cette dernière par des cours de sophrologie, de yoga ou encore d'hypnose. Elles se sont préparées physiquement et psychologiquement durant toute leur grossesse à cette expérience.

Au CHH, il n'y a pas de parcours personnalisé pour les femmes ayant le désir d'un accouchement physiologique. Ainsi, une femme se présentant à une dilatation avancée se verra proposer l'accès à la salle nature. Pour autant, les femmes admises à une dilatation avancée n'avaient pas toutes un souhait d'accouchement en salle nature. Nous ne pouvons pas nous baser sur ces chiffres puisqu'ils ne représentent donc pas tout à fait les femmes qui se sont préparées à y accoucher. Elles n'ont pas considéré l'accouchement dans cette salle comme un réel projet nécessitant une préparation particulière. Pour ces femmes, ce sont d'avantages les professionnels qui proposent des postures ou

les soutiens. Nous ne sommes plus dans un projet d'accouchement nécessitant un environnement rassurant, dont le rôle de l'accompagnant est primordial.

Déroulement du travail

Seule 3 femmes sont sorties en cours de travail pour un souhait de péridurale. La préparation à la naissance, l'accompagnement, l'environnement rassurant semblent encourager ces femmes à aller au bout de leurs projets.

Le liquide amniotique était méconial ou teinté chez 6 patientes au cours du travail. Cela est un critère d'exclusion de la salle nature. Sur les 6 patientes concernées, 3 auraient dû être exclues puisque la rupture, spontanée ou artificielle, a eu lieu au cours du travail. Cependant, nos propos sont à nuancer lorsque la rupture, mettant en évidence un liquide amniotique méconial ou teinté, a eu lieu au moment de l'expulsion. C'est le cas pour 3 de ces femmes. Dans ce cas, le bénéfice de l'effort expulsif est probablement supérieur à celui du transfert.

La rupture prématurée des membranes concerne 30% des patientes ayant eu accès à la salle nature. Cette rupture avant travail ne semble pas engendrer plus de difficultés pour ces femmes dans la réalisation de leur projet.

En salle nature, 16,2% des ruptures sont superficielles. Ce qui est surprenant, c'est que pour les patientes dont la rupture a été faite artificiellement, 1/3 a eu lieu au moment de l'expulsion. Cela peut apporter un certain confort pour la sage-femme au moment de l'accouchement.

Nous pouvons penser que ces amniotomies sont réalisées lors d'une stagnation du travail. Cependant, les dernières recommandations au sujet de l'accouchement normal recommandent un toucher vaginal (TV) toutes les deux à quatre heures. En tenant compte de la durée moyenne du travail (environ 4h) chez les patientes en salle nature, il y aurait donc à peu près un TV à l'entrée et un au cours du travail. Comment peut-on diagnostiquer une stagnation du travail dans ce contexte ? Le nombre conséquent d'amniotomies est-il réellement justifié ?

Pourtant, cela entrave le processus physiologique en cours. Du côté maternel, le respect de la poche des eaux permet un ressenti moins intense de la douleur et une aide mécanique plus douce pour la dilatation cervicale. Du côté fœtal, l'impact des contractions utérines sur le rythme cardiaque fœtal est réduit lorsque la poche des eaux est intacte. Il existe également un risque infectieux plus important. (5)

Nous retrouvons les mêmes conclusions dans l'état des lieux de la salle nature de la maternité de Grasse concernant la rupture de la poche des eaux (20). Cette pratique ne semble pas spécifique au CHH.

Nous n'avons pas pris connaissance de dystocies cervicales nécessitant une amniotomie. Une dystocie cervicale est diagnostiquée par la réalisation d'un TV. Or la prise en charge physiologique qu'encourage cette salle nature devrait limiter ces touchers vaginaux à 1 toutes les 4h.

Parfois, une stagnation du travail est possible si un événement stressant s'est produit. La quantité d'adrénaline produite est alors plus importante. Cette dernière empêche l'ocytocine d'agir. La prise

en charge physiologique pourrait être de rassurer et de soutenir cette femme afin de limiter la production d'adrénaline. Cela pourrait être une alternative à l'amniotomie. Qui plus est, aucunes recommandations n'ont été publiées pour adapter la prise en charge de ces femmes dont l'accouchement est naturel.

Nous avons pris en considération l'appréhension et l'anxiété que génère la prise en charge de ces femmes pour les professionnels. Nous revenons sur la notion de la maîtrise de l'accouchement par ces derniers. Cette maîtrise est parfois nécessaire. Cependant, lorsqu'elle induit une différence de prise en charge d'un professionnel à l'autre, nous pouvons penser que cette différence est dû au ressenti qui diverge selon les équipes.

Autre élément interpellant, la justification de ces amniotomies n'était pas systématiquement notée dans le dossier obstétrical. Or ce dernier est un outil de communication mais comporte également une valeur médico-légale. Nous reviendrons sur la nécessité de sensibiliser les équipes au bon remplissage du partogramme en salle nature.

Nous ne sommes alors plus tout à fait dans la physiologie avec les potentielles complications associées. Les amniotomies réalisées à dilatation complète le sont peut être pour des raisons de confort pour le soignant. Si aucun facteurs pathologiques n'est présent, aucunes interventions médicales n'est nécessaire au bon déroulement de l'accouchement. Dans le cas contraire, le transfert vers une salle conventionnelle est recommandé.

La durée moyenne est d'environ 4h en salle nature tout en sachant que plus de la moitié sont des primipares. Le travail physiologique peut à la fois être très rapide pour un nombre conséquent de femmes. Il peut néanmoins durer un certain temps sans que cela n'ait d'impact sur le bien-être fœtal ou l'adaptation à la vie extra utérine.

La durée du travail chez les primipares est en moyenne de 12h30 (5). En salle nature, nous avons une durée moyenne de travail de 4h30 soit 3 fois moins longue (26).

Nous ne pouvons pas donner d'estimation des différentes phases du travail puisque le nombre de touchers vaginaux sont très variables d'une sage-femme à une autre. De plus, ces derniers doivent être les moins nombreux possible afin de respecter au mieux la physiologie. (5) La prise en charge en salle nature permet à la sage-femme de s'appuyer d'avantage sur son sens clinique.

Un autre élément peut entraver le processus physiologique de l'accouchement, il s'agit de l'enregistrement cardio-tocographique. Il est réalisé systématiquement dans cette salle comme le recommande le protocole. Pour le respect total de la physiologie, il faudrait un enregistrement discontinu comme expliqué en première partie. En effet, bien que la sage-femme soit très présente lors de ces prises en charge, elle est seule à gérer le service de jour comme de nuit et ne peut donc pas suivre les recommandations concernant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en phase active du travail. (5) Par ailleurs, la salle nature est équipée d'un monitoring sans fils et immergeable placé hors de vue du couple. C'est une alternative à l'enregistrement discontinu.

L'élément prédominant dans cette salle est la baignoire de dilatation.

L'accès à cette baignoire est considéré comme une analgésie non médicamenteuse. Elles sont près de 8 femmes sur 10 à en avoir bénéficiée. 6 d'entre elles y ont eu accès à plus de 7cm alors que le protocole ne recommande pas l'utilisation de la baignoire après 8 cm. Un accès tardif à cette baignoire peut expliquer la proportion non négligeable d'accouchements dans l'eau pour lesquels le personnel n'est pas formé. L'impact de la baignoire ne peut être évalué ici puisque parmi celle n'ayant pas utilisée cette baignoire, une proportion non négligeable avait une dilatation trop avancée (20,5%).

Nous pouvons alors nous interroger sur les conditions d'accès à cette baignoire de dilatation. Soit nous limitons l'accès à la baignoire à une dilatation précoce, nous perdons alors tous les bénéfices de cet outil. Soit nous formons les professionnels pour réduire leurs appréhensions et leurs craintes lors de la survenue d'un accouchement inopiné dans l'eau. Par ailleurs, la sortie de la baignoire imposée à ces femmes en fin de travail peut générer un stress supplémentaire. Cela peut entraîner des complications lors de l'accouchement telles que des dystocies dynamiques augmentant la durée des efforts expulsifs. Sur ce point, l'OMS ne met en évidence une augmentation des risques lors d'un accouchement dans l'eau comparé aux autres accouchements (Annexe V).

Une discussion a lieu actuellement entre l'équipe pédiatrique et obstétricale pour adapter le protocole et la prise en charge des patientes. Le but étant d'harmoniser les pratiques lors d'une dilatation cervicale rapide dans la baignoire. A la fin de ce mémoire, nous proposerons une amélioration du protocole concernant cette prise en charge.

Accouchement

Le tableau en annexe III nous donne plus de précisions quant aux positions d'accouchement.

Dans un premier temps, La majorité des femmes s'installent ou sont installées à quatre pattes, en décubitus latéral ou encore genu-pectoral. Sur les 59 patientes concernées, 8 ont débuté les efforts expulsifs dans la baignoire et 4 y ont accouché. En ce qui concerne les positions d'accouchement, les conclusions sont intéressantes. Celles en position genu-pectoral ou décubitus latéral sont, pour la majorité, restées dans cette position tout au long des efforts expulsifs. Les femmes à 4 pattes ont pour la plupart terminé les efforts expulsifs en décubitus latéral. Elles sont une majorité à ne pas avoir changé de position au cours des efforts expulsifs.

En France, 89% des femmes accouchent en décubitus dorsal et 8,4% en décubitus latéral. Au total, elles sont 94,7% à donner naissance en position horizontale (5). Dans notre salle nature, elles sont 27,4% à accoucher en décubitus dorsal et 17,8% en décubitus latéral. Nous remarquons que la proportion des femmes en décubitus dorsal est nettement diminuée en salle nature.

Dans notre échantillon, les positions horizontales représentent 56% des positions d'accouchement en prenant en compte les positions gynécologiques, genu-pectorales et décubitus latéral comme positions horizontales.

Si nous considérons les positions « classiques » d'accouchement comme les suivantes : gynécologique et genu-pectorale, 1/3 des femmes accouchent dans ces positions. Cela montre à quel point les positions horizontales ne sont pas les plus utilisées par les femmes dont les sensations et les douleurs ne sont pas atténuées par une analgésie médicamenteuse. Elles sont une majorité à opter pour des positions intuitives bien différentes de celles proposées aux femmes sous péridurale.

Par ailleurs, les positions gynécologiques et genu-pectorales semblent engendrer plus de déchirures périnéales. Cependant, ces positions sont d'avantages adoptées par les primipares dont les déchirures périnéales sont plus fréquentes dans la population générale mais également dans notre échantillon.

Au contraire, la position 4 pattes semble protéger le périnée. Cette position a été choisie par autant de primipares que de multipares. Quand nous regardons les revues de la littérature sur ce sujet, il semblerait que la position 4 pattes ne protège pas plus des déchirures que la position de décubitus latéral. Par ailleurs, cette dernière protégerait davantage le périnée que la position accroupie. (30) La position décubitus latéral serait donc à privilégier par rapport aux positions accroupie et 4 pattes. Cependant, le choix de la position se fait de manière instinctive par la femme et ne doit pas être influencée par ces données. Nous tenons à préciser que cette revue de littérature a été réalisée chez des parturientes sous analgésie médicamenteuse. Les femmes sans péridurale changent d'avantage de position en fonction de l'inconfort et de la douleur.

Lorsque nous rentrons dans cette salle notre regard se porte sur la banquette. De manière instinctive, les femmes se positionnent sur cette dernière lors de l'accouchement. Pour favoriser la position accroupie, nous pourrions intégrer à cette salle nature un tapis et un tabouret d'accouchement. Par ailleurs, l'utilisation de la liane sur la banquette n'est pas toujours intuitive pour les femmes. Ainsi, sans l'imposer, l'agencement de la salle donnerait, davantage, l'opportunité à ces femmes de se positionner au gré de leurs envies.

Les déchirures sont principalement des déchirures simples (stade 1). Nous avons tout de même 9% d'épisiotomies uniquement chez des primipares. Cela reste très en dessous de la moyenne française chez les primipares à 34,9% et 9,8% chez les multipares (5).

1 femme sur 3 a des efforts expulsifs compris entre 5 et 15 minutes. Près d'une femme sur 10 pousse plus d'une heure.

Le temps de poussée en France est recommandé à 30 minutes (5). Cependant, certaines études démontrent que des efforts expulsifs plus longs ne sont pas délétères pour le fœtus (22). En salle nature, les efforts expulsifs sont encouragés jusqu'à la naissance de l'enfant sans délai imparti. Si une extraction instrumentale est nécessaire, le temps de transfert nécessitera une anticipation supplémentaire de la sage-femme.

Afin de respecter au mieux le corps de la femme, leur douleur et la synthèse d'ocytocine produite au cours de l'accouchement, l'envie de pousser est primordiale avant de commencer ces efforts expulsifs. La femme doit être à l'écoute de son corps (5).

La délivrance dirigée est réalisée de façon systématique. Cette pratique a été encouragée dans les recommandations pour la pratique clinique de 2004 mise à jour en 2014 (5). Nous ne sommes pas surpris du faible nombre de transferts pour délivrance supérieure à 30 minutes.

D'autres maternités ont optées pour une délivrance naturelle en salle nature sans augmentation du taux d'hémorragies du post partum. C'est notamment le cas à l'hôpital de Grasse (20).

Le protocole pose l'indication de transfert vers une salle « classique » lorsque la délivrance n'a pas eu lieu après 30 minutes. Dans cette étude, 2 personnes auraient dû être transférées mais sont restées en salle nature. Ce retard de délivrance était associé à une hémorragie du post partum modéré chez une patiente. Pour la seconde, les saignements totaux s'élevaient à moins de 300cc.

Le plus interpellant concerne ces saignements totaux. Le protocole précise que des pertes sanguines supérieures à 300 ml doivent faire réaliser un transfert par anticipation d'une hémorragie du post partum. 9 femmes sur 10 ont perdu moins de 300 ml. En revanche, 3 patientes ont perdu plus de 500ml dont 2 ont saigné plus d'un litre. Le taux d'HPP en France en 2014 était de 5% lors de quantifications imprécises comme c'est le cas en salle nature (25). Nous sommes bien en dessous de ce taux. Cependant, notre échantillon est exclusivement composé de femmes à bas risques.

D'autres patientes ont été transférées vers une salle conventionnelle pour pertes sanguines supérieures à 300ml sans que cela ne soit noté dans le dossier obstétrical. Le nombre de sorties après l'accouchement est sous estimé ici puisque nous nous sommes uniquement basés sur le partogramme. Cela représente un biais certain dans notre étude. Enfin, il s'agit surtout d'une preuve médico-légale que l'on ne peut négliger.

Il faut donc anticiper la survenue d'une hémorragie du post partum en salle nature. Cependant, les positions alternatives ne permettent pas toujours de placer le sac de recueil permettant de quantifier de manière plus objective les pertes sanguines.

Dans le cas d'une hémorragie massive du post partum, le manque de repère pourrait devenir un obstacle à la bonne prise en charge des femmes. Un transfert en salle conventionnelle n'étant pas indiqué dans cette situation, il semble essentiel que l'équipe s'y sente à l'aise. Une simulation de prise en charge de ces hémorragies pourrait être envisagée dans cette salle afin de réduire le stress lié à cette situation d'urgence.

Caractéristiques et adaptation à la vie extra-utérine du nouveau né

Le ph au cordon est satisfaisant chez tous les nouveau-nés pour lesquels il a été réalisé. La durée des efforts expulsifs au-delà des 30 minutes recommandées ne semblent pas avoir d'impact sur l'état du nouveau-né à la naissance. Cela rejoint les conclusions de l'étude nationale périnatale de 2016 (5).

Nous notons que 8% ont été impossibles. Pour la plupart, le clampage tardif en est à l'origine. Nous avons retrouvé à plusieurs reprises des clampages lorsque le cordon semblait vide. Cette pratique était dans certains cas à l'initiative de la sage-femme. Dans d'autres cas, c'était un souhait du couple. Ce ph est une obligation médico-légale mais est souvent sous-estimé lors de la validation du projet de naissance. Cette pratique représente parfois une difficulté pour certaines sages-femmes. Ce point

sera à rediscuter avec les pédiatres pour harmoniser les pratiques (32). Une validation dans le protocole de salle nature sera une sécurité supplémentaire pour les professionnels lorsque cette pratique est à l'initiative de la sage-femme ou à la demande du couple.

Le score d'Apgar permet d'évaluer l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né. Ce score est satisfaisant chez tous les nouveau-nés puisque supérieur à 8 à 1 et 5 minutes de vie. Ces résultats sont semblables à ceux de l'état des lieux de la salle nature de Grasse. (20)

Au CHH, tous les nouveau-nés sont équipés d'un capteur de pulsations et d'une saturation de leur naissance à leur retour en maternité 2h après l'accouchement. Cela permet une surveillance rapprochée des nouveau-nés sans être intrusif dans ce moment de partage que représente une naissance pour le couple et le nouveau-né.

La majorité des nouveau-nés pèsent entre 3000g et 3500g. Nous pouvons même affirmer qu'une grande partie des nouveau-nés pèsent entre 3000g et 4000g. Nous retrouvons malgré tout 6 nouveau-nés de plus de 4000g dont un de plus de 4250g. Cependant, l'absence de complications lors de la naissance peut se justifier en partie par ces poids de naissances, en majorité dans la norme.

Le peau à peau est favorisé pour toutes les naissances au CHH. En salle nature, il est pratiqué en moyenne pendant plus de 2h. Par ailleurs, il favorise le succès de l'allaitement maternel.

Le CHH ayant obtenu le label IHAB en 2016, cette pratique était déjà connue des équipes puisque réalisée dès que possible et le plus tôt possible après la naissance. Le peau à peau est donc aujourd'hui une pratique courante réalisée en salle nature mais aussi en salle conventionnelle.

Comme attendu, le souhait d'un allaitement maternel est très important en salle nature. L'allaitement maternel est choisi chez 66,7% des femmes en France contre 89,7% dans notre étude (5).

Seules 2 femmes sur 7, ayant décidé d'une alimentation artificielle pour leur bébé, n'ont pas souhaité réaliser la tétée de bienvenue. Cette dernière est favorisée par le peau à peau immédiat mère-enfant.

3.2.2 Étude du questionnaire

3.2.2.1 Les difficultés rencontrées

Le manque de repère

Comme décrit dans la première partie, la salle nature a une disposition différente des salles conventionnelles. Le matériel est en quantité minimale dans une armoire placée à l'entrée de la salle.

Cela peut mettre les équipes en difficultés lors d'urgences telles qu'une hémorragie du post partum ou une nécessité d'extraction instrumentale avec impossibilité de transfert.

Ce manque de repère concerne également les accompagnants. L'intensité de cette expérience pour la femme peut parfois déstabiliser le conjoint. Ce dernier n'étant pas systématiquement inclus dans la préparation à la naissance. Il serait intéressant d'insister davantage sur la présence du père aux cours de préparation à la naissance.

Les repères passent aussi par le matériel. En effet, la banquette est souvent au cœur des difficultés rencontrées. Certaines salles nature sont équipées d'une banquette arrondies placée au centre de la pièce. Cela donne un meilleur accès au couple et au nouveau-né. Par ailleurs, sa disposition dans un coin de la salle la rend moins accessible aux professionnels de santé.

Par ailleurs, une sage-femme a confiée ne pas se sentir à l'aise lors d'une suture en salle nature. Lorsque la femme a accouché sur la banquette, il ne vient pas forcément à l'esprit de la déplacer quelques minutes sur la table d'accouchement pour réaliser la suture dans un contexte plus rassurant. Nous proposons d'utiliser la galette comme support du bassin. En effet, cet outil pourrait donner une meilleure visibilité à la sage-femme sans devoir déplacer la femme. Cela dépend, bien entendu, du type de déchirure et de l'assurance de la sage-femme.

Appréhension

L'accouchement dans l'eau est source de stress pour certains membres de l'équipe. Le protocole d'utilisation de la baignoire de dilatation rédigé par le réseau Ombrel ne conseille pas l'accès à cette dernière au-delà de 8cm.

Cependant, lors d'un travail rapide et en prenant compte des touchers vaginaux non systématiques, il arrive que l'engagement se fasse dans cette baignoire. Il est alors difficile pour les professionnels de santé de déplacer la patiente.

Une formation sur le sujet de l'accouchement dans l'eau est à envisager. Même si cette pratique n'est pas recommandée ici, le personnel soignant pourrait mieux prendre en charge ce type d'accouchement s'il survenait inopinément. Depuis son ouverture, 8 femmes ont accouché dans cette baignoire. Par ailleurs, l'OMS n'a pas montré de bénéfices ou de risques à accoucher en milieu aquatique. (Annexe V)

Le manque de repère est également source d'appréhension. Une personne a déclaré craindre la chute d'un nouveau-né. Le manque de pratique et de formation dans ce domaine n'aide pas les professionnels de santé à prendre confiance en eux et à utiliser de manière optimale cet espace.

La gestion de la douleur

Cela concerne également la gestion de la douleur. Même si cette dernière est fortement influencée par le travail et la préparation faite en amont par la femme et le couple, la qualité de l'accompagnement le jour de l'accouchement est primordiale. Certains professionnels se sentent mal à l'aise face à cette douleur, d'autre craignent de ne pas trouver « *les gestes et les paroles appropriées* ».

Ce qui semble important de rappeler ici, c'est que la femme supportera la douleur si elle arrive à mettre au repos son néocortex. La meilleure des paroles est de l'aider à s'intérioriser, à s'évader (7).

Un autre aspect de la douleur est évoqué, il s'agit de la douleur liée à la suture périnéale. Il est rapporté que l'anesthésie locale n'est pas toujours suffisante. La femme a enduré tellement de douleur que son corps devient encore plus sensible et intolérant à cette douleur après l'accouchement. La femme n'ayant reçu aucun produit anesthésiant, il faut laisser le temps à l'anesthésie locale de faire effet. Si la déchirure le permet, il est tout à fait possible d'attendre que la femme soit soulagée avant de suturer.

La frustration

Elle est évoquée à deux reprises.

Certaines maternités, comme celle de Grasse, ont mis en place un système d'astreinte. Lorsque le service est chargé ou lorsque la sage-femme ne peut accompagner le couple dans son projet, la sage-femme d'astreinte est appelée. Cependant, le nombre de sages-femmes ne permet pas toujours de rendre cette organisation possible.

La maternité d'Hazebrouck est une maternité de type 1. Lors de l'évaluation de la salle nature de Port royal, le niveau de soin a été pris en compte (21). L'activité liée au niveau de soin représente une limite dans l'implication de la sage-femme auprès de ces femmes souhaitant accoucher en salle nature.

Il est intéressant de prendre en compte le niveau de soin des maternités pour comprendre les difficultés rencontrées par les équipes. Cependant, chaque type de maternité représente des avantages et des inconvénients auquel il est difficile de pallier. Il semble difficile d'anticiper l'activité à venir au bloc obstétrical comme il semble compliqué d'anticiper l'arrivée d'une femme souhaitant accoucher en salle nature. Même si cette organisation été adoptée par les sages-femmes, il est aussi question de rémunération de ces dernières lors de ces astreintes. Une autre solution à envisager serait d'ouvrir la salle nature aux sages-femmes libérales souhaitant exercer en plateau technique. Ces dernières pourraient élargir la prise en charge globale des couples qu'elles auraient préparées à cet évènement. Nous rappelons que la moitié des patientes réalisent leur préparation à la naissance en dehors de la maternité d'Hazebrouck.

La fatigue

Ce type d'accompagnement et de prise en charge induit une importante fatigue psychique et physique. Nous pouvons imaginer qu'en fonction de l'activité au bloc obstétrical, précédent l'arrivée d'une femme avec un souhait d'accouchement physiologique, l'équipe n'aura pas la même énergie physique et psychique nécessaire à cet accompagnement. Dans cette situation, la sage-femme de garde pourrait solliciter l'aide d'une collègue d'astreinte afin que cette fatigue n'influence pas la prise en charge des autres patientes. Si cette astreinte n'est pas envisageable, la possibilité de solliciter l'obstétricien de garde pour gérer le bloc obstétrical lorsqu'un accouchement en salle nature demande toute l'attention de la sage-femme est à discuter avec l'équipe obstétricale.

3.2.2.2 Les potentielles améliorations

Le projet de naissance

Le projet de naissance est systématiquement validé par l'équipe de sages-femmes de Consultation prénatale (CPN). L'équipe de garde peut être confrontée à des difficultés lors d'un projet de naissance validé en amont mais non réalisable le jour J à cause de l'organisation du service ou d'une modification de l'état de la mère ou du bien-être fœtal. Par ailleurs, lorsque la patiente est en travail, il est plus difficile de discuter de ce projet et de l'adapter. Nous insisterons sur l'importance d'informer les couples que l'autorisation d'accès à cette salle nature est multifactorielle et est à réévaluer le jour de l'admission en salle d'accouchement.

Le parcours personnalisé

La mise en place d'un parcours personnalisé pourrait pallier à ce problème. Actuellement, les femmes souhaitant accoucher en salle nature se voient proposer un entretien prénatal précoce pour discuter de leur projet. Cependant, la rédaction du projet de naissance se fait parfois en fin de grossesse. Le couple a besoin de laisser leur projet se préciser au cours de la grossesse.

A la maternité de Grasse, ce suivi personnalisé a été mis en place. Lors de la consultation du 9ème mois, une séance de préparation à la naissance est proposée dans cette salle afin que le couple s'approprie l'espace dans lequel il va accueillir leur enfant. (20)

Depuis février 2019, un entretien supplémentaire au cours de la grossesse est remboursé. Il s'agit du bilan prénatal valorisant la prévention et le parcours de soins. Il est facultatif pour les patientes et rapporte 35,28 euros à la maternité. Nous pourrions utiliser cette consultation au cours du 9ème mois pour refaire le point sur le souhait d'accouchement en salle nature avec le couple. Une présentation individuelle de cette salle donnerait l'occasion au couple de se familiariser à l'environnement. (31)

La communication

Elle revient très souvent dans les choses à améliorer. Les pistes apportées sont nombreuses :

Au sein de l'équipe, développer la notion de **partage d'expériences** et de **compagnonnage**. Certaines personnes se sentant plus à l'aise et d'autres moins dans l'utilisation de cette salle. Ce partage pourrait redonner de l'assurance et des idées d'accompagnement aux personnes moins habituées à la prise en charge de la douleur par exemple.

Un **groupe de travail** autour de la gestion de la douleur a été proposé. Il permettrait aux professionnels qui le souhaitent de développer leurs connaissances notamment dans les alternatives non médicamenteuses pour soulager la douleur des femmes. Il y serait également présenté certains dossiers afin de comprendre la prise en charge et d'amener l'équipe à réfléchir ensemble.

Des **misés en situations** pourraient également être envisagées. Il s'agirait de reproduire une situation dans laquelle un petit groupe de sages-femmes et d'AS / AP seraient plongées. S'en suivrait un débriefing afin de mettre des mots sur les difficultés, les alternatives trouvées ou encore le ressenti.

Concernant les différences de prises en charges des patientes en salle nature, une réunion entre les différents professionnels de la maternité a eu lieu récemment

Par ailleurs, la **formation initiale** est jugée insuffisante pour 16 personnes. Cela montre que l'apprentissage de la physiologie se fait surtout sur le terrain une fois le diplôme obtenu. Cependant, ce sont ces mêmes professionnels qui forment les étudiants lors de leurs stages. Une formation initiale plus poussée sur la physiologie pourrait être un meilleur point de départ pour ces futurs professionnels en formation.

Le protocole

Le protocole est une validation de l'équipe des pratiques réalisables ou non en salle nature. C'est ce sur quoi l'équipe se réfère lors d'une situation la mettant en difficulté. Il a été établi à partir des autres protocoles de salles nature de la région Haut-de-France. Après 1 an et demi d'utilisation de cette salle, un groupe de travail volontaire pourrait être créé afin de le rendre plus proche de la réalité du terrain. Cette communication a pour outil le protocole de salle nature qu'il semble nécessaire de modifier.

3.2.2.3 Les propositions d'amélioration

Suite aux informations apportées par cette étude, au sujet de la salle nature mais également du ressenti des professionnels de santé, nous proposons une nouvelle version du protocole. Dans ce dernier, les termes en rouge sont des points sur lesquels il semble important d'insister (présents dans le protocole initial en annexe IV). Les notions en vert sont celles que nous trouvons intéressantes d'ajouter. Nous avons, par ailleurs, ajouté des sources, en bleu, utiles pour une éventuelle discussion pluridisciplinaire.

Utilisation de la Salle Nature

Le partogramme est un outil à valeur médico-légale. Son bon remplissage est indispensable.

1- La salle nature :

Est une salle dans laquelle seront réalisés des **accouchements physiologiques**, = sans péridurale, après une mise en route spontanée du travail, entre 37 et 42 SA, sur grossesse unique, en présentation céphalique.

Ce n'est pas une salle de pré-travail.

Le CNGOF réaffirme que l'accouchement physiologique se définit par une évaluation initiale et continue :

- avant l'accouchement par l'absence de risque particulier lié à la patiente, au déroulement de la grossesse, à la présentation de l'enfant
- pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail
- après l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère

Sur ces critères, l'accouchement physiologique représente environ 70% des naissances.

2- La patiente doit avoir **fait la demande** d'un accouchement physiologique pendant le suivi de grossesse :

- Idéalement, avant la fin du 8^{ème} mois, sous forme d'un projet de naissance élaboré avec les sages-femmes de la maternité ou une sage-femme libérale et **validé par l'équipe de la maternité**.
- Mais au minimum de façon sommaire, avec simplement le souhait d'accouchement physiologique **noté sur le dossier**.

Un document d'information sera donné à toutes les femmes

La préparation à la naissance est conseillée +++

L'intérêt d'un accompagnant présent et actif expliqué +++

Un entretien supplémentaire lors du 9ème mois pour valider le projet de naissance et présenter la salle nature individuellement

3- Pendant la grossesse, certains critères excluent la prise en charge en salle nature :

- Certains antécédents médicaux (à discuter au cas par cas)
- IMC > 35 avant la grossesse

- ATCD d'hémorragie de la délivrance sévère
- Utérus cicatriciel
- Pathologies pendant la grossesse :
 - Pré éclampsie/HTA sévère
 - DG insuliné / DG non insuliné avec macrosomie
 - Métrorragie en début de travail

4- A l'arrivée de la patiente les critères autorisant l'accompagnement en salle nature :

- Travail spontané
- Grossesse unique
- Présentation céphalique
- Régulièrement suivie
- Déroulement normal
- Entre 37 SA et 42SA
 - Avec RCF normal à l'admission au moins 30 minutes
- Patiente apyrétique (<38°)
- Si PDE rompue, LA clair

5- Surveillance médicale en salle nature :

- A l'arrivée, examen classique : TA, T°, Pls, RCF, TV
- Pose d'un cathéter avec un petit prolongateur (attention à bien purger le prolongateur), après prélèvement de RAI et Toxoplasmose si nécessaire. (Pas de perfusion, sauf perfusette pour ATB strepto B, à retirer quand le produit est fini)
- **Tenue habituelle du dossier et du partogramme** (partogramme à débiter en début de phase active **soit à 5cm**)
- Les TV doivent être espacés **(de 2 à 4h) sauf en cas de signes d'appels ou les TV peuvent être plus fréquent, si la suite de la prise en charge en dépend.**
- Monitoring posé de façon discontinu en phase de latence (< 5 cm) par période de 15 minutes environ espacées d'une heure
- Monitoring sans fils continu en phase active (à partir de 5 cm)
- **La prise des paramètres doit se faire sur signe d'appel clinique.**
- **Pas de rupture artificielle de la PDE ou le plus tard possible**
- Pas d'utilisation d'ocytocine pendant le travail
- **Pas de délais lors des efforts expulsifs si les Melchior sont de type 1.** (Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. juin 2008;37(4):325-8.)
- Délivrance dirigée : injection de 5 UI de syntocinon en IVD lente directement dans le cathéter à l'accouchement. Seringue de 10cc : 5UI dilué dans 9cc de NaCl 9%. (Pas de perfusion relais)
- pH fœtal au cordon est systématique. **Revoir avec les pédiatres la possibilité d'un clampage à 3minutes de vie.** (Wermelinger AR. Étude prospective évaluant un protocole de clampage

retardé ou milking du cordon ombilical des nouveau-nés prématurés en salle de naissance dans une maternité de niveau 3. Université de Bordeaux; 2017.)

- **Accouchement dans la baignoire si formation effectuée. Sinon, préférer la sortie de la baignoire en anticipant la vitesse de dilatation sur signes cliniques.**

Cf. en annexe : Redéfinition des stades du travail dans les recommandations du collège des SF de 2016.

6- Critères de transfert vers la salle de naissance conventionnelle :

- Demande d'analgésie péridurale
- Apparition d'éléments pathologiques pendant le travail :
 - ❖ Anomalies de rythme cardiaque fœtal
 - ❖ Liquide amniotique méconial
 - ❖ Métrorragies abondantes
 - ❖ Hyperthermie persistante >38°5
 - ❖ Dystocie de présentation
 - ❖ Dystocie de dilatation (voir définition des recommandations)
- Après l'accouchement
 - Rétention placentaire > 30 minutes
 - Hémorragie de la délivrance > ou = à 300cc (anticiper)
 - Thrombus
- **En cas de doute sur l'indication de transfert demander l'avis à l'obstétricien référent, en son absence à l'obstétricien de garde.**

7- critères d'intervention médicale dans la salle nature :

Situation qui doit être **exceptionnelle**, attention à anticiper.

- ARCF en phase d'expulsion nécessitant une extraction rapide++++, ne permettant pas le passage en salle conventionnelle
- HDD massive n'autorisant pas le transfert de la patiente
- Transfert en salle conventionnelle nécessaire mais pas de salles disponibles

8- Utilisation de la baignoire de dilatation :

La dilatation à partir de laquelle l'accès à la baignoire n'est plus autorisé est à préciser au vu du nombre d'accouchements dans cette baignoire. Si l'équipe souhaite **se former à l'accouchement**

dans l'eau, cela pourrait diminuer l'appréhension que représente ce type de naissances au sein de l'équipe. Le protocole d'utilisation de la baignoire de dilatation du réseau OMBREL précise que pour le moment aucun argument ne penche en faveur ou en défaveur des accouchements dans l'eau. (cf protocole d'utilisation de la baignoire de dilatation en annexe)

- Pas de limite pour donner accès à la baignoire de dilatation. Si la femme est à dilatation complète et n'est pas en capacité de sortir de cette baignoire, laisser l'accouchement se faire dans l'eau.

Cf. : protocole du réseau Ombrel, Pour nous, utilisation seulement dans le cas A : accompagnement d'un accouchement strictement naturel et physiologique sans péridurale.

Pour le CHH pas de Limite de temps sur la durée du bain.

9- Rappel :

- Pas de lavement
- Pas de rasage
- Pas de sondages évacuateurs (Miction spontanée, sur bassin posé sur une chaise)
- Boissons autorisées (liquides clairs)
- Vêtements personnels sauf si souhait de la blouse
 - Pour des raisons d'hygiène vers les autres patientes, une protection de la tenue est nécessaire pour l'accouchement (port d'un tablier ou changement de tenue)
 - Les étriers de la table d'accouchement de la salle nature se trouvent dans la réa 2, sur le radiateur.
 - Boite à aiguille sur la table d'instrument pour les accouchements
 - Les alèzes de la banquette d'accouchement doivent être mises dans les sacs jaunes « Bulle de linge »

10- Annexes :

- Procédure d'utilisation de la baignoire de dilatation du réseau Ombrel
- Redéfinition des stades du travail dans les recommandations du collège des SF de 2016
- Autres doc sur l'accompagnement en salle nature et sur l'accouchement physiologique
- Listing du matériel du chariot

11- registre des passages en salle nature. **Noter le nom marital ET le nom de jeune fille de la patiente pour faciliter l'identification (ou coller une des étiquettes remises par la patiente lors de son admission).**

Conclusion

La salle nature représente 11% des accouchements de la maternité d'Hazebrouck. Ce taux d'activité correspond à la demande des patientes d'avoir accès à une prise en charge plus physiologique. Par ailleurs, les professionnels de santé sont au cœur de son fonctionnement. Ils soutiennent le couple dans leur projet avec un investissement indispensable à la particularité de cette prise en charge.

Les sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides soignantes ayant répondu au questionnaire ont soulevé certaines difficultés lors de l'utilisation de cette salle. En contrepartie, de nombreuses pistes d'améliorations ont été proposées. Cela montre l'implication avec laquelle ces professionnels de santé s'investissent.

Cet investissement se ressent dans les choses à mettre en place pour que la prise en charge de ces patientes en salle nature soit optimale. Nous retrouvons un souhait de formation et un désir de partage d'expériences à travers des groupes de paroles. L'amélioration du protocole en accord avec l'équipe de pédiatres et de gynécologues-obstétriciens semble nécessaire. La modification de ce protocole pourrait répondre de façon plus adaptée aux besoins des équipes. Il représente un soutien lors de situations de doutes ou de demandes particulières du couple.

La différence de prise en charge au sein même de l'équipe de cette maternité crée un désir d'apprendre les uns des autres. Le partage des connaissances et des expériences vécus en salle nature pourrait renforcer la cohésion d'équipe et réduire certaines difficultés liées à l'appréhension.

L'amélioration principale à apporter concerne le remplissage du dossier obstétrical. Sa valeur médico-légale doit être gardée à l'esprit des professionnels même si la prise en charge de ces femmes est différente. Son bon remplissage permettrait un recueil de données plus complet pour une future étude et à continuer à améliorer les pratiques.

Dans notre étude, nous avons mis en avant le profil des femmes souhaitant accoucher en salle nature. Il s'agit principalement de primipares ayant participé à une préparation à la naissance. Ces femmes sont une majorité à avoir exprimé leurs souhaits dans un projet de naissance.

Il serait intéressant, pour ces couples, de bénéficier d'une prise en charge personnalisée. Il s'agirait d'ajouter une consultation en plus de l'entretien prénatal précoce, déjà réalisé à la maternité par les sages-femmes de CPN. Il serait complété d'un rendez-vous du neuvième mois, dans le cadre du bilan prénatal valorisant la prévention et le parcours de soin, lors duquel la validation du projet de naissance serait abordée et la salle nature présentée.

La prise en charge de ces femmes est une occasion pour les sages-femmes de se rapprocher de leur fonction première, le respect de la physiologie. Ce bilan de la salle nature un an et demi après son ouverture met en évidence la nécessité de certaines améliorations à la portée des équipes.

L'évaluation de cet espace physiologique passe aussi par l'interrogation des couples. Il serait intéressant d'interroger les couples ayant eu accès à cette salle nature afin de recueillir leur ressenti, leurs difficultés, la qualité de la prise en charge et le respect de leur projet de naissance. Pour cela, des entretiens individuels permettraient aux couples de s'exprimer librement.

Références bibliographiques

- (1) CIANE. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement [Internet]. 2012 [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/CP_Souhaits_Sept2012.pdf
- (2) Maïtie Trélaun, « J'accouche bientôt et j'ai peur de la douleur », pp. 35, 36
- (3) Naissance physiologique - Association Naît-Sens [Internet]. [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://nait-sens.ch/naissance-physiologique/>
- (4) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec), Rossignol M, Boughrassa F, Moutquin J-M. Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. Québec: INESSS; 2012.
- (5) Haute Autorité de Santé. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Méthode recommandations pour la pratique clinique. 2017.
- (6) Benedicte Coulm, Béatrice Blondel. Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010 [Internet]. DRESS; 2014 déc [cité 4 janv 2019]. Report No.: 897. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/DREES-etudegrossesses%C3%A0basrisques.pdf>
- (7) Un nouveau regard sur la naissance [Internet]. Midwifery Today. 1999 [cité 28 sept 2018]. Disponible sur: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/un-nouveau-regard-sur-la-naissance/>
- (8) De Gasquet B. La mise au monde. In: Bien être et maternité. 4^e éd. 1999. p. 254-79.
- (9) Lane A, Luminet O, Mikolajczak M. Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : revue d'une littérature en pleine expansion. L'Année psychologique. 2013;Vol. 113(2):255-85.
- (10) L'ocytocine, sa rivalité illustrée avec l'adrénaline. [Internet]. Karine la sage-femme. 2017 [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: <https://karinelasagefemme.com/locytocine-rivalite-illustree-ladrenaline/>
- (11) Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. /data/revues/16374088/00030005/197/ [Internet]. 18 févr 2008 [cité 12 juin 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/84863>
- (12) De Massougnes J. La mobilisation des patientes: effet sur le travail. [Besançon, France]: Université de France-Comte; 2010.

- (13) Obésité et surpoids [Internet]. World Health Organization. 2018 [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- (14) Etude ESTEBAN 2014-2016 – Chapitre corpulence : stabilisation du surpoids et de l'obésité chez l'enfant et l'adulte [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Etude-ESTEBAN-2014-2016-Chapitre-corpulence-stabilisation-du-surpoids-et-de-l-obesite-chez-l-enfant-et-l-adulte>
- (15) Ray CL, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal? /data/revues/16374088/v13i5/S1637408814001084/ [Internet]. 14 oct 2014 [cité 29 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/931138>
- (16) Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database Syst Rev. 15 avr 2009;(2):CD000111.
- (17) Puech F, Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance: la position du CNGOF en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de « l'accouchement physiologique » [Internet]. 2012 [cité 21 oct 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/images/cngof/presse/position_acc_physio_121205.pdf
- (18) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. sept 2005;34(5):513.
- (19) Haute Autorité de Santé. Maisons de naissance. Cahier des charges de l'expérimentation. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
- (20) Dujardin A-C. Accouchement en salle nature: état des lieux au Centre hospitalier de Grasse. 1994;150.
- (21) Claire P. Évaluation de la salle nature de Port-Royal deux ans après son ouverture: le point de vue des sages-femmes hospitalières. Paris Descartes; 2017.
- (22) Carte des maternités Type I, II, III [Internet]. SFN. [cité 4 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.societe-francaise-neonatalogie.fr/2016/07/04/carte-des-maternites-type-i-ii-iii-2/>
- (23) Enquête nationale périnatale rapport 2016 [Internet]. 2017 oct [cité 22 févr 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf

- (24) Le Ray C, Audibert F. Durée des efforts expulsifs : données de la littérature. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. juin 2008;37(4):325-8.
- (25) Deneux-Tharoux C, Bonnet M-P, Tort J. Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. déc 2014;43(10):936-50.
- (26) Les stades du travail et de l'accouchement [Internet]. [cité 2 mars 2019]. Disponible sur: https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/fiche.aspx?doc=grossesse-accouchement-4-stades-du-travail#_Toc436817580
- (27) Insee. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974-1994 [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
- (28) Gagnon R, Hébert E, Langlois H, Bédard N, Bonapace J, Lachapelle M, et al. Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur. :59.
- (29) Marie Benacquista. Les complications obstétricales après FIV et ICSI sont-elles les mêmes que celles des grossesses spontanées? Limoges; 2012.
- (30) Betty BARBET, Julie FLOHIC. Effets des positions d'accouchement sur les lésions périnéales [Internet]. Haute école cantonale vaudoise de la santé; 2011 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: https://doc.rero.ch/record/28417/files/HECVsante_TB_Barbet_2011.pdf
- (31) Union Nationale et Syndicale des Sages-femmes. Nomenclature générale des actes professionnels sages-femmes de métropole [Internet]. 2019 [cité 23 mars 2019]. Disponible sur: <http://unssf.org/wp/wp-content/uploads/2019/01/UNSSF-NGAP-Av-4.pdf>
- (32) Wermelinger AR. Étude prospective évaluant un protocole de clampage retardé ou milking du cordon ombilical des nouveau-nés prématurés en salle de naissance dans une maternité de niveau 3. Université de Bordeaux; 2017.



Annexes

Annexe I : Autorisation de recherche

16

CHRU de LILLE

DEMANDE D'AUTORISATION
pour diffusion d'une enquête dans le cadre du mémoire de fin d'études

Etude de dossiers Enquête auprès des professionnels		
DATE de la demande d'autorisation: 9/11/2018		
Identification de l'ETUDIANT: Ludivine FOURMAUX		
Nom: FOURMAUX	Prénom: LUDIVINE	
<i>Veuillez agraffer obligatoirement l'outil de recherche à cette demande (questionnaire, guide d'entretien, grille de recueil de données...)</i>		
THEME de la recherche : Etat des lieux salle maternité Evaluation des pratiques professionnelles		
PROBLEMATIQUE étudiée et descriptif de l'enquête : Enquête rétrospective sur dossier des femmes ayant accouché en salle maternité .. Questionnaire à l'intention des sages-femmes, aides sages-femmes et auxiliaires de puériculteurs au bloc gynéco-obstétrical.		
DIRECTEUR de mémoire :		
Nom et qualité	Modalités de l'enquête	Signature pour validation de l'outil de recherche
Tullea Benjamin Sage Femme	<input checked="" type="checkbox"/> questionnaire <input type="checkbox"/> guide d'entretien <input checked="" type="checkbox"/> recueil de données	
LIEU(X) de l'enquête : ...Hospitaux...		
service(s) concernés(s)	Période de diffusion	Signature du (ou des) cadre(s)
Bloc obstétrical	11/2018 à 03/2019	

Date et signatures :

Autorisation du chef de pôle :
Autorisation du cadre supérieur de pôle :

Annexe II : Catégories socioprofessionnelles de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE)

CORRESPONDANCE ENTRE LES GROUPES ET LES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1 Agriculteurs exploitants	10 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans	21 Artisans
	22 Commerçants et assimilés	22 Commerçants et assimilés
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales et assimilés	31 Professions libérales
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et Artistiques	33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts et des spectacles
	36 Cadres d'entreprise	37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entre- prise
4 Professions Intermédiaires	41 Professions intermédiaires de l'enseigne- ment, de la santé, de la fonction publique et assimilés	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47 Techniciens	47 Techniciens
5 Employés	48 Contremaîtres, agents de maîtrise	48 Contremaîtres, agents de maîtrise
	51 Employés de la fonction publique	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires
		54 Employés administratifs d'entreprise
	55 Employés de commerce	55 Employés de commerce
56 Personnels des services directs aux particuliers	56 Personnels des services directs aux Particuliers	
6 Ouvriers	61 Ouvriers qualifiés	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs 65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du Magasinage et du transport
		66 Ouvriers non qualifiés
	69 Ouvriers agricoles	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	73 Anciens cadres et professions intermé- diaires	74 Anciens cadres 75 Anciennes professions intermédiaires
	76 Anciens employés et ouvriers	77 Anciens employés 78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		82 Inactifs divers (autres que retraités)

Annexe III : Données complémentaires concernant l'accouchement

Position au moment de l'expulsion	Gynécologique	Genu-pectoral	Debout	Décubitus latéral	4 pattes	Baignoire	Accroupie	Total
Position de départ	Gynécologique	Genu-pectoral	Debout	Décubitus latéral	4 pattes	Baignoire	Accroupie	Total
Gynécologique	7	0	0	0	0	0	0	7
Genu-pectoral	1	6	0	0	1	0	0	8
Debout	1	0	1	1	1	0	0	4
Décubitus latéral	1	2	0	7	2	0	1	13
4 pattes	1	0	0	4	9	0	0	14
Baignoire	0	1	0	1	0	4	2	8
Accroupie	0	0	0	0	1	0	4	5
Total	11	9	1	13	14	4	7	59

Tableau I : Positions lors des efforts expulsifs.

Etat du périnée	Intact	Déchirure	Total
Position d'expulsion	n (%)	n (%)	n (%)
Inconnue	4 (11,8)	5 (14,7)	14 (19,2)
Gynécologique	3 (8,8)	8 (23,5)	11 (15,1)
Genu-pectoral	3 (8,8)	6 (17,6)	9 (12,3)
Debout	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (1,4)
Décubitus latéral	7 (20,6)	6 (17,6)	13 (17,8)
4 pattes	10 (29,4)	3 (8,8)	13 (17,8)
Baignoire	2 (5,9)	2 (5,9)	4 (5,5)
Accroupie	4 (11,8)	4 (11,8)	8 (11,0)
Total	34 (50,0)	34 (50,0)	73 (100,0)

Tableau II : État du périnée en fonction de la position au moment de l'expulsion.

Position d'accouchement <hr/> Parité	Gynécologiqu e	Genu- pector al	Débou t	Décubitu s latéral	4patte s	Baignoir e	Accroupi e	Tota l
I	8	6	0	5	6	0	5	30
II	3	3	1	6	3	1	2	21
III	0	0	0	0	2	3	1	6
IV	0	0	0	1	2	0	0	3
V	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	11	9	1	13	13	4	8	73

Tableau III : Choix de la position d'accouchement en fonction de la parité.

Annexe IV : Protocole de la salle nature d'Hazebrouck

Utilisation de la Salle Nature

1- La salle nature :

Est une salle dans laquelle seront réalisés des accouchements physiologiques = sans péridurale, après une mise en route spontanée du travail, entre 37 et 42 SA, sur grossesse unique, en présentation céphalique.

Ce n'est pas une salle de pré-travail.

Le CNGOF réaffirme que l'accouchement physiologique se définit par une évaluation initiale et continue :

- avant l'accouchement par l'absence de risque particulier lié à la patiente, au déroulement de la grossesse, à la présentation de l'enfant
- pendant l'accouchement par le déroulement spontané et normal du travail
- après l'accouchement par la normalité des paramètres vitaux de l'enfant et des suites de couches immédiates pour la mère

Sur ces critères, l'accouchement physiologique représente environ 70% des naissances.

2- La patiente doit avoir **fait la demande** d'un accouchement physiologique pendant le suivi de grossesse :

- Idéalement, avant la fin du 8^{ème} mois, sous forme d'un projet de naissance élaboré avec les sages-femmes de la maternité ou une sage-femme libérale et validé par l'équipe de la maternité.
- Mais au minimum de façon sommaire, avec simplement le souhait d'accouchement physiologique noté sur le dossier.

Un document d'information sera donné à toutes les femmes

La préparation à la naissance est conseillée +++

L'intérêt d'un accompagnant présent et actif expliqué +++

3- Pendant la grossesse, certains **critères excluent** la prise en charge en salle nature :

- Certains antécédents médicaux (à discuter au cas par cas)
- IMC > 35 avant la grossesse
- ATCD d'hémorragie de la délivrance sévère
- Utérus cicatriciel
- Pathologies pendant la grossesse :
 - Pré éclampsie/HTA sévère

- DG insuliné / DG non insuliné avec macrosomie
- Métrorragie en début de travail

4- A l'arrivée de la patiente les **critères autorisant** l'accompagnement en salle nature :

- Travail spontané
- Grossesse unique
- Présentation céphalique
- Régulièrement suivie
- Déroulement normal
- Entre 37 SA et 42SA
- Avec RCF normal à l'admission au moins 30 minutes
- Patiente apyrétique (<38°)
- Si PDE rompue, LA clair

5- **Surveillance médicale** en salle nature :

- A l'arrivée, examen classique : TA, T°, Pls, RCF, TV
- Pose d'un cathéter avec un petit prolongateur (**attention à bien purger le prolongateur**), après prélèvement de RAI et Toxoplasmose si nécessaire. (Pas de perfusion, sauf perfusette pour ATB strepto B, à retirer quand le produit est fini)
- Tenue habituelle du dossier et du partogramme (partogramme à débiter en début de phase active)
- Les TV doivent être espacés (au moins 2h).
- Monitoring posé de façon discontinu en phase de latence (< 5 cm) par période de 15 minutes environ espacées d'une heure
- Monitoring sans fils continu en phase active (à partir de 5 cm)
- La prise des paramètres doit se faire puis de façon régulière
- Pas de rupture artificielle de la PDE ou le plus tard possible
- Pas d'utilisation d'ocytocine pendant le travail
- Délivrance dirigée : injection de 5 UI de syntocinon en IVD lente directement dans le cathéter à l'accouchement. Seringue de 10cc : 5UI dilué dans 9cc de NAACL 9%.
(Pas de perfusion relai)
- pH fœtal au cordon est systématique
- Pas d'accouchement dans la baignoire

Cf. en annexe : Redéfinition des stades du travail dans les recommandations du collège des SF de 2016.

6- **Critères de transfert** vers la salle de naissance conventionnelle :

- Demande d'analgésie péridurale
- Apparition d'éléments pathologiques pendant le travail :
 - ❖ Anomalies de rythme cardiaque fœtal
 - ❖ Liquide amniotique méconial
 - ❖ Métrorragies abondantes
 - ❖ Hyperthermie persistante >38°5
 - ❖ Dystocie de présentation
 - ❖ Dystocie de dilatation (voir définition des recommandations)
- Après l'accouchement
 - Rétention placentaire > 30 minutes
 - Hémorragie de la délivrance > ou = à 300cc (anticiper)
 - Thrombus
- En cas de doute sur l'indication de transfert demander l'avis à l'obstétricien référent, en son absence à l'obstétricien de garde.

7- critères **d'intervention médicale dans la salle nature** :

Situation qui doit être **exceptionnelle**, attention à anticiper.

- ARCF en phase d'expulsion nécessitant une extraction rapide++++, ne permettant pas le passage en salle conventionnelle
- HDD massive n'autorisant pas le transfert de la patiente
- Transfert en salle conventionnelle nécessaire mais pas de salles disponibles

8- Utilisation de la **baignoire de dilatation** :

*Cf. : protocole du réseau Ombrel, Pour nous, utilisation seulement dans le cas A : accompagnement d'un accouchement strictement naturel et physiologique sans péridurale.
Pour le CHH pas de Limite de temps sur la durée du bain.*

9- Rappel :

- Pas de lavement
- Pas de rasage
- Pas de sondages évacuateurs (Miction spontanée, sur bassin posé sur une chaise)
- Boissons autorisées (liquides clairs)
- Vêtements personnels sauf si souhait de la blouse

- Pour des raisons d'hygiène vers les autres patientes, une protection de la tenue est nécessaire pour l'accouchement (port d'un tablier ou changement de tenue)
- Les étriers de la table d'accouchement de la salle nature se trouvent dans la réa 2, sur le radiateur.
- Boite à aiguille sur la table d'instrument pour les accouchements
- Les alèzes de la banquette d'accouchement doivent être mises dans les sacs jaunes « Bulle de linge »

10- Annexes :

- Procédure d'utilisation de la baignoire de dilatation du réseau Ombrel
- Redéfinition des stades du travail dans les recommandations du collège des SF de 2016
- Autres doc sur l'accompagnement en salle nature et sur l'accouchement physiologique
- Listing du matériel du chariot

11- registre des passages en salle nature

Annexe V : Protocole d'utilisation de la baignoire de dilatation du réseau OMBREL

	PROCEDURE	PRO/OMB/12
	UTILISATION DE LA	DATE : 05/2016
	BAIGNOIRE DE DILATATION	Version 1
		Page 1 sur 4
<p style="text-align: center;"><u>REDACTION</u></p> <p>D. DELANNOY - Sage-femme cadre – CH de Seclin</p> <p>C. WULVERYCK – Sage-femme – CH Armentières</p> <p>S. MARCHAND- Infirmière hygiéniste, CH de Seclin</p> <p>S. CARPENTIER, Sage-femme, OMBREL</p>	<p style="text-align: center;"><u>VERIFICATION</u></p> <p style="text-align: center;">Les membres de la commission « Protocoles »</p>	<p style="text-align: center;"><u>APPROBATION</u></p> <p>BAILLEUX Bernard Président du Réseau OMBREL</p>

1. OBJET

Cette procédure est destinée à définir les modalités d'utilisation de la baignoire de dilatation.

2. PRINCIPE

Les effets bénéfiques reconnus du bain en obstétrique sont :

- un pouvoir relaxant
- une augmentation du seuil de la douleur et ainsi une meilleure acceptation
- une diminution du stress
- une relaxation musculo ligamentaire
- une augmentation des mouvements actifs du bébé
- un effet positif sur la perfusion foëto-placentaire
- une meilleure mobilité des parturientes dans l'eau
- une augmentation de la vitesse de dilatation après 2h d'immersion

3. DEFINITIONS

- TA= Tension Artérielle
- TV= Toucher vaginal
- RCF= Rythme Cardiaque Foetal
- IMC= Indice de Masse Corporelle


4. INDICATIONS

La baignoire de dilatation peut être proposée dans deux situations :

- à la demande d'une patiente pendant le travail dans le cadre de l'accompagnement d'un accouchement strictement naturel et physiologique sans péridurale (cas A),
- pour le traitement d'un faux travail ou d'une dystocie de démarrage avant 3 cm, pour un début de travail spontané dans le cadre d'un accouchement prévu par voie basse (cas B).

5. PREREQUIS

- Consentement de la patiente
- Patiente accompagnée en permanence par la personne de son choix
- Baignoire obstétricale adaptée
- Monitoring foetal immergeable par télémétrie (cas A)
- Proximité immédiate d'un lit et matériel d'accouchement évitant le transfert vers une autre salle en cas d'accouchement imminent ou inopiné.
- Disponibilité permanente de la sage femme responsable de la surveillance du travail


	PROCEDURE UTILISATION DE LA BAIGNOIRE DE DILATATION	PRO/OMB/12
		DATE : 05/2016 Version 1
		Page 2 sur 4

6. CONTRE INDICATIONS

- non disponibilité de la sage femme et de l'équipe si surcharge de travail
- déclenchement artificiel du travail (sous réserve)
- IMC > 30
- toute pathologie obstétricale materno foetale relevant de l'urgence dont :
 - pré éclampsie
 - anomalies du RCF
 - Liquide méconial
 - hyperthermie maternelle
 - métrorragies de début de travail


7. PREALABLES AU DEROULEMENT DU BAIN

QUOI	COMMENT
Informer la patiente Recevoir son consentement	Expliquer les conditions d'utilisation de la baignoire et la surveillance mise en place
Examen de la patiente Bien être foetal	TV à l'entrée puis au cas par cas, la dilatation ne doit pas dépasser 8 cm, présentation non engagée. ERCF : 30 min avant l'entrée et à la sortie du bain. Pour le cas A : surveillance continue dans le bain.
Inciter la patiente à passer aux toilettes	
Pose et obturation voie veineuse	Fiche d'Instruction établissement
Vérification de l'entretien quotidien de la baignoire	Fiche d'instruction OMBREL
Rincer et remplir la baignoire	Le niveau de l'eau devra atteindre la poitrine de la patiente lorsqu'elle est assise
Vérifier la température de l'eau	Thermomètre : 35°C à 37°C, selon confort maternel
Prévenir les chutes et glissades	Aménager le pourtour de la baignoire
Prévoir le séchage à la sortie du bain (prévention du refroidissement)	Préparer les serviettes de toilette et/ou peignoir chauds (fournis par la patiente ou l'établissement)

	PROCEDURE UTILISATION DE LA BAIGNOIRE DE DILATATION	PRO/OMB/12
		DATE : 05/2016 Version 1
		Page 3 sur 4

8. DEROULEMENT DU BAIN

QUOI	COMMENT
Respecter l'intimité de la patiente	Rideau ou paravent Tenue au choix de la patiente
Respecter la sécurité	Présence d'une personne accompagnante en permanence Sonnette d'urgence à proximité
Surveillance : noter dans le dossier obstétrical les éléments de surveillance et les heures d'entrée et de sortie du bain <ul style="list-style-type: none"> • TV • Monitoring • Température de l'eau • Température maternelle • Douleur 	La sortie sera anticipée pour éviter un accouchement dans l'eau ou une sortie en urgence. D'où la disponibilité permanente de la sage-femme. Le partogramme sera débuté en début de phase active du travail, l'heure d'entrée et de sortie du bain seront tracées ; Avant l'entrée dans le bain, puis au cas par cas. Surveillance continue du RCF et des CU pendant la phase de travail A réajuster régulièrement pour le confort de la patiente, la température de l'eau ne doit pas dépasser la température maternelle corporelle (37°C) Contrôle toutes les heures. CAT si T° > 38°C : arrêt du bain, ERCF et contrôle de la T° 30 min après Evaluée toutes les heures (EVA)
Mobilisation	La patiente doit pouvoir se mobiliser
Durée du bain	Au maximum 2h, éventuellement renouvelable
Sortie du bain	<u>Indications :</u> - Accouchement imminent - Efforts expulsifs - Souhait de péridurale - ARCF - Déambulation - Froid Attention au risque de chute, surtout si sortie en urgence Aider la patiente à se sécher, à se couvrir. Donner des chaussons ou chaussons de bloc
Transfert en salle de naissance ou sur la table de naissance	A pied, si patiente en capacité sinon, en fauteuil roulant
Entretien de la baignoire	Rinçage à l'eau claire <u>dès que possible</u> Entretien ensuite suivant la fiche d'instruction OMBREL

	PROCEDURE UTILISATION DE LA BAIGNOIRE DE DILATATION	PRO/OMB/12
		DATE : 05/2016 Version 1
		Page 4 sur 4

9. NAISSANCE INOPINEE DANS L'EAU

Selon méta analyse Cochrane « il n'y a pas de preuves suffisantes pour conseiller ou déconseiller l'accouchement dans l'eau »

Cette situation doit être prévenue et évitée par la disponibilité permanente et immédiate de la sage femme qui doit être à l'aise avec la prise en charge.

En cas de naissance inopinée dans l'eau :

- Ne pas vider la baignoire
- La tête de l'enfant doit rester immergée dans l'eau jusqu'au dégageement complet des épaules et du corps.
- Penser à la délivrance dirigée
- Une fois la naissance complète, l'enfant est placé sur sa mère, tête hors de l'eau. Ne pas réimmerger la tête de l'enfant
- La baignoire sera ensuite rapidement vidée (2 à 3 mn)
- Sortie de la mère qui vient se placer sur la table d'accouchement pour la délivrance
- La pratique de la délivrance est la même que celle d'un accouchement conventionnel
- Quantification des pertes sanguines à l'aide d'un sac de recueil

10. BIBLIOGRAPHIE

Les mémoires :

- « L'accouchement dans l'eau », Julie Anselmi, Gynecology and obstetrics, 2015.
- « Etat des lieux des espaces physiologiques dans les maternités en France aujourd'hui », Alison Clarys, promotion 2013.
- « La baignoire de dilatation », Camille Garifo, promotion 2010.

Les articles :

- Bain et dilatation - TFE - Cahier du Grasi 2000 - N°25
- C Haumont - Tout savoir sur l'eau - Ed Favre - Paris, 1990 - p41
- A Deans - Temperature of pool is important - BMJ 1995 - 390-391
- M Mackey - Use of water in labor and birth - clinical obstetrics and gynecology - vol 44 - N°4 - dec 2001 - p733-749
- Weston - haemodynamic changes in man during immersion in water at differ temperatures - Ed Clin - 1987 - p613-616
- P Neiryck - Le bain de dilatation : résultats obstétricaux et répercussions sur le vécu e la naissance chez les primipares - Info nursing - N°60 - juillet-aout 1996 - p12-14

Annexe VI : Grille de recueil

Etat des lieux

novembre 2018

1. Situation familiale

1. en couple 2. célibataire

2. Catégorie socio-professionnelle

1. agriculteur
 2. artisans commerçants et chefs d'entreprises
 3. cadre et professions intellectuelles supérieures
 4. professions intermédiaires
 5. employés
 6. ouvrier
 7. inactifs
 8. non renseigné

3. Tabac

1. oui 2. non

4. violences

1. oui 2. non

5. désir de grossesse > 1 an

1. oui 2. non

6. grossesse spontanée

1. oui 2. non

7. parité classée

1. I 2. II 3. III 4. IV 5. V

8. parité

Aller à '10. âge' si $0 \leq \text{parité} < 2$

9. ATCD accouchement sans péridurale

1. oui 2. non

10. âge

1. < 18 ans 2. 18-35 3. >35

11. âge nombre

12. IMC

1. < 18.5 2. 18.5-24.9 3. 25-29.9 4. >30

13. Suivi

1. Hazebrouck 2. autre

14. ASD

1. oui 2. non

Aller à '16. projet de naissance' si ASD = "non"

15. lieu

1. CHH 2. autre

16. projet de naissance

1. oui 2. non

Profil de la patiente

17. Travail

1. matin 2. après-midi 3. nuit

18. âge gestationnelle

1. 37 2. 38 3. 39 4. 40 5. 41 6. 42

19. dilatation cervicale à l'entrée

1. 0-5 2. >5-7 3. >7-10 4. descente

20. accès à la baignoire

1. oui 2. non

21. sortie pendant travail

1. oui 2. non

Aller à '24. Poche des eaux' si sortie pendant travail = "non"

22. dilatation

1. 0-5 2. >5-7 3. >7-10 4. descente

23. raison

1. ARCF
 2. LAM
 3. metrorragies abondantes
 4. Hyperthermie persistante > 38,5
 5. dystocie de présentation
 6. dystocie de dilatation
 7. souhait de péridurale

Terminer le questionnaire quelque soit la réponse.

24. type de rupture proche des eaux

1. spontanée 2. artificielle

25. moment de la rupture

1. avant travail 2. pendant travail 3. expulsion

26. Couleur du LA

1. clair 2. méconial

27. durée ouverture de l'oeuf

1. < 12h 2. >= 12h

28. Durée du travail

29. position d'accouchement

1. position gynécologique 2. genu-pectoral
 3. debout 4. décubitus latéral
 5. 4 pattes 6. baignoire
 7. accroupie

30. changement de position

1. oui 2. non

Aller à '33. dégagement' si position d'accouchement2 = "non"

31. Position d'expulsion

1. Gynéco 2. genu-pec 3. debout
 4. décubitus latéral 5. 4 pattes 6. baignoire
 7. accroupie

<p>32. position d'expulsion</p> <p><input type="radio"/> 1. position gynécologique <input type="radio"/> 2. gému-pectorale</p> <p><input type="radio"/> 3. debout <input type="radio"/> 4. décubitus latéral</p> <p><input type="radio"/> 5. 4 pattes <input type="radio"/> 6. baignoire</p> <p><input type="radio"/> 7. accroupie</p>	<p>42. réanimation néonatale</p> <p><input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p>
<p>33. dégagement</p> <p><input type="radio"/> 1. OP <input type="radio"/> 2. OS</p>	<p>43. poids</p> <p><input type="radio"/> 1. <3000g <input type="radio"/> 2. 3000-3500 <input type="radio"/> 3. >3500-4000</p> <p><input type="radio"/> 4. >4000-4250 <input type="radio"/> 5. > 4250</p>
<p>34. difficultés aux épaules</p> <p><input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p> <p><i>Aller à '56. durée des efforts expulsifs' si difficultés aux épaules = "non"</i></p>	<p>44. sexe de l'enfant</p> <p><input type="radio"/> 1. fille <input type="radio"/> 2. garçon <input type="radio"/> 3. indéterminé</p>
<p>35. manoeuvres utilisées</p> <p><input type="radio"/> 1. mac roberts <input type="radio"/> 2. pression sus-pubienne</p> <p><input type="radio"/> 3. lettelier <input type="radio"/> 4. woods inversé</p> <p><input type="radio"/> 5. jacquemier</p>	<p>45. durée du peau à peau <input type="text"/></p>
<p>36. durée des efforts expulsifs</p> <p><input type="radio"/> 1. 0-5 <input type="radio"/> 2. >5-15 <input type="radio"/> 3. >15-30 <input type="radio"/> 4. >30-60 <input type="radio"/> 5. >60</p>	<p>46. Allaitement</p> <p><input type="radio"/> 1. maternel <input type="radio"/> 2. artificiel <input type="radio"/> 3. mixte</p> <p><i>Aller à '48. Sortie après accouchement' si Allaitement = "maternel"</i></p>
<p>37. état du périnée</p> <p><input type="radio"/> 1. intact <input type="radio"/> 2. déchirure</p> <p><i>Aller à '59. ph au cordon' si périnée = "intact"</i></p>	<p>47. tétée de bienvenue</p> <p><input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p>
<p>38. type de déchirure</p> <p><input type="radio"/> 1. stade 1 <input type="radio"/> 2. stade 2 <input type="radio"/> 3. stade 3A</p> <p><input type="radio"/> 4. stade 3B <input type="radio"/> 5. stade 3C <input type="radio"/> 6. stade 4</p> <p><input type="radio"/> 7. épisiotomie</p>	<p>48. Sortie après accouchement</p> <p><input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p> <p><i>Aller à '50. durée accouchement délivrance' si Sortie après accouchement = "non"</i></p>
<p>39. ph au cordon</p> <p><input type="text"/></p>	<p>49. raison</p> <p><input type="radio"/> 1. rétention placentaire > 30 min <input type="radio"/> 2. HDD >= 300cc</p> <p><input type="radio"/> 3. Thrombus</p> <p><i>Terminer le questionnaire quelque soit la réponse.</i></p>
<p>40. score d'Apgar à 1 min <input type="text"/></p>	<p>50. durée accouchement délivrance</p> <p><input type="radio"/> 1. 0-30min <input type="radio"/> 2. >30 min</p>
<p>41. score d'Apgar à 5 min <input type="text"/></p>	<p>51. saignements totaux</p> <p><input type="radio"/> 1. 0-300 <input type="radio"/> 2. >300-500 <input type="radio"/> 3. >500-1L <input type="radio"/> 4. >1L</p>
travail et accouchement	
<p>52. Recodage des modalités de la question fermée 'ATCD accouchement sans péridurale'</p> <p><input type="radio"/> 1. oui <input type="radio"/> 2. non</p>	

Annexe VII : Questionnaire à l'intention des sages-femmes, auxiliaires de puériculture et aides soignantes

Vous êtes : Sage-femme auxiliaire de puériculture / aide soignante

Quel est votre pays d'étude ?

Depuis combien de temps exercez-vous cette profession?

Combien d'années d'expériences avez-vous dans les maternités de niveau 1 ?

Selon vous, votre formation initiale a-t-elle été suffisante à votre pratique en salle nature ?

Oui non

Avez-vous bénéficié de la formation Aspazie ?

Oui non

Si oui, lors de quelle session ?

1ere 2nd

A-t-elle été suffisante pour votre pratique en salle nature ?

Oui non

Avez-vous des formations ou diplômes complémentaires ?

Oui non

Lesquels ?.....
.....

Où travaillez-vous principalement ?

Bloc obstétrical suite de couche mixte

Vous sentez-vous à l'aise lors de la prise en charge d'une patiente en salle nature ?

Oui souvent parfois non

Avez-vous rencontrés des difficultés lors de la prise en charge de patientes dans cette salle nature ?

Avez-vous des remarques ou des améliorations à suggérer ?

Annexe VIII : Réponses aux questions ouvertes du questionnaire

N° de questionnaire	Difficultés rencontrées	Remarques ou améliorations
1	<p>« Manque de repère niveau matériel et gestion de la salle »</p> <p>« Pas assez de pratique et peut être une appréhension d'y aller ... »</p> <p>« Patientes pas toujours réellement prête à cette expérience ... »</p> <p style="padding-left: 20px;">➤ Préparation</p> <p>« Difficultés dans la gestion de la douleur, à trouver les bons gestes et les bonnes paroles »</p>	<p>« Bien rediscuter des projets de naissance et ne pas tout accepter et mettre certaines personnes de l'équipe en difficultés ! »</p> <p style="padding-left: 40px;">➔ Communication</p>
2	<p>« Accepter de travailler autrement que ce que l'on a appris initialement »</p> <p style="padding-left: 20px;">➤ Repère</p> <p>« Apprivoiser ses peurs »</p> <p style="padding-left: 20px;">➤ Appréhension</p>	<p>« Plus de dialogue dans l'équipe »</p> <p>« Apprendre des uns des autres (compagnonnage, discussion ?) »</p> <p style="padding-left: 40px;">➔ Communication</p> <p>« Se former, échanger sur la naissance dans l'eau »</p> <p style="padding-left: 40px;">➔ Formation</p> <p>« Retravailler le « protocole d'utilisation » écrit initialement après 1an et demi de fonctionnement »</p> <p>« Faire un bilan de nos pratiques / Présenter des dossiers des accompagnements »</p> <p>« Évaluer la satisfaction des couples »</p>
3	<p>« Appréhension au début sur le matériel, mais vite éloigné »</p> <p>« Un peu mal à l'aise au niveau de la gestion de la douleur »</p> <p>« La formation Aspazie a beaucoup amélioré ma prise en charge »</p>	<p>« Redonner sa place à la physiologie en école de sage-femme »</p> <p style="padding-left: 40px;">➔ Formation</p>
4	<p>« Manque de repère »</p>	

5	<p>« Être déçue de ne pas pouvoir les accompagner au bout de leur projet »</p> <p>➤ Frustration</p> <p>« Ne pas avoir trouvé les gestes et les paroles appropriées »</p> <p>➤ Gestion de la douleur</p>	<p>« Des informations / des films / des échanges pour améliorer l'accompagnement entre professionnels et équipes entre nous »</p> <p>« discussion »</p> <p>➔ Communication</p>
6	<p>« Manque de repères »</p> <p>« Appréhension car pas beaucoup de pratique et pas toujours idée de quoi proposer »</p> <p>« Travail plus fatiguant pour la sage-femme qu'en salle traditionnelle = fatigue psychique et physique (gestes et postures à adopter) »</p> <p>« Difficultés et perte de temps quand complications (hémorragie, extraction) »</p> <p>➤ Repère</p>	<p>« Bien rediscuter des projets de naissance afin de vérifier leur faisabilité »</p> <p>➔ communication</p>
7	<p>« Génère beaucoup d'énergie physique et psychologique »</p> <p>➤ Fatigue</p> <p>« Stress d'un accouchement dans la baignoire »</p> <p>« Peur d'accident, bébé qui tombe »</p> <p>➤ Appréhension</p> <p>« Frustration quand d'autres patientes en salle (quand souhait des parents d'une présence, surcharge de travail en bloc obstétrical) »</p>	<p>« Rétérer la formation Aspazie régulièrement »</p> <p>« Avoir une formation huiles essentielles pour chacun et chacune »</p> <p>« cours prépa « propre » à la salle nature »</p> <p>➔ Parcours personnalisé</p>
8	<p>« Prend beaucoup d'énergie (sensation d'être vidée) »</p> <p>➤ Fatigue</p> <p>« Très stressant quand activités +++ au</p>	<p>« Formation spécifique à envisager (massages, aromathérapie) »</p>

	<p>bloc obstétricale »</p> <p>« Accouchements inopés dans l'eau -> stressant +++ »</p> <p>➤ Appréhension</p> <p>« Difficultés à gérer les soins sur la banquette (manutention difficile) »</p> <p>➤ Repère</p>	
9	<p>« Crainte d'un accouchement dans la baignoire »</p> <p>➤ Appréhension</p>	
10	<p>« En tant que sage-femme je n'ai accompagné qu'une seule fois une patiente en salle nature. J'ai donc peu d'expérience mais cela s'est bien passé. La seule difficulté ressentie est pour la suture -> anesthésie locale pas toujours suffisante »</p> <p>➤ Gestion de la douleur</p> <p>« Je me suis juste retrouvée en difficulté pour suturer. La patiente a du changer de place (banquette vers table gynéco pour la suture) pour la suture »</p> <p>➤ Repère</p>	
11	<p>« Disponibilité en cas de sur charge d'activité »</p> <p>« Mobilisation patiente à DC dans la baignoire (sortir pour EE) »</p> <p>➤ repère</p> <p>« Suture sur la banquette »</p> <p>➤ Repère</p>	

12	« Pour l'instant, 2 prises en charges RAS »	« Pour les sutures, pour éviter de déplacer la patiente, peut-être travers un coussin à mettre sous les fesses en triangle pour pouvoir suturer dans de bonnes conditions » ➔ Matériel
14	« Non »	« Formation ? »
15		« La baignoire pourrait être plus grande afin que le papa puisse aller avec elle » ➔ Matériel
16	« Oui, place du papa (peu de formations pour lui) » ➤ Repère	« Ne pas leur vendre du rêve !!! » ➔ Communication
17	« Non »	
18	« Non »	« Non »
19	« Oui, besoin d'une extraction avec bébé a petit couronnement » « Difficultés à bouger la mère pour instrumenter mais logiquement pas instrumentations dans salle nature !!! Que faire ? (Maman mettant du 36 en pantalons et bébé avec 38 de PC !) » ➤ Repère	« Des protocoles plus clairs ? »
20	« Naissances inopinées dans l'eau » ➤ Appréhension « Pas de WC dans la salle » ➤ Agencement « Projets de naissance non mûrs » « Besoin de validation ou non de l'équipe des pédiatres (clampage tardif du cordon > 10 min par exemple) (quid de la naissance dans l'eau) » ➤ Préparation	« Groupe de travail autour de la gestion de la douleur (salle nature ou non !) à proposer / organiser » « Une réflexion autour de certaines prises en charges me semble nécessaire ! Réunion entre collègues ? pluri-disciplinaire ? (a posteriori, partager pour apprendre de chacun) » « Staff de dossier pour éligibilité à la salle nature car trop souvent de questionnements et/ou d'équipe-dépendant » «Manque de réunions / de travail en

		<p>équipe / d'accompagnement pour avancer ensemble car les attentes et les demandes du couple évoluent »</p> <p>« Manque de communication avec l'équipe des pédiatres (spécificité de la maternité : pas de pédiatres sur place, nous les voyons peu) »</p> <p>« Communication avec l'extérieur à développer (SF libérale...) »</p> <p>→ Communication</p> <p>« Entretien projet de naissance à proposer aux couples (pas de créneaux dédiés à ce jour) pour mettre du lien entre l'équipe du jour J et le couple »</p> <p>→ Parcours personnalisé</p> <p>« Protocoles trop flous (critères d'éligibilité pour exemple), à affiner »</p>
--	--	---

Salle nature d'Hazebrouck : état des lieux et ressenti des professionnels de santé.

Résumé :

Objectifs : Il s'agissait de faire l'état des lieux des patientes ayant eu accès à la salle nature. Secondairement, étudier le profil des professionnels de santé amenés à prendre en charge des patientes en salle nature, analyser les difficultés rencontrées par ces derniers et proposer des pistes d'amélioration afin d'optimiser l'utilisation de cet espace.

Méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective uni centrique réalisée à la maternité d'Hazebrouck incluant 73 dossiers de femmes ayant intégrées la salle nature et 20 questionnaires de sages-femmes, aides soignantes et auxiliaires de puériculture.

Résultats : La salle nature représente 11% des accouchements dans cette maternité. Il s'agit principalement de primipares ayant participé à une préparation à la naissance et rédigé un projet de naissance. Il n'y a pas plus de difficultés dans cet espace physiologique. Les sorties renseignées sont les suivantes : 3 souhaits de péridurale au cours du travail, 1 ARCF, 1 présentation dystocique, 2 délivrances > 30 minutes. Les professionnels ont exprimés un souhait de formation et un désir de partage d'expérience à travers des groupes de paroles pour réduire l'appréhension et le stress induits par la prise en charge d'une femme en salle nature.

Conclusion : Nous avons proposé une amélioration du protocole initial, une sensibilisation au bon remplissage du dossier obstétrical et la création d'un parcours personnalisé afin d'aider l'équipe à se sentir plus à l'aise pour accompagner au mieux les couples souhaitant donner naissance à leur enfant en salle nature.

Mots clés : Salle nature, maternité type 1, ressenti des professionnels de santé

Abstract :

Objectives: The aim was to assess the situation of patients who had access to the nature room. Second, study the profile of health professionals who will be responsible for caring for patients in the nature room, analyse the difficulties encountered by the latter and propose ways of improving in order to optimise the use of this space.

Method: This is a one-centred retrospective observational study conducted at the Hazebrouck maternity ward that includes 73 records of women who have entered the nature room and 20 questionnaires from midwives, caregivers and childcare assistants.

Results: The nature room represents 11% of deliveries in this maternity hospital. These are mainly primiparous women who have participated in birth preparation and drafted a birth plan. There are no more difficulties in this space. The outings filled in are as follows: 3 epidural wishes during work, 1 ARCF, 1 dystocic presentation, 2 deliveries > 30 minutes. The professionals expressed a desire for training and a desire to share experiences through focus groups to reduce the apprehension and stress induced by caring for a woman in a nature room.

Conclusion: We proposed an improvement of the initial protocol, an awareness of the importance of completing the obstetrical record and the creation of a personalized itinerary to help the team feel more comfortable accompanying couples wishing to give birth to their child in a natural environment.

Keywords: Nature room, maternity type 1, health professionals' feelings

Auteur : Ludivine Fourmaux, diplôme d'état de sage-femme année 2019