

Quels sont les facteurs influençant l'expérience de la naissance et la satisfaction des femmes dans les unités de soins gérées par les sages-femmes ?

Mémoire de fin d'étude

Travail de Bachelor

BREGNARD Maude

Matricule : 15494792

BRUN Léna

Matricule : 15495435

ZUCHUAT Sophie

Matricule : 14872816

Directrice de mémoire : Aurélie Delouane-Abinal

Experte enseignante : Maud Elmaleh

Experte de terrain : Emanuela Gerhard

Haute École de Santé de Genève

Août 2018



Déclaration sur l'honneur

« Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor. Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques ».

Août 2018

Maude Bregnard, Léna Brun & Sophie Zuchuat

Prendre soin de la naissance des mères et des bébés, c'est prendre soin de la société dans laquelle nous souhaitons voir naître et grandir nos enfants, nos petits-enfants et arrière-petits-enfants.

Doris Nadel

Résumé

Cadre de référence : Les unités de naissances gérées par les sages-femmes proposent des suivis de grossesse et des accouchements non-médicalisés. Elles peuvent être intra ou extrahospitalières. La satisfaction et l'expérience de la naissance a un impact non négligeable sur le bien-être de la triade mère-père-enfant.

Objectif : Le but de ce travail est de déterminer quels facteurs peuvent influencer positivement la satisfaction des femmes et leur expérience de la naissance dans une unité de naissance gérée par les sages-femmes, en comparaison à une unité de naissance classique.

Méthode : La revue de littérature a été effectuée sur les moteurs de recherches suivant : MIDIRS, PubMed, CINAHL Headings et Google Scholar. Cinq articles ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence. Ils ont ensuite été analysés, critiqués et discutés selon quatre thèmes définis.

Résultats : Les résultats montrent qu'une attitude sage-femme promouvant des soins globaux et personnalisés augmenterait significativement la satisfaction des couples. La perception d'une atmosphère calme et chaleureuse serait également associée avec une satisfaction positive. La qualité des informations données aux femmes par les soignants apparaît nécessaire à une expérience de la naissance satisfaisante. Une communication et collaboration adéquate entre les équipes permet une amélioration du vécu de l'accouchement pour les femmes transférées.

Conclusion : La satisfaction des femmes est globalement plus élevée en MU. L'attitude de la sage-femme permet des soins centrés sur la femme, lui apportant l'information nécessaire à la prise de décision. La continuité des soins renforcerait la prise en compte des besoins de la femme et la mobilisation de ses ressources internes. Le transfert apparaît comme un thème sensible qui ne doit pas être négligé dans la préparation des femmes à la naissance. Le développement des compétences en communication et en collaboration est à privilégier afin d'améliorer la satisfaction des couples au moment de l'accouchement.

Mots-clefs : satisfaction, expérience de la naissance, unité de naissance gérée par les sages-femmes

Abstract

Background: Midwife led units offer pregnancy check-up and deliveries that are not medicalized. The midwives can work in or out of the hospital. Satisfaction and birth experience have both a significant impact on the well-being of the mother-father-child trinity.

Aim: The purpose of this work is to determine which factors can positively influence women's satisfaction and birth experience in a midwife-led unit as compared to a traditional birth unit.

Method: The literature review was conducted on the following search engines: MIDIRS, PubMed, CINAHL Headings and Google Scholar. Five articles were selected according to their relevance on the matter. They were then analysed, criticized and discussed according to four predefined themes.

Results: Results indicate that a midwife's posture promoting global and personalized health care would considerably increase couples' satisfaction. The sensation of a calm and cosy atmosphere could also enforce satisfaction. The quality of the information given to pregnant women by their caregivers appears to be necessary for a pleasant experience of birth giving. Appropriate communication and collaboration between teams improves the real-life experience of delivery for transferred women.

Conclusion: Women's satisfaction is generally higher in MU. The midwife's attitude offers women-centred care, giving the patient the necessary information for a sound decision-making. A continuous treatment reinforces the consideration of the woman's needs and the mobilization of her internal resources. The transfer looks like a sensitive theme which must not be neglected in a woman's preparation for birth. The development of competences in terms of communication and collaboration should be privileged in order to improve the couple's satisfaction at the time of the delivery.

Key words: satisfaction, birth experience, midwife-led unit

Remerciements

Nous tenons à remercier infiniment toutes les personnes nous ayant soutenues durant la rédaction de ce travail.

Plus particulièrement, merci à :

Aurélie Delouane, directrice de ce Travail de Bachelor, pour son accompagnement durant notre formation et ses encouragements tout au long de cette dernière année.

Emanuela Gerhard, sage-femme experte de terrain, pour sa disponibilité et ses précieux conseils acquis de sa pratique professionnelle. Merci d'avoir accepté ce rôle.

Maud Elmaleh, sage-femme experte enseignante, pour son accompagnement durant ces trois années de Bachelor et sa participation à la touche finale de ce travail.

Les bibliothécaires de la HEdS, pour leur aide généreuse lors de nos recherches.

Nos familles et nos amis qui nous ont soutenues et encouragées durant toute notre formation. Merci de tout coeur pour votre patience et votre bienveillance.

Enfin, merci à **Marcel et Sylviane** pour la relecture minutieuse de ce travail et l'accueil chaleureux durant notre semaine au chalet, à **Fiona et Gresa** pour la traduction en anglais ainsi qu'à **Sandrine** pour les précieuses corrections.

Glossaire / Liste des abréviations

AMU :	Alongside midwifery unit
AVB :	Accouchement par voie basse
FMU :	Freestanding midwifery unit
HAS :	Haute Autorité de Santé
IC :	Intervalle de confiance
MAF :	Mouvements actifs foetaux
MAP :	Menace d'accouchement prématuré
MU :	Midwife-led unit, unité de naissance gérée par les sages-femmes
NHS :	National Health Service
NICE :	National Institute for Health and Care Excellence
OMS :	Organisation mondiale de la santé
OR :	Odds Ratio
OU :	Obstetric unit, unité de naissance traditionnelle
p :	Valeur p (p-value)
PP :	Post partum
PPI :	Post-partum immédiat
RAM :	Rupture artificielle des membranes
RPM :	Rupture prématurée des membranes
RR :	Risque relatif
SA :	Semaines d'aménorrhée
SF :	Sage-femme
SFH :	Sage-femme hospitalière
SFI :	Sage-femme indépendante

Table des matières

Déclaration sur l'honneur.....	2
Résumé	4
Abstract	5
Remerciements	6
Glossaire / Liste des abréviations	7
1. Questionnement professionnel	10
2. Cadre de référence théorique	13
2.1 La satisfaction de la naissance et le vécu de l'accouchement.....	13
2.2 La grossesse et l'accouchement à bas risque obstétrical.....	14
2.2.1 Définition de la physiologie	14
2.2.2 La notion de risques en obstétrique	16
2.3 Les unités de naissance	17
2.3.1 Le modèle anglo-saxon.....	17
2.3.2 La comparaison des différentes unités de naissance	18
2.3.3 Les compétences de la sage-femme et le cadre de pratique.....	19
2.3.4 Les unités de naissances en Suisse	20
2.4 Le transfert	21
2.5 Problématique	21
3. Dimension éthique	23
3.1 Définition	23
3.2 Ethique et pratique sage-femme	24
3.3 Éthique dans la présente revue de littérature	24
4. Méthodologie	25
4.1 Détermination des mots-clés	25
4.2 Bases de données et moteurs de recherches utilisés	26
4.3 Articles sélectionnés.....	27
4.4 Limites et contraintes de la recherche de littérature	28
4.5 Recherche de littérature de référence	28
5. Présentation des articles	29
5.1 Etude n°1.....	29
5.2 Etude n°2.....	30
5.3 Etude n°3.....	31
5.4 Etude n°4.....	32
5.5 Etude n°5.....	33
5.6 Analyse éthique des articles	34

6.	Analyse critique	35
6.1.1	Design.....	35
6.1.2	Echantillon	35
6.1.3	Échelles de satisfaction	36
6.1.4	Type d'entretien utilisé	36
7.	Analyse thématique	37
7.1.1	La relation avec la sage-femme.....	37
7.1.2	L'information reçue	38
7.1.3	Le vécu du transfert	39
7.1.4	L'environnement lors de l'accouchement.....	41
8.	Discussion	42
8.1	L'importance de la posture de la sage-femme.....	42
	Continuité des soins	42
	Sentiment de contrôle.....	42
	One-to-one	44
	Environnement	45
8.2	L'importance des informations reçues.....	46
8.3	La collaboration entre les équipes afin d'améliorer le vécu du transfert	49
8.4	Aspect ethnique et culturel	51
9.	Retour dans la pratique	52
9.1	L'information.....	52
9.2	La continuité des soins.....	54
9.3	La posture sage-femme.....	56
9.4	L'environnement.....	57
9.5	L'analyse de la pratique.....	58
9.6	Les transferts.....	58
9.7	L'entretien sur le vécu de l'accouchement.....	59
9.8	La collaboration entre professionnels	60
9.9	Les compétences en communication	61
	Forces et limites de la revue de littérature.....	62
	Conclusion.....	63
	Références bibliographiques	65
	Annexes.....	77

1. Questionnement professionnel

Au cours du XXe siècle, la pratique de l'accouchement a beaucoup évolué en Europe. En effet, jusqu'à la fin du XIXe siècle, les accouchements se passaient dans la maison familiale et étaient accompagnés par des sages-femmes libérales, appelées autrefois "matrones" (Bettoli, 1992). Ces dernières étaient accusées d'être responsables des taux importants de mortalité maternelle et néonatale. Avec l'essor des nouvelles connaissances scientifiques, l'accouchement devient de plus en plus médicalisé (Bettoli, 1992 ; Knibiehler, 2007). Aujourd'hui, dans les pays développés, la majorité des femmes accouchent à l'hôpital sous une étroite surveillance technique (Gouilhers-Hertig, 2012). Selon l'OMS, 70 à 80 % des femmes enceintes sont à bas risque au début du travail de l'accouchement (WHO, 1996, cité par Gouilhers-Hertig, 2012). De plus, toujours selon l'OMS, la plupart des accouchements se déroulent bien sans aucune intervention médicale (WHO, 1996, cité par Gouilhers-Hertig, 2012). Selon le monde médical, tout accouchement est partiellement imprévisible et potentiellement dangereux, ce qui justifie et légitime la médicalisation. "Ce sont ainsi les notions de risque et d'incertitude qui justifient l'ensemble du système obstétrical moderne dans les pays développés" (Bitouzé, 2001 ; Carricaburu, 2015 ; Lane, 1995, cités par Gouilhers-Hertig, 2012). Aussi, les sociétés développées et modernes seraient "hypersensibles" au risque : la maladie et la mort sont d'autant plus insupportables qu'elles sont devenues de plus en plus rares (Allemand, 2005, cité par Gouilhers-Hertig). La médicalisation de l'accouchement, avec la sécurisation des soins, est à l'origine d'une rationalisation systématique de la prise en charge des femmes enceintes et des parturientes (Léonard, 2015).

Dans les années 1970, les sages-femmes revendiquent leurs compétences à veiller sur la physiologie et souhaitent également être les accompagnatrices privilégiées durant tout l'enfantement (Knibiehler, 2007). Les sages-femmes "dénoncent le nombre croissant des intervenants dans les maternités et le morcellement des soins qui en résulte, brisant la relation soignant-soigné" et proposent alors le concept d'accompagnement global, "en réaction contre une médicalisation qui désarticule leur pratique" (Knibiehler, 2007, p. 58-59).

Aujourd'hui, "par une emprise croissante des protocoles, recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus et autres guides de bonnes pratiques, l'activité du soignant est de plus en plus normée et encadrée, au point que son autonomie s'en trouve notablement réduite" (Azria, p.8, 2012).

Cette pratique réduit également le droit de la femme à faire des choix puisque ceux-ci sont de plus en plus restreints et dictés par une systématisation de certaines interventions (Azria, 2012). La standardisation des soins est à l'origine d'un effacement des besoins de l'individu (Azria, 2013). Les couples en demande d'un accouchement extrahospitalier contestent la culture dominante du risque qu'ils jugent anxiogène. Ils préfèrent "valoriser d'autres dimensions telles que la famille, le couple [et] la puissance du corps féminin" (Goulhiers Hertig, 2014, p.107). Ils insistent également sur le caractère naturel et familial de la naissance, qui représente une occasion de renforcer leur sentiment d'*empowerment*.

En 2016, l'office fédéral de la statistique [OFS] annonçait 87'883 naissances vivantes en Suisse (p.26, 2017). Peu de statistiques concernant le taux d'accouchements extrahospitaliers existent en Suisse. Seule la Fédération suisse des sages-femmes [FSSF] en possède. En 2016, les sages-femmes indépendantes ont effectué 4204 suivis d'accouchements ce qui représente un taux de 4,8% d'accouchements extrahospitaliers comprenant 13 % de transferts en milieu hospitalier. Parmi ces suivis, on compte une majorité de naissance en maison de naissance, soit un taux de 35 % (FSSF, 2017). Selon la FSSF, la demande en suivi sage-femme augmente petit à petit depuis 2005 (FSSF, 2015, p.12). D'après le rapport sur le recensement 2016 de la FSSF, le nombre de maisons de naissance en Suisse a fortement augmenté en 2015. Toutefois, les auteurs de ce document interprètent cette évolution avec précaution, un biais étant possible dans le recensement. Nous ne pouvons donc pas conclure sur le fait que le nombre de maisons de naissance augmente parce qu'il y a une demande plus élevée des couples pour un accouchement peu médicalisé. Néanmoins, 26 maisons de naissances ont été recensées en 2016 avec 1468 accouchements contre, donnée 1039 en 2011 (FSSF, 2017). Ces évolutions montrent l'intérêt des couples et des professionnels de santé envers les maisons de naissance. De plus, nous notons une différence entre les statistiques de la FSSF et celles de l'association suisse des maisons de naissance [ASMN] qui reporte 1769 nouveau-nés dans 23 maisons de naissance en 2016 (ASMN, 2016).

L'organisation de coopération et de développement économique [OCDE] (2013) décrit dans un de ses rapports, que dans les pays ayant une approche médicalisée de la grossesse, les obstétriciens fournissent la majorité des soins alors que si l'approche est moins médicalisée, c'est la sage-femme qui est la principale intervenante.

Par exemple, en Suède, en Norvège, en Finlande ou en Nouvelle-Zélande, les modèles de soins offerts aux femmes lors de la naissance sont différents de ceux que l'on trouve en Suisse : ils sont plus axés sur la physiologie. Les sages-femmes travaillent en autonomie. « Les interventions médicales ou techniques sont réduites au minimum et c'est la sage-femme qui assume la responsabilité du processus » (FSSF, 2013, p.2). La plupart des femmes présentant une grossesse sans complications accouchent accompagnées uniquement d'une sage-femme. Les interventions médicales sont moins nombreuses (Sandall, Soltani, Shennan & Devane, 2016). Une présence continue durant le travail, la naissance et le post-partum, est un élément fondamental de ce modèle de soins (Hatem, Sandall, Devane, Soltani & Gates, 2008). Au Royaume-Uni, des services de naissance gérés par les sages-femmes ont été créés. Nommés "Midwife led unit", ces espaces sont définis comme étant des unités de naissance gérées par les sages-femmes, soit en extrahospitalier, soit sur le même site qu'un hôpital fournissant des services d'obstétrique et de pédiatrie (midwifery unit network, 2017, traduction libre). Le National Institute for Health and Care Excellence [NICE] mentionne que ce modèle de soins pour la naissance est tout à fait approprié aux femmes présentant une grossesse à bas risque. Le taux d'intervention est plus faible et les issues néonatales identiques à celles que l'on pourrait rencontrer dans une unité de naissance obstétricale (NICE, 2017).

Durant les périodes de formation pratique que nous avons effectuées en milieu hospitalier, nous nous sommes interrogées sur la place laissée à la physiologie du travail et à l'individualisation des soins face aux protocoles qui régissent les pratiques hospitalières. Quelle est la place de l'autonomie et de l'accompagnement de la sage-femme ? Comment laisser sa place au couple, leur offrir de choisir de façon consciente ? Comment leur permettre de vivre l'évènement de la naissance au plus près de leurs aspirations ? Qu'est-ce qui, dans notre accompagnement, leur permet de vivre une expérience satisfaisante ?

2. Cadre de référence théorique

2.1 La satisfaction de la naissance et le vécu de l'accouchement

Selon le Larousse, la satisfaction se définit par l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande ou une tendance ; le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait ; ce qui satisfait, répond à la demande de quelqu'un.

En psychologie de la santé, le concept de "satisfaction de la vie" apparaît comme l'un des composants du bien-être. Il résulte de la comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux (Bruchon-Schweiter & Boujut, 2014). D'après ces auteurs, la satisfaction de la vie est évaluée le plus souvent globalement, mais elle peut aussi concerner des domaines de la vie plus spécifiques comme le travail, la famille, la santé, etc. Des études en psychologie de la santé démontrent que la satisfaction individuelle aurait une influence positive sur le bien-être, les émotions et l'estime de soi (Bruchon-Schweiter & Boujut, 2014). L'accouchement est un événement pivot dans la vie d'un couple, surtout lors de la naissance du premier enfant. L'entrée dans la parentalité, engendre des changements et des réajustements émotionnels, comportementaux et cognitifs importants (Razurel, 2015, p.7). Le concept du vécu de l'accouchement est complexe car multidimensionnel et subjectif. Il prend en compte les issues obstétricales et néonatales, mais aussi le processus physique et cognitif du travail et de l'accouchement. Ce dernier est vécu individuellement par les femmes (Larkin, Begley & Devane, 2009). Le vécu de l'accouchement a des répercussions à long terme, négatives ou positives, sur le processus de la maternité, la relation à l'enfant et l'état psychologique de la femme et de sa famille (Hinojosa & Schaer, 2015). En effet, un vécu positif de l'accouchement serait à l'origine d'un sentiment d'accomplissement, de confiance en soi et permettrait l'acquisition de connaissances et de compétences parentales. A l'inverse, un vécu négatif de l'accouchement aurait pour conséquences psychologiques la dépression, le syndrome de stress post-traumatique ainsi que des répercussions sur l'enfant et le conjoint comme des troubles des processus du développement et de l'attachement, un impact sur la relation de couple ou une dépression chez le conjoint (Waldenström, Hildingsson, Rubertsson & Radestad, 2004 ; Rijnders et al, 2008, cités par P. Carquillat, communication personnelle [Notes de cours], 14 décembre 2016).

Un vécu négatif de l'accouchement a également des répercussions sur la peur de l'accouchement, la reproduction future et les choix envers les prochains accouchements (Maimburg, Vaeth & Dahlen, 2016). Plusieurs études ont établi une relation entre un taux élevé d'interventions médicales et une mauvaise expérience de la naissance (Nystedt & Hildingsson, 2018).

Les éléments psychologiques et émotionnels de l'accouchement sont souvent ignorés au profit d'éléments plus tangibles tels que la qualité des soins et des éléments d'interventions mesurant la morbidité et la mortalité (Baker et al., 2005, cité par Larkin et al., 2009). Cependant, l'Organisation Mondiale de la Santé [OMS], a inclus des notions de satisfaction dans ses dernières recommandations concernant les soins intrapartum. Une expérience positive de l'accouchement est établie comme une finalité importante pour toutes les femmes.

L'OMS (2018) définit ainsi l'expérience positive de l'accouchement:

Expérience qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles existantes d'une femme, ce qui inclut l'accouchement d'un enfant en bonne santé dans un environnement sûr avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un ou de plusieurs compagnons d'accouchement et de personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. Il est basé sur le postulat que la plupart des femmes désirent un accouchement et une naissance physiologiques, ainsi qu'un sentiment de réalisation personnelle et de contrôle avec la participation à la prise de décision, même lorsque des interventions médicales sont nécessaires ou souhaitées (p.1-2).

Toutefois, de nombreux auteurs signalent la difficulté de mesurer de manière fiable la satisfaction de l'expérience de l'accouchement, en raison des nombreux facteurs qui la composent (Maimburg et al., 2016 ; Carquillat, Guittier & Boulvain, 2014).

2.2 La grossesse et l'accouchement à bas risque obstétrical

2.2.1 Définition de la physiologie

Selon le Larousse médical (2009) : La physiologie est l'étude des fonctions et du fonctionnement normal des organismes vivants. "Se dit physiologique toute fonction ou réaction normale de l'organisme" (Le Petit Larousse illustré, 2016, p. 874). Le dictionnaire de l'académie de médecine (2018) définit l'accouchement naturel de cette manière : "Accouchement spontané, physiologique, sans interférence médicamenteuse". Cependant, une définition plus détaillée du travail et d'un accouchement physiologique est nécessaire.

Dans certains pays, des organismes déterminent ces notions et émettent des recommandations de prises en soins. C'est le cas du Royaume Uni par exemple avec le NICE, la France qui s'appuie sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé [HAS] ou la Belgique qui se réfère au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé [KCE]. En Suisse, ce type d'institution n'existe pas. La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique [SGGG] émet des recommandations sur certaines pratiques ainsi que des guidelines concernant des thématiques spécifiques. La plupart du temps ces recommandations s'appliquent à des situations pathologiques bien précises. Il n'y a en revanche pas d'écrit sur la grossesse et l'accouchement physiologique. Au niveau international, c'est l'OMS qui reste la référence. Ces recommandations offrent à la femme un accouchement sûr et lui permettant également une expérience positive de la naissance. Elles montrent comment les soins centrés sur la femme peuvent optimiser la qualité du travail et de l'accouchement à travers une approche holistique de la prise en soins (OMS, 2018).

La HAS a également édité en janvier 2018 de nouvelles recommandations de bonnes pratiques incluant les modalités de prise en charge de l'accouchement normal respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement chez les femmes présentant un bas risque obstétrical (HAS, 2018). Elle a ainsi défini l'accouchement "normal" de la façon 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.

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 (HAS, p.2, 2018).

Dans ces nouvelles recommandations, sur l'accompagnement de l'accouchement physiologique, sont inclus une série d'actes qu'il est possible de réaliser et d'autres qu'il convient de réduire afin de laisser le processus de la naissance se dérouler sans interférence (HAS, 2018 ; OMS 2018). L'OMS recommande également le respect du rythme de chaque femme tant que la mère et son bébé se portent bien.

La Confédération Internationale des sages-femmes [ICM] soutient la définition suivante de l'accouchement : "Un processus dynamique unique au cours duquel la physiologie et le contexte psychosocial de la mère et de l'enfant sont intimement liés" (2014, p.1), incluant ainsi une notion plus globale, tenant compte de facteurs physiques, sociaux, culturels et émotionnels (ICM, 2014). La sage-femme tient un rôle important dans l'accompagnement de la femme au cours de la naissance, en reconnaissant ses besoins, en la soutenant, en renforçant ses capacités à faire des choix et à utiliser ses propres ressources. C'est pourquoi l'ICM (2014) reconnaît la sage-femme comme étant la professionnelle de la santé la plus appropriée pour fournir des soins qualifiés aux femmes (p.1).

2.2.2 La notion de risques en obstétrique

La grossesse et l'accouchement sont considérés comme un processus physiologique qui ne nécessite pas d'interventions particulières sauf dans certaines situations. Les situations à risque accru pour le bébé ou la mère nécessitent des soins dans une unité d'obstétrique permettant de réduire ces risques (NICE, 2014). "Une grossesse est considérée comme physiologique en l'absence d'antécédents ou de pathologies répertoriées dans une liste nationale validée par tous les professionnels et les autorités" (Colmant & Frydman, 2009, p.196). Toutefois, il est difficile de définir la notion de risque et les classifications entre les pays divergent. On distingue les pathologies médicales, psychiatriques ou obstétricales nécessitant une prise en charge spécialisée (Colmant & Frydman, 2009). D'autres facteurs de risques sont également considérés comme les facteurs sociaux et environnementaux ou encore les antécédents personnels ou familiaux (HAS, 2008). En début de grossesse, une anamnèse détaillée est effectuée auprès de la future maman afin d'évaluer les risques potentiels. Seules les femmes ne présentant aucun risque peuvent être admises en maison de naissance : " La maison de naissance n'accepte que des femmes qui présentent une grossesse physiologique, qui ont fait l'objet d'une surveillance adéquate durant leur grossesse ..." (Art. 57f de l'arrêté portant modification du règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (maisons de naissance) du 1er février 2013 (RASI/NE ; RSN 800. 100. 01)). D'autres complications peuvent survenir durant la période de l'accouchement comme par exemple, une rupture prolongée des membranes, des anomalies du rythme cardiaque fœtal, un saignement vaginal anormal ou toutes autres anomalies non identifiées avant, pendant la grossesse (Hollowell & al., 2015), nécessitant alors le transfert de la parturiente en unité d'obstétrique.

2.3 Les unités de naissance

2.3.1 Le modèle anglo-saxon

Depuis 1993, la politique des soins de maternité en Angleterre promeut le libre choix des femmes à accoucher dans le lieu qu'elles préfèrent (Walsh et al., 2018). Trois options sont disponibles : accoucher dans une maternité hospitalière (obstetric unit [OU]) ; accoucher dans l'un des deux types d'unités de soins dirigées par des sages-femmes (midwifery unit [MU]) ; ou accoucher à domicile.

Voici ci-dessous les définitions des différentes unités de naissance telles qu'elles existent en Angleterre. Elles sont issues du document de la National Health Service [NHS] (système de santé publique du Royaume-Uni) de 2011.

Unité obstétricale traditionnelle [OU] : unité de la NHS où les soins sont prodigués par une équipe, avec des gynécologues-obstétriciens assumant la responsabilité professionnelle principale des femmes à haut risque de complications pendant le travail et l'accouchement. Dans une OU, les sages-femmes offrent des soins à toute femme, qu'elle soit à faible ou à haut risque de complications. Ce sont elles qui ont la responsabilité professionnelle des grossesses à bas risque pendant le travail et l'accouchement. Les services de diagnostic et de traitements médicaux, notamment obstétricaux et néonataux, ainsi que les soins d'anesthésie, sont disponibles 24 heures sur 24.

Unité obstétricale dirigée par les sages-femmes, intra-hospitalière (alongside midwifery unit, [AMU]) : unité de la NHS offrant des soins aux femmes ayant des grossesses à faible risque de complications pour le travail et l'accouchement. Les sages-femmes en ont la responsabilité professionnelle principale. En cas de besoin, les soins médicaux pour l'obstétrique, la néonatalogie et l'anesthésie sont disponibles dans le même bâtiment que l'AMU ou dans un autre bâtiment, mais sur le même site. Le transfert se fait par brancard, par lit ou par fauteuil roulant.

Unité obstétricale dirigée par les sages-femmes, extrahospitalière (freestanding midwifery unit, [FMU]) : unité de la NHS offrant des soins aux femmes ayant des grossesses à faible risque de complications. Les sages-femmes en ont la principale responsabilité professionnelle. Des médecins généralistes peuvent également être impliqués dans les soins. Les services médicaux de diagnostic et de traitement (en obstétrique, néonatalogie et anesthésie) ne sont pas immédiatement disponibles. Ils sont sur un site séparé et le transfert se fait en voiture ou en ambulance.

D'après Walsh et al. (2018), en Angleterre, les AMU auraient quasiment doublé depuis 2010, passant de 53 en 97, et les FMU auraient légèrement augmenté, passant de 58 à 61. Le pourcentage de tous les accouchements en MU aurait triplé, représentant maintenant 14% de tous les accouchements en Angleterre. D'après Hollowell et al. (2015), cette augmentation répond d'une part à la politique du gouvernement visant à offrir aux femmes des choix d'accouchement, et d'autre part aux préoccupations des professionnels et des familles concernant l'augmentation des interventions obstétricales, de leurs coûts et leurs conséquences. Une étude à grande échelle sur la qualité et la sécurité des différents lieux de naissance (The Birthplace in England) a constaté que les AMU fournissent des soins sûrs pour les mères et les bébés, tout en réduisant le taux d'interventions à la naissance. Des constatations similaires ont été trouvées concernant les FMU, avec des réductions plus importantes des taux d'intervention. Au Royaume-Uni, les AMU sont plus susceptibles d'être développées que les FMU en raison de préoccupations au sujet des temps de transfert et des distances notamment (Hollowell et al., 2015). De plus, le NICE (2014) conseille aux femmes nullipares et multipares à faible risque obstétrical, de prévoir d'accoucher dans une unité dirigée par les sages-femmes parce que le taux d'interventions est plus faible et les issues néonatales ne sont pas différentes de celles d'une unité obstétricale.

Selon Hollowell et al. (2015), les femmes accouchant à domicile seraient plus âgées, plutôt de race blanche, mariées ou vivant en concubinage, parlant couramment l'anglais et plus avantagées d'un point de vue socio-économique que celles de l'OU. Concernant les MU, la population des FMU ressemblerait à celle accouchant à domicile et la population des AMU à celle accouchant en OU.

2.3.2 La comparaison des différentes unités de naissance

Une revue Cochrane (Sandall, Soltani, Gates, Shenann & Devan, 2016) a comparé les modèles de soins continus dirigés par des sages-femmes avec d'autres, en analysant les issues obstétricales et néonatales. Cette méta-analyse a ainsi étudié 15 essais, impliquant plus de 17 000 femmes ayant une grossesse à bas risque. Les résultats obtenus ont été classés de haute qualité. Ainsi, il apparaît que les femmes qui avaient recours aux MU étaient moins susceptibles de recevoir une analgésie régionale (risque relatif [RR]=0,85 ; intervalle de confiance à 95% [IC]=0,78-0,92), d'avoir un accouchement vaginal instrumenté (RR=0,90 ; IC=0,83-0,97), un accouchement prématuré < 37 SA (RR=0,76 ; IC=0,64-0,91), une mort fœtale avant et après 24 SA et une mort néonatale (RR 0,84 ; IC=0,71-0,99).

Les femmes qui avaient eu recours aux MU étaient plus susceptibles d'accoucher par voie basse spontanément (RR=1,05 ; IC=1.03-1.07). Il n'y a pas de différences entre les groupes pour les taux de césariennes et de périnées intacts. Ainsi, les auteurs suggèrent que les femmes ayant une grossesse à bas risque sont moins susceptibles de recevoir des interventions obstétricales par rapport aux femmes ayant recours aux OU. Leur conclusion est donc que plus de femmes devraient se voir proposer ces soins obstétricaux gérés par des sages-femmes, car les études ont montré des bénéfices pour les femmes et les bébés, et parce qu'aucun effet négatif n'a été identifié. Toutefois, cela ne peut être appliqué chez les femmes enceintes ayant des complications obstétricales ou de santé préexistantes, celles-ci n'étant pas incluses dans cette Cochrane.

2.3.3 Les compétences de la sage-femme et le cadre de pratique

La sage-femme est un professionnel de la santé exerçant un rôle unique dans la promotion de la santé des femmes enceintes et de leurs familles. Elle travaille en partenariat avec la femme afin de promouvoir des soins personnels, en respectant et en défendant les droits de celle-ci en matière de choix de santé (ICM, 2014). De par ses compétences et les connaissances acquises lors de sa formation, elle est le prestataire de soins privilégié des femmes enceintes. L'ICM promeut une philosophie de soins respectueuse du processus de la naissance. C'est pourquoi, la sage-femme considère la grossesse comme un événement normal de la vie et milite en faveur de l'accouchement physiologique afin d'obtenir des résultats optimaux pour la mère et l'enfant (ICM, 2013). Lorsque la situation est physiologique, elle est responsable des décisions qu'elle prend et des conseils qu'elle prodigue. Il est donc primordial que "les sages-femmes entretiennent leurs compétences et s'assurent que leur pratique [soit] fondée sur des données probantes" (ICM, 2014, p. 4) afin d'offrir des soins ajustés et conformes aux dernières recherches scientifiques. En vue d'améliorer les prestations offertes aux femmes et aux familles, elle travaille également en collaboration avec d'autres professionnels de la santé (ICM, 2013). Lorsque la femme rencontre des complications en cours de grossesse ou lors de l'accouchement, la sage-femme joue également un rôle important dans la prise en soins et doit continuer d'assurer son rôle auprès de la femme (ICM, 2014). Sa présence auprès de celle-ci peut permettre d'assurer la continuité des soins et de maintenir le soutien qu'elle lui offre (ICM, 2014). "La sage-femme peut exercer dans n'importe quel lieu à domicile, dans la communauté, les hôpitaux, les cliniques ou les centres de naissances" (ICM, 2013, p.3).

La sage-femme conduit de manière autonome l'accouchement lorsque celui-ci ne présente pas de complications, que ce soit à l'hôpital, en maison de naissance ou à domicile (FSSF, 2018). En Suisse, "en milieu hospitalier, les sages-femmes travaillent sous la responsabilité médicale et celle de l'employeur. Elles sont donc soumises aux directives du médecin-chef de service, autant dans le secteur ambulatoire qu'en salle de naissance et au post-partum." (Hatem, 2013, p. 290). Lorsque la sage-femme travaille en maison de naissance, elle assume la direction obstétricale de celle-ci. Elle doit être "au bénéfice d'une autorisation de pratique au sens de la loi de santé, avec une expérience professionnelle de deux ans minimum [et doit s'assurer] de la pertinence et de la qualité des soins fournis aux patientes." (Art. 57c, RASI/NE). Elle assume alors seule la responsabilité de l'accouchement. En cas de complications, quel que soit son lieu de travail, elle collabore étroitement avec le médecin et peut à tout moment transférer une patiente lors d'un accouchement en extrahospitalier (FSSF, 2018).

2.3.4 Les unités de naissances en Suisse

En Suisse, comme nous avons pu le détailler plus haut, la majorité des accouchements se passent en OU. Les unités sage-femme restent des minorités et elles sont, pour la plupart, de type FMU, appelées en Suisse "maison de naissance". Aquila dans le canton de Vaud et Gaïa à Sion font partie des rares structures suisses basées sur le modèle AMU, installées au sein de l'hôpital.

Il existe en Suisse vingt-quatre maisons de naissance (ASMN, 2018) dont deux installées au sein d'un hôpital.

Certaines maternités ont ouvert des salles d'accouchement spécifiques permettant la mise en place du type de prise en charge "AMU". Les sages-femmes font partie de la dotation habituelle de l'unité classique. En cas de forte affluence, elles peuvent être amenées à soigner plusieurs patientes en même temps. La maternité de Neuchâtel en est un exemple avec son espace "AVA" (Accueillir la Vie Autrement).

2.4 Le transfert

Lorsqu'on parle de MU, il apparaît primordial d'aborder le thème du transfert. Les MU ne sont pas équipées et habilitées à traiter des situations pathologiques. De plus, seules des sages-femmes y travaillent. Leur champ de compétences se limitant à la physiologie, lorsqu'elles détectent des situations devenant pathologiques, elles sont amenées à transférer leurs patientes vers une OU.

La femme est transférée de la MU vers l'OU la plus proche, avec laquelle la sage-femme collabore, lorsque la prise en soins n'est plus réalisable par elle seule. Le taux de transfert est plus élevé dans les AMU que les FMU (Mccourt, Rament, Rance & Sandall, 2014 ; Rowe, Fitzpatrick, Hollowell & Kurinczuk, 2012a).

Les raisons principales de transfert sont, de manière globale, similaires dans les deux types d'unités : non progression du travail, demande de péridurale, émission de méconium, rétention placentaire, traumatisme périnéal. D'autres situations, incluant la rupture prolongée des membranes, des préoccupations des soignants au sujet de la mère ou du bébé, le soulagement de la douleur et la dotation insuffisante en personnel sont également à l'origine de transferts (Mccourt, et al., 2014 ; Rowe et al., 2012a). Cependant, il est intéressant de souligner que le taux de transferts suite à une demande de péridurale est plus de deux fois supérieur dans les AMU que dans les FMU. Selon les chiffres rapportés par Rowe et al. (2012a), c'est la cause principale faisant augmenter le taux de transfert en AMU. Les primipares sont plus à risque de transfert que les multipares (NICE, 2014). Le taux général des transferts intra-partum varie entre 21 et 26% pour toutes les femmes, mais est plus haut pour les nullipares (36-45%) (Mccourt et al., 2014). Rowe et al. (2012a) soulignent la relation significative entre l'âge et la parité : le taux de transferts augmente exponentiellement en suivant l'augmentation de l'âge des femmes primipares ($p < 0.0001$). Il est intéressant de voir que ce n'est pas le cas pour les multipares ($p = 0.3$) (Rowe et al., 2012a).

2.5 Problématique

Ces cinquante dernières années, la pratique de l'accouchement a été en constante évolution : les avancées technologiques et médicales se sont peu à peu immiscées dans les soins, ce qui a permis de réduire de manière drastique la mortalité des femmes et des nouveau-nés. Toutefois, l'utilisation systématique de certaines interventions médicales, dans des situations ne le nécessitant pas, peuvent entraver le processus physiologique de l'accouchement et créer des morbidités iatrogènes (Davis-Floyd, 2003 ; OMS, 2015 ; Stock et al., 2012).

Dans le cadre théorique de la présente revue de littérature, nous avons pu constater que les MU réduisent certaines interventions obstétricales. De plus, les nouvelles recommandations émises par l'OMS et la HAS soutiennent des pratiques moins interventionnistes qui semblent correspondre à la philosophie de soins des MU. D'après la revue Cochrane portant sur les modèles des soins continus dirigés par les sages-femmes, la satisfaction des femmes semble plus élevée dans ce modèle de soins (Sandall & al., 2016). Nous nous interrogeons alors sur l'intérêt de développer de telles unités en Suisse, surtout pour les AMU, puisqu'il existe déjà plusieurs FMU. Parallèlement, l'importance de l'impact du vécu de l'accouchement sur le bien-être psychique de la femme, de son conjoint et de leur enfant a pu être démontré. Comme il a été mentionné plus haut, le vécu de l'accouchement est corrélé à de nombreux facteurs d'influence. Il serait intéressant de savoir comment les femmes vivent le moment de la naissance dans les unités sages-femmes. Quels sont les différents facteurs susceptibles de favoriser un vécu différent par rapport aux unités obstétricales traditionnelles ? Seraient-ils liés à l'environnement plus familial dans les MU, à la philosophie de soins de la sage-femme et à sa disponibilité ? Les unités de soins gérées par les sages-femmes favoriseraient-elles un meilleur vécu que les unités obstétricales traditionnelles ? Qu'en est-il de la satisfaction des femmes ayant été transférées en OU ?

Le but de ce travail est de comprendre les éléments qui apportent satisfaction aux femmes et qui permettraient de les accompagner au plus proche de leurs besoins et de leurs attentes. Ces différentes réflexions amènent à la question de recherche suivante : **“Quels sont les facteurs influençant l'expérience de la naissance et la satisfaction des femmes dans les unités de soins gérées par les sages-femmes?”**

De manière générale, ce travail se concentre sur le processus d'accouchement. Les termes “naissance” et “accouchement” englobent les périodes du travail, de l'accouchement ainsi que du post-partum immédiat [PPI]. Dans le cas contraire, une précision sera apportée.

Seuls les résultats portant sur la satisfaction des mères ont été analysés. Ceux concernant les pères n'ont pas été pris en compte. Toutefois, une attention ponctuelle pourra être portée sur le couple en tant qu'entité.

3. Dimension éthique

3.1 Définition

L'éthique est définie comme étant "la partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale. Elle constitue l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un" (Larousse, 2018).

Dans le domaine de la santé, l'éthique fait partie intégrante de la pratique médico-soignante. Elle est dirigée par 4 principes fondamentaux : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Anne Gendre, bases de l'éthique clinique [Support de cours], 2016).

- Autonomie : le soignant fournit les informations nécessaires à la personne afin qu'elle puisse penser, prendre des décisions et agir de son plein gré ;
- Bienfaisance : toute action entreprise par le soignant visant le bien-être de la personne ;
- Non malfaisance : le soignant cherche à ne pas nuire par ses actes, à minimiser leurs effets délétères ;
- Justice : chaque individu est en droit d'être soigné de manière équitable, sans distinction sociale, religieuse ou culturelle.

D'autres principes régissent également l'éthique professionnelle comme le droit, la déontologie ou le secret médical.

- Droit : "ensemble des règles qui régissent les rapports des membres d'une même société ; légalité" (Larousse, 2018).
- Déontologie : ensemble des devoirs (ou règles) liés à l'exercice d'une profession (Romagnoli, Introduction à l'éthique [Support de cours], 2014).
- Secret médical : un des principes fondamentaux de la déontologie et de l'éthique clinique. Il se définit comme le "respect par le médecin [soignant] de la confidentialité des informations – médicales ou non – qu'il est amené à connaître dans le cadre de ses relations professionnelles avec un malade" (Larousse Médical, 2018).

3.2 Ethique et pratique sage-femme

La profession de sage-femme est soumise au droit par les différentes lois fédérales et/ou cantonales régissant la pratique professionnelle et les droits des patients (Loi fédérale sur les professions de la santé (LPSan), 2016 ; Loi sur la santé (LS), 2006). De plus, elle repose sur des documents fondamentaux reprenant les principes éthiques détaillés plus haut : Le code international de déontologie des sages-femmes (ICM, 2009) ; Philosophie et modèle de soins de la pratique sage-femme : document fondamental (ICM, 2005) ; Charte de la FSSF (Fédération Suisse des Sages-femmes (2011) ; Déclaration universelle des Droits de l'Homme (Nations Unies, 1948).

3.3 Éthique dans la présente revue de littérature

Dans le présent travail, le respect des principes éthiques fera l'objet d'une attention particulière par les auteures qui veilleront à les appliquer ainsi qu'à respecter les codes déontologiques. Cela implique un choix d'articles ayant des résultats contradictoires, une présentation objective des concepts théoriques, l'interprétation objective et prudente des résultats et la formulation de recommandations pour la pratique favorisant les quatre principes éthiques.

La question de recherche semble totalement en adéquation avec le principe de la philosophie sage-femme concernant l'encouragement, le soutien et la protection de la santé des femmes décrite par l'ICM en 2005. Elle respecte les principes de bienfaisance et de non malfaisance en recherchant les facteurs pouvant améliorer la santé psychique des femmes. Les propositions émises pour la pratique chercheront à satisfaire le principe de justice tentant de s'appliquer à toutes les unités obstétricales, quel qu'en soit le modèle de soins. Elles seront formulées de manière à promouvoir l'autonomie des femmes prises en soins.

Pour terminer, la propriété intellectuelle et les droits d'auteurs stipulés dans la Déclaration Universelles des Droits de l'Homme (art. 27, 1948) et encadré par la loi Suisse (Loi sur le droit d'auteur (LDA), 1992) seront respectés en référant de manière rigoureuse chaque source utilisée dans la rédaction du présent travail de Bachelor.

4. Méthodologie

4.1 Détermination des mots-clés

Afin de pouvoir débiter notre recherche dans la littérature, il a été nécessaire de mettre en lumière les mots-clés issus de la question de recherche.

- Population étudiée : femmes présentant une grossesse à bas risque
- Intervention : soins en unité de soins gérée par une sage-femme
- Comparaison : autre unité possédant un modèle de soins classique
- Issue : expérience de la naissance et satisfaction des femmes

Les mots clés ont été extraits des trois concepts présents dans notre question de recherche, à savoir : expérience et satisfaction ; unités de naissance gérées par les sages-femmes ; naissance. Ces mots-clés ont été traduits du français à l'anglais. Dans un deuxième temps, les plateformes HeTop® et CINAHL Headings® ont permis de faire ressortir les MeSH Terms indispensables à la recherche littéraire.

Les MeSH Terms représentent le thésaurus de référence des bases de données dans le domaine biomédical. Cependant, certains mots clefs n'existant pas dans le thésaurus, ils ont été utilisés dans la catégorie "All Fields", correspondant à une recherche dans tous les champs. De plus, afin d'élargir les recherches, des synonymes ont été utilisés dans cette même catégorie (cf. Annexe 1).

Tableau 1 : mots-clés (par concept) utilisés pour les recherches

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	MeSH Terms HeTop	MeSH Terms CINAHL Headings
Concept N°1			
Satisfaction personnelle	Personal satisfaction	Personal satisfaction	Personal Satisfaction
Satisfaction du patient	Patient satisfaction	Patient satisfaction	Patient Satisfaction
Expérience de la naissance	Birth experience	<i>N'existe pas</i>	<i>N'existe pas</i>
Impact de l'environnement	Environment impact	Environment	Environment
Concept N°2			
Unité de naissance gérée par les sages-femmes	Midwife-led unit	<i>N'existe pas</i>	<i>N'existe pas</i>
Salle d'accouchement	Delivery room	Delivery rooms	Delivery Rooms
Concept N°3			
Naissance	Birth	Parturition	Childbirth

4.2 Bases de données et moteurs de recherches utilisés

Une fois les mots-clés définis, certains moteurs de recherches ou bases de données correspondant au champ de ce travail ont été choisis afin de trouver la littérature existante sur la thématique. Voici ceux retenus :

- Medline via PubMed® : base de données regroupant la littérature internationale dans les domaines de la médecine, de la santé, de la biologie/biochimie, de la pharmacologie, de la toxicologie et des sciences infirmières.
- Google Scholar® : moteur de recherche indexant les périodiques scientifiques, thèses, rapports de recherche, etc. Il regroupe le domaine médical, la physique, l'informatique, et les sciences économiques et est principalement destiné aux étudiants et aux chercheurs.
- CINAHL Headings® : base de données internationale comprenant les domaines des sciences infirmières, de la santé et du paramédical.
- MIDIRS® : base de données spécialisée dans les domaines de l'obstétrique, de la périnatalogie et de la néonatalogie.

Les tableaux détaillant les combinaisons de mots clés utilisés et les résultats de recherches obtenus pour chacune des bases de données susmentionnées sont disponibles dans l'annexe 2. Aucun filtre n'a été utilisé car peu d'articles correspondaient complètement à notre sujet. Suite à la recherche de littérature, une vingtaine d'études ont été retenues. Afin de sélectionner des articles pertinents, une liste de critères d'inclusion et d'exclusion a été mise en place. Elle a été utilisée afin de réduire le nombre d'articles sélectionnés au départ.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Texte intégral disponible	Étude pilote
Publication ultérieure à 2007	Articles datant de plus de 10 ans
Articles en anglais ou en français	Accouchement à domicile
Articles quantitatifs et qualitatifs	Accouchement en OU sans comparaison avec MU/FMU
Pertinence du sujet de l'article par rapport à la question de recherche	Articles analysant la grossesse ou le post-partum
Pays socio-économiquement et culturellement comparables à la Suisse	

4.3 Articles sélectionnés

Le choix a été fait de recourir aux deux types d'études scientifiques. Deux études de chaque type, ainsi qu'une étude mixte, ont été sélectionnées. Les études qualitatives permettent de faire ressortir plus d'éléments ainsi qu'une compréhension plus large du phénomène. Les résultats des études quantitatives apportent la comparaison entre les deux types d'unités et des valeurs concrètes, significatives ou non, des résultats. Ainsi, les résultats se complètent. Une étude datant de 1995 a été sélectionnée car elle répondait parfaitement à la thématique abordée et possédait une taille d'échantillon importante pour une étude qualitative. Cette étude a été retrouvée dans plusieurs recherches littéraires effectuées. Elle est également citée à plusieurs reprises dans des articles récents, faisant d'elle une référence encore d'actualité. Un article traitant spécifiquement du transfert a également été retenu. Il a paru important de pouvoir étudier de manière plus approfondie cet élément central de la prise en soins en MU, traité succinctement dans les autres études.

Liste des articles retenus :

1. The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care (Overgaard, Fenger-Grøn & Sandall, 2012). →Article obtenu après recherches sur MIDIRS®.
2. Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care (Macfarlane, Rocca-Ihenacho, Turner & Roth, 2014). →Article obtenu après recherches sur PubMed®, Google Scholar® et CINAHL Headings®.
3. Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care (Tingstig, Gottvall, Grunewald & Waldenstroem, 2012). →Article obtenu après recherches sur MIDIRS®.
4. The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit (Walker, Hall & Thomas, 1995). →Article obtenu après recherches sur MIDIRS®, PubMed® et Google Scholar®.
5. Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study (Rowe, Kurinczuk, Locock & Fitzpatrick (2012b). →Article obtenu après recherches sur MIDIRS® et PubMed®.

4.4 Limites et contraintes de la recherche de littérature

Il a été difficile de trouver des études récentes ciblant la problématique de la satisfaction des femmes dans les soins sage-femme. Plusieurs études datent effectivement des années 1980 et 1990, époque qui a vu l'ouverture d'unités de soins dirigées par les sages-femmes, notamment dans les pays anglo-saxons et scandinaves. Aujourd'hui, de nombreux articles traitent de la satisfaction de la naissance par les femmes, mais de façon plus globale, en intégrant les soins obstétricaux traditionnels. Ces articles, qui ne répondent pas directement à la question de recherche de ce présent travail, n'ont pas été retenus.

Le concept des unités de soins dirigées par les sages-femmes n'ayant pas la même terminologie selon les pays, il a été difficile de savoir quels termes correspondaient le mieux au sujet de cette revue de littérature spécialisée.

Les études issues de la littérature étant en anglais, la barrière linguistique a probablement pu créer un biais dans cette première sélection d'articles.

4.5 Recherche de littérature de référence

Dans le but de soutenir et enrichir les propos exposés dans les différentes parties de ce travail de Bachelor, une recherche de références littéraires a été réalisée. Une partie de la recherche a été effectuée au centre de documentation de la Haute Ecole de Santé (HEDS), site de Champel.

Des documents intéressants et pertinents ont été trouvés suite au screening des bibliographies, des études et ouvrages consultés. De nombreuses études ont été retenues lors de la recherche d'articles scientifiques permettant d'étoffer la littérature référentielle.

Certains sites internet tels que l'Office Fédéral de la Statistique [OFS], l'OMS, la Confédération Internationale des Sages-Femmes [ICM], le NICE ou le Royal College of Midwives [RCM] ont aussi été utilisés afin d'obtenir des données actuelles et officielles. Plusieurs documents obtenus lors du module "Recherche en périnatalité" ont également été réutilisés.

5. Présentation des articles

5.1 Etude n°1

The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. Overgaard, C., Fenger-Grøn, M., & Sandall, J. (2012) <i>Social Science & Medicine</i> , 74(7), 973-981.	
Objectifs	Comparer l'expérience de la naissance, la satisfaction des soins et la perception d'éléments de soins centrés sur le patient. Explorer l'influence du modèle médical et des facteurs socio-démographiques.
Méthode	Design : Étude de cohorte prospective. Période et lieu de l'étude : Danemark, de janvier 2006 à octobre 2006. Population : 375 femmes en bonne santé présentant une grossesse à bas risques selon les directives de soins intra-partum du NICE (2007). Variables : Expérience de la naissance, satisfaction des soins, perception des soins centré sur le patient. Outils : Questionnaire créé pour l'étude selon la littérature, testé dans une étude pilote puis adapté.
Procédure	Deux groupes, un "FMU" et un "control" correspondant à l'OU. Dans les OU de l'étude, la philosophie de soins est également centrée sur le patient. Questionnaire rempli 28 jours après la naissance. Données sociodémographiques et médicales récoltées à partir du dossier médical. Analyse des données selon les variables.
Résultats principaux	De manière générale, les réponses face aux soins reçus étaient positives. Les femmes ayant reçu des soins en FMU avaient une expérience globale de la naissance significativement plus positive : FMU=5.5/OU=5.0 (sur 6 points) (p-value < 0.0000). L'évaluation de ces paramètres s'est montrée significativement supérieure en FMU : satisfaction des soins (FMU=5.7/OU=5.3)(p-value < 0.0000), soutien des sages-femmes (FMU=5.7/OU=5.4)(p-value < 0.0000), présence des sages-femmes aux besoins de la femme (FMU=5.7/OU=5.4) (p-value < 0.0000), attention du personnel aux besoins psychologique et aux souhaits de naissance (FMU=5.4/OU=4.9) (p-value < 0.0000), sentiment d'être écouté (FMU=5.4/OU=5.0) (p-value < 0.0000), information reçue (FMU=5.4/OU=4.9) (p-value < 0.0000), participation à la prise de décision (FMU=5.4/OU=5.0)(p-value < 0.0000), prise en compte des souhaits de naissance (FMU=5.6/OU=4.9) (p-value < 0.0000), soutien du personnel envers le partenaire (FMU=5.3/OU=5.0)(p-value < 0.0013). Effet négatif significatif des faibles niveaux d' études post-secondaires (OR : 0.4, IC 95% : 0.2-0.8) et d' emploi (OR : 0.5, IC 95% : 0.3-0.97) sur l'expérience de la naissance pour le groupe OU uniquement.
Forces et limites selon les auteurs	Forces : taux de réponse élevé (86%), représentation égale des participants en FMU et OU, données complètes des antécédents socio-démographiques et médicaux, sages-femmes comme fournisseur de soins primaires, questionnaire adapté au contexte dans lequel il devait être mis en œuvre. Limites : utilisation d'un questionnaire non précédemment validé susceptible de fournir des informations moins fiables et réduire la comparabilité des résultats, patientes réparties en fonction du lieu d'habitation. Pas de prise en compte de l'effet des attentes des femmes sur leurs expériences

5.2 Etude n°2

Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1 : Methods and women's overall ratings of care. Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. R., & Roth, C. (2014) <i>Midwifery</i> , 30(9), 998-1008.	
Objectifs	Décrire et comparer les expériences des soins de maternité avant et après l'ouverture d'un centre de naissance de type FMU, dans un quartier défavorisé.
Méthode	<p>Design : Etude mixte.</p> <p>Période et lieu de l'étude : Londres, de 2007 à 2009.</p> <p>Population : 620 femmes avec une grossesse unique en présentation du sommet, une mise en travail spontanée à terme (entre 37 et 42 SA) et une rupture spontanée des membranes inférieure à 24 heures.</p> <p>Variables : Expérience des soins de maternité, influence des composantes sociodémographiques.</p> <p>Outils : deux questionnaires créés selon de précédentes études, adaptés pour des entretiens téléphoniques.</p>
Procédure	<p>Étude divisée en deux phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) avant l'ouverture du centre ; but : s'assurer du point de vue des femmes sur les soins qui leur sont offerts et sur leurs choix. 2) après l'ouverture du centre ; but : évaluer l'impact du centre de naissance. <p>Entretiens téléphoniques traduits en plusieurs langues. Recrutement en prénatal des femmes grâce au système local de santé.</p>
Résultats principaux	<p>Plus de satisfaction des soins perçus (-23,7 (=différence entre les taux de cotation) , IC 95% = -37, -16,8), de l'attitude et des compétences communicationnelles de l'équipe qui les accompagnait (différence = - 38,1, IC 95% = -47,7, - 27,4) chez les femmes ayant eu recours au centre de naissance. Elles avaient plus de chances d'être suivies par une sage-femme qu'elles connaissaient (différence = - 37,9, IC 95% = -49,5, -25,8) et de garder une même sage-femme tout au long de leur accouchement (<i>one-to-one</i>) (différence = -36,9, IC 95% = -47,9, -23,6).</p> <p>Les femmes des deux groupes ont déclaré être insatisfaites de leur accouchement si elles ne s'étaient pas senties écoutées, informées ni impliquées dans les prises de décisions, et si la sage-femme était "pressée". Pour les femmes ayant été transférées, elles témoignaient d'une bonne expérience de leur accouchement si la communication entre les deux équipes était bonne et s'il y avait une continuité dans les soins.</p>
Forces et limites selon les auteurs	<p>Forces : Taux de réponses supérieur à 65%, considéré comme plus que satisfaisant pour les études de ce type de design. Ces taux reflètent l'intérêt des femmes locales à participer. Population ethniquement diversifiée (56% de femmes blanches versus 91,6% pour les précédentes études menées par le groupe de recherche international "Birthplace in England")</p> <p>Limites : Population très mobile, les auteurs notent une perte du suivi entre les interviews pré- et postnataux, ce qui réduit la puissance potentielle de cette étude. Les populations étudiées ne sont pas homogènes.</p>

5.3 Etude n°3

Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. Tingstig, C., Gottvall, K., Grunewald, C., & Waldenstroem, U. (2012) <i>Birth (Berkeley, Calif.)</i> , 39(2), 106-114.	
Objectifs	Comparer la satisfaction des soins de maternité des futurs parents entre un centre hospitalier traditionnel et un centre de naissance modifié. Mettre en avant quelle(s) composante(s) des soins a(ont) contribué à des différences.
Méthode	Design : Etude observationnelle quantitative non randomisée. Période et lieu de l'étude : Stockholm, de juillet 2007 à juillet 2008. Population : 1333 femmes ayant une grossesse à bas risque à leur admission et 1084 conjoints recrutés par courrier postal. Variables : Soutien émotionnel de la sage-femme, nombre de sages-femmes, temps de présence de la sage-femme, expérience de l'environnement, possibilité du père de pouvoir dormir sur le lieu de naissance pour les suites de couches. Outils : Questionnaire élaboré d'après d'autres utilisés dans trois études précédentes.
Procédure	Deux groupes, un "centre de naissance modifié [MBC]" et un "centre hospitalier traditionnel [SC]". Femmes transférées toujours incluses dans le groupe "centre de naissance modifié" pour les analyses. Questionnaires remplis 2 mois après la naissance. Analyse statistique selon les variables citées au-dessus.
Résultats principaux	L'odds ratios (OR) pour la satisfaction globale des soins était approximativement le double pour le groupe MBC, par rapport au groupe SC. Pour les soins intrapartum : OR = 2,2 (IC 95% = 1,7-2,9) pour les femmes et OR = 1,7 (IC 95% = 1,3-2,4) pour leurs conjoints. Le groupe MBC avait plus de chance (pour les primipares comme pour les multipares), pendant l'accouchement, d'avoir une sage-femme "connue" ($p < 0,001$), et cette dernière restait plus longtemps dans la salle d'accouchement par rapport au groupe SC ($p < 0,001$). Dans le groupe MBC, les pères avaient plus l'opportunité de passer les nuits sur le lieu de naissance , par rapport au groupe SC ($p < 0,001$). Les hommes et les femmes du groupe MBC étaient plus satisfaits de leur relation avec l'équipe , et cette satisfaction était encore plus élevée pour les couples qui avaient une expérience antérieure de l'accouchement. La satisfaction des couples quant à l' environnement de la naissance est plus élevée pour le groupe MBC que pour le groupe SC (OR = 1,4 et IC 95% = 1,1-1,9 pour les femmes et OR=1,2 et IC 95%=0,9-1,7 pour les hommes). La satisfaction générale des différents aspects des soins intrapartum est bonne, ils tous sont statistiquement significatifs : continuité des soins avec une sage-femme connue (OR = 2,2 ; IC 95% = 1,6-2,9) et nombre de sages-femmes rencontrées (OR = 2,2 et IC 95% = 1,7-2,9) ; support émotionnel fourni par la sage-femme (OR = 2,1 ; IC 95% = 1,5-2,8) ; présence de la sage-femme (OR = 2,0 ; IC 95% = 1,5-2,6) ; environnement et atmosphère (OR = 1,4 ; IC 95% = 1,1-1,9).
Forces et limites selon les auteurs	Forces : grands échantillons de populations, ajustés pour être comparables. Aspects des soins pouvant être transposés dans différents contextes de soins. Limites : Absence de randomisation ; exclusion des couples ne parlant pas le suédois.

5.4 Etude n°4

<p>The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. Walker, J. M., Hall, S. M., & Thomas, M. C. (1995) <i>Midwifery</i> 11(3), 120–129.</p>	
Objectifs	Découvrir les perspectives des femmes concernant leur expérience pendant le travail et l'accouchement dans une unité de soins dirigée par des sages-femmes.
Méthode	<p>Design : Etude qualitative, entretiens approfondis et ciblés. Période et lieu de l'étude : Lieu non précisé, 1995. Population : 32 femmes à faible risque obstétrical (reposant sur des résultats des statistiques locales et nationales). Variables : Expérience de la naissance. Outils : Entretiens approfondis et ciblés.</p>
Procédure	Entrevues approfondies et ciblées dans le service du PP ou à domicile entre 3 et 5 mois PP. Des bandes sonores, des interviews ont été écoutées puis des notes ont été rédigées et utilisées pour orienter les entretiens ultérieurs, approfondir tous les aspects de l'expérience et améliorer la sensibilité théorique.
Résultats principaux	<p>L'équilibre entre le contrôle personnel perçu et le soutien perçu Beaucoup de femmes et leurs partenaires appréciaient le respect de l'autonomie et de l'intimité du couple tout en ayant la sécurité de savoir qu'en cas de nécessité quelqu'un viendrait immédiatement. Le fait d'avoir un soutien individuel tout au long du travail permet aux femmes d'exercer tout à la fois un contrôle personnel sur la situation et de choisir le niveau de soutien dont elles ont besoin en le modulant durant le travail. Les sages-femmes ont également permis aux partenaires de se sentir impliqués et de leur donner un rôle.</p> <p>Se sentir informée Les cours prénataux dans l'unité avaient contribué à bien préparer les couples. L'information aide ceux qui le souhaitent à se préparer à faire face aux événements au fur et à mesure qu'ils surviennent.</p> <p>Avoir des choix et prendre des décisions Le non-choix par rapport au développement des risques durant la grossesse ou l'accouchement est apparu comme un inconvénient. L'implication dans la prise des décisions est une composante importante du contrôle personnel et de l'autonomie. Le manque d'acceptation du transfert a affecté la façon dont certaines femmes ont fait face au travail de l'accouchement. Se sentir en contrôle et avoir le choix favorisent un sentiment de bien-être.</p> <p>Un environnement favorable La convivialité ne devrait pas être jugée uniquement par l'environnement physique mais devrait refléter des sentiments de familiarité, soutien et réconfort.</p> <p>Quelqu'un en qui avoir confiance Les patientes ayant eu un travail prolongé ou ayant nécessité un transfert quel que soit le moment (grossesse, durant le travail) étaient les moins susceptibles de bénéficier de la continuité des soins.</p>
Forces et limites selon les auteurs	<p>Forces : Des expériences diverses à différentes étapes du processus de réflexion ont pu être récoltées. L'échantillon est suffisamment grand pour garantir qu'aucune nouvelle catégorie ne puisse émerger. Limites : Résultats se limitant à un échantillon de femmes ayant une identité locale particulière, peu de diversité ethnique et de déprivation urbaine. Femmes vivant dans une zone où les services de maternité communautaires et hospitaliers sont de bonnes qualités et disponibles. Résultats ne pouvant être généralisés. Biais subjectifs de l'analyse qualitative.</p>

5.5 Etude n°5

Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study. Rowe, R. E., Kurinczuk, J. J., Locock, L. & Fitzpatrick, R. (2012b) <i>BMC pregnancy and childbirth</i> , 12(1), 129.	
Objectifs	Décrire et explorer les expériences ainsi que les besoins d'information et de soutien des femmes transférées depuis une unité de soins dirigée par les sages-femmes en Angleterre.
Méthode	<p>Design : Etude qualitative, entretiens semi-structurés.</p> <p>Période et lieu de l'étude : Angleterre, de mai 2009 à mars 2010.</p> <p>Population : 30 femmes enceintes majeures ayant été transférée en OU depuis une MU (AMU et FMU) plus de 12 mois avant l'interview. (critères exclusion non précisés).</p> <p>Variable : Expériences du transfert.</p> <p>Outils : Analysing qualitative data, Pope, Ziebland & Mays <i>3rd Edition</i> ; Verbatim, NVivo 8</p>
Procédure	<p>Groupe unique.</p> <p>30 femmes recrutées via des sages-femmes, médias sociaux, journaux etc.</p> <p><u>1er stade</u> : récit des femmes de leur expérience du transfert.</p> <p><u>2e stade</u> : entretien semi-dirigé (questions complémentaires et ciblées).</p> <p>Interviews au domicile des participantes, retranscrites et analysées par deux logiciens puis systématiquement codées et analysées par thèmes.</p>
Résultats principaux	<p>La plupart des femmes espéraient ou s'attendaient à une naissance naturelle et ne pensaient pas être transférées. Le transfert était alors une déception. Des soins attentionnés et la préparation au transfert ont aidé les femmes à s'adapter à l'évolution de leur situation.</p> <p>Un petit nombre de femmes, souvent dans un contexte de travail prolongé, a décrit le transfert comme un soulagement.</p> <p>Pour les femmes transférées depuis une FMU, le voyage en ambulance était une période de «limbo¹». Les femmes étaient inquiètes ou ont eu peur de ce qui allait arriver. Elles se qualifiaient comme des participantes passives, se sentant «transportées» plutôt que soignées. Pour beaucoup, c'était un contraste direct avec les soins qu'ils ont reçus dans l'unité de sage-femme.</p> <p>Après le transfert, la plupart des femmes ont apprécié l'opportunité de pouvoir parler de leur expérience afin de comprendre ce qui s'est passé. Elles n'ont pas nécessairement cherché à le faire si ce n'était pas proposé.</p>
Forces et limites selon les auteurs	<p>Forces : Femmes originaires de différentes parties de l'Angleterre, planification de l'accouchement dans les deux types d'unité, larges éventails d'expériences, pas de preuve que les femmes ayant eu des problèmes étaient plus motivées à participer à l'étude</p> <p>Limites : Échantillon peu varié : individus principalement de couleur blanche, plus âgés et plus riche que la moyenne nationale, avec souvent des femmes primipares (reflète la majorité de la population des FMU, mais pas celle des AMU, plus variée). Seules deux femmes transférées en PPI.</p>

¹ en anglais ce mot caractérise une situation incertaine que vous ne pouvez pas contrôler et dans laquelle il n'y a pas de progrès ou d'amélioration possibles (Cambridge Dictionary, 2018, traduction libre)

5.6 Analyse éthique des articles

1	Overgaard, Fenger-Grøn & Sandall (2012)	Ethique
	<ul style="list-style-type: none"> → Approbation éthique fournie par “the Danish Data Protection Agency”. → Confidentialité et anonymat respectés. → Consentement fourni lors du renvoi du questionnaire. 	Respectée ✓
2	Macfarlane, Rocca-Ihenacho, Turner & Roth (2014)	
	<ul style="list-style-type: none"> → Demande de consentement éthique présentée à “the City and East London Ethics Committee for ethics”, lequel a jugé une approbation officielle non nécessaire car l’étude est une évaluation des services de soins. → Consentement éclairé. 	Respectée ✓
3	Tingstig, Gottvall, Grunewald & Waldenstroem (2012)	
	<ul style="list-style-type: none"> → Étude approuvée par “the Research Ethic Committee at the Karolinska Institutet, Stockholm”. → Consentement fourni lors du renvoi du questionnaire. → Confidentialité et anonymat respectés. 	Respectée ✓
4	Walker, Hall & Thomas (1995)	
	<ul style="list-style-type: none"> → Étude approuvée par “the NHS Trust and Local Research Ethics Commitees”. → Confidentialité et anonymat respectés 	Respectée ✓
5	Rowe, Kurinczuk, Locock & Fitzpatrick (2012b)	
	<ul style="list-style-type: none"> → Etude examinée et approuvée par “the National Research Ethics Service, Berkshire Research Ethics Committee”. → Consentement éclairé. → Anonymat respecté (utilisation de pseudonymes pour les extraits d’interviews). 	Respectée ✓

6. Analyse critique

Les cinq articles choisis vont maintenant être analysés d'un point de vue critique à l'aide du Guide francophone d'analyse systématique des articles scientifiques (GFASAS, Tétreault, Sorita, Ryan & Ledoux, 2013).

6.1 Design

Aucune des études n'étant randomisée, le niveau de preuve apporté n'est donc pas le plus élevé dans la hiérarchie proposée par la HAS (2011). En revanche, l'étude d'Overgaard, Fenger-Grøn & Sandall (2012) est une étude de cohorte, ce qui apporte un niveau de preuve intéressant. La non-randomisation respecte le choix des femmes concernant leur lieu d'accouchement. En effet, il paraît éthiquement difficile d'imposer un lieu aux femmes en randomisant les échantillons. Pour le sujet d'étude, les designs semblent adaptés.

6.2 Echantillon

Lieux : Les études se déroulent en Angleterre, au Danemark et en Suède, pays culturellement et socioéconomiquement similaires à la Suisse. Cependant, leur système de santé varie quelque peu : en Angleterre et en Suède, les accouchements en MU et à domicile y sont plus répandus. En revanche, au Danemark, les MU sont peu développées. Dans l'étude de Walker, Hall & Thomas (1995), le lieu n'est pas précisé.

Aspects sociologiques et culturels : Dans ces trois pays, les sages-femmes semblent être les professionnelles de premier recours pour les soins de santé en maternité si la situation est physiologique. Le contexte des soins est extrêmement bien décrit dans l'étude d'Overgaard et al. (2012), permettant d'avoir une vision globale des services de santé périnataux au Danemark. Toutefois, autant de précisions ne sont pas retrouvées dans les autres études analysées. Dans l'étude de Macfarlane, Rocca-Ihenacho, Turner & Roth (2014), la population est issue d'un quartier défavorisé multiethnique rendant les résultats peu transposables à la population générale. Overgaard et al. (2012) ont inclus dans leurs groupes des femmes avec un niveau d'éducation et d'emploi différents. Dans les trois autres articles, les populations étudiées sont typiques aux MU.

Critères d'inclusion et d'exclusion : Les études de Walker et al. (1995), d'Overgaard et al. (2012) et de Macfarlane et al. (2014) se basent sur des guidelines (NICE, NHS Trust) afin de définir la population des femmes incluses dans l'échantillon.

Ceci appuie la pertinence du recrutement effectué. Dans l'étude de Rowe et al. (2012b), ces critères sont peu détaillés et implicites.

Taille : Les échantillons des études qualitatives sont importants pour ce modèle d'étude (30 et 32). Il en est de même pour les articles quantitatifs. Les études expliquent la procédure les ayant menées à ce nombre-là.

Homogénéité entre les groupes et correction des biais : Dans l'étude d'Overgaard et al. (2012), les groupes ont été rendu significativement homogènes. Tingstig, Gottvall, Grunewald & Waldenström (2012) ont réalisé des ajustements statistiques, mais de possibles différences peuvent être présentes. Les groupes ne sont pas homogènes concernant la parité : les résultats ont dû être séparés en deux sous-groupes, cela rend l'interprétation plus difficile. Macfarlane et al. (2014) signalent une importante différence entre les deux groupes malgré le respect des critères d'admission en MU. Un biais de sélection existe car les femmes ont choisi leur lieu d'accouchement. Leurs attentes, attitudes et personnalités sont ainsi possiblement différentes.

6.3 Échelles de satisfaction

Trois des études choisies (Overgaard et al. (2012) ; Tingstig et al. (2012) ; Macfarlane et al. (2014)) utilisent des questionnaires différents, remplis à des périodes variées. Cela réduit la comparabilité des résultats. Ils ont été repris d'autres études ou adaptés au contexte et dans ce cas, testés par des études pilotes. Ceci assure la fiabilité des questionnaires. Macfarlane et al. (2014) ont utilisé deux questionnaires distincts pour leurs deux phases, ce qui rend inégal l'investigation auprès des femmes. Ils ont été traduits dans plusieurs langues afin d'inclure à l'étude un large panel de femmes. Ce n'est pas le cas pour l'étude de Tingstig et al. (2012). Les items analysés ainsi que les échelles de cotation sont explicités dans chacune des études. Cependant, une échelle à 5 points est parfois utilisée permettant aux femmes de répondre de manière neutre. Il n'a pas pu être déterminé si cela crée un biais ou non. L'étude de Macfarlane et al. (2014) a été réalisée par téléphone, les deux autres sur papier. Il est probable que des biais d'interprétation et de collecte de données se soient introduits, les personnes se sentant peut-être moins libres d'exprimer leurs opinions par téléphone.

6.4 Type d'entretien utilisé

Le type d'entretien semi-directif qui est utilisé dans les deux études qualitatives permet de faire émerger des thèmes de manière plus spontanée par les participantes. Ainsi le chercheur n'induit pas la réponse de la participante avec des questions précises.

7. Analyse thématique

Ce chapitre est consacré à l'étude des articles présentés, selon une analyse thématique. Quatre thèmes principaux ont été mis en avant, permettant de répondre à la question de recherche de ce travail. Ces thématiques ont été choisies en raison de leur récurrence dans les différentes études et pour les résultats pertinents qu'elles suggèrent.

7.1 La relation avec la sage-femme

Plusieurs études rapportent le rôle positif de la disponibilité de la sage-femme pour la patiente. Les sages-femmes sont plus susceptibles de pouvoir faire du *one-to-one* en MU (différence=-36.9, IC=-47.9, -23.6) (Macfarlane et al., 2014). L'étude de Walker et al. (1995) mentionne que les femmes pouvaient compter sur le soutien immédiat des sages-femmes dès qu'elles en ressentaient le besoin. Les multipares de la MU, dans l'étude de Tingstig et al. (2012), ont davantage reçu le soutien dont elles avaient besoin de la part de la sage-femme par rapport au groupe OU ($p < 0,001$). Cependant, dans le groupe des primipares, ce résultat n'est pas significatif ($p = 0.17$). D'après Walker et al. (1995), un accompagnement en *one-to-one* ne signifie pas une présence ininterrompue dans la salle d'accouchement. L'équilibre entre le besoin de contrôle et le besoin de soutien varie considérablement. Certaines femmes appréciaient quand la sage-femme restait auprès d'elles et les encourageait durant tout le travail. D'autres souhaitaient rester seules avec leur conjoint, notamment lors de la première phase du travail. Le sentiment de contrôle était présent lorsque la femme percevait que la sage-femme serait disponible rapidement, en cas d'appel. Overgaard et al. (2012) rapportent des résultats non significatifs entre les deux unités quant à l'expérience des femmes concernant les pertes de contrôle externe, sur les actions du personnel ($p = 0.0061$) et interne, sur le travail ($p = 0.0310$). En effet, les deux groupes ont maintenu un sentiment de contrôle. De plus, ils ont relevé une bonne utilité des suggestions de la sage-femme pour soulager la douleur, sans différences significatives entre les deux groupes ($p = 0.0038$).

Un autre aspect de la relation souligné par les femmes est leur perception positive du soutien de la sage-femme ($p < 0.0000$) (Overgaard et al., 2012). Les femmes ayant prévu d'accoucher à la FMU ont reporté des témoignages positifs sur les points suivants : sentiment d'avoir été écoutées, soutenues et bien soignées par la sage-femme.

Elles étaient significativement plus nombreuses à dire que l'équipe était gentille et compréhensive (différence=-38.1, IC=-47.7, -27.4), qu'elles ont été traitées avec respect et dignité (différence=-34,8, IC=-44.6, -23.8) et que leur intimité a été respectée (différence=-19, IC=-28,9,-8,1) (Macfarlane et al., 2014). Les sages-femmes des MU ont aussi été perçues comme plus attentives envers les besoins psychologiques ($p<0.0000$) des femmes et envers leurs souhaits pour l'accouchement ($p<0.0000$). Elles étaient plus susceptibles d'être présentes quand les femmes le voulaient ($p<0.0000$) (Overgaard et al., 2012). Toutefois, dans l'étude de Macfarlane et al. (2014), il apparaît qu'un nombre de femmes ayant accouché en MU ne se sont ni senties entendues, ni respectées dans leur prise de décision. Dans l'étude de Tingstig et al. (2012), il ressort de nombreuses différences statistiquement significatives entre les primipares et multipares pour certains aspects des soins. En effet, les multipares du groupe MU s'avèrent être plus satisfaites que celles du groupe OU quant au soutien reçu par la sage-femme, au fait d'être considérées comme des personnes uniques, d'avoir été prises au sérieux, d'avoir eu l'occasion de parler des difficultés rencontrées et vis-à-vis de la compréhension de la situation (pour toutes ces issues, $p<0,001$). Ceci ne s'est pas retrouvé pour les primipares sauf pour l'issue "occasion de parler des difficultés rencontrées" ($p<0,04$). Le soutien perçu dépend également de la personne qui le donne : ce doit être une personne de confiance. Connaître la sage-femme avant le travail permet à certaines femmes de se sentir moins vulnérables et plus en confiance. Pour d'autres, la rencontrer au moment de l'accouchement n'empêche pas une relation forte d'être créée (Walker et al., 1995).

7.2 L'information reçue

Quatre des cinq études mettent un accent sur l'information donnée aux couples. L'étude de Overgaard et al. (2012), souligne le besoin pour les femmes d'être informées. Le niveau d'information est perçu d'une façon significativement meilleure pour les femmes ayant accouché en MU que celles ayant accouché en OU ($p<0,0000$). L'étude de Walker et al. (1995) insiste, elle aussi, sur l'importance de l'information donnée aux couples, celle-ci formant la base de l'éducation prénatale. Cela fait écho à l'étude de Rowe et al. (2012b), dans laquelle les femmes avaient effectivement des attentes sur les informations données avant la naissance, comme avoir des connaissances sur les taux de transferts et être rassurées sur son processus. Cependant, ces informations doivent être individualisées et non pas standardisées (Walker et al., 1995). Les couples dont l'accouchement ne s'est pas déroulé comme ils l'avaient souhaité, expriment plus de critiques vis-à-vis de l'information donnée.

Selon eux, les soignants devraient souligner le fait que chaque accouchement est unique. Parler des difficultés de l'accouchement est important, dans le sens où cela peut aider les couples à faire face aux imprévus de la naissance et n'est pas à l'origine d'effets négatifs (Walker et al., 1995). Certaines femmes ont en effet décrit les informations reçues par les soignants comme peu claires, floues et imprécises, alors qu'elles auraient aimé être informées des potentielles complications que présente un accouchement (Rowe et al., 2012b). Pour Walker et al. (1995), l'information est un pré-requis essentiel pour le contrôle personnel. Macfarlane et al. (2014) mettent en avant le fait que les femmes des deux groupes (MU et OU) se disaient insatisfaites de leur accouchement si elles ne s'étaient pas senties impliquées dans les prises de décision par les équipes. Le fait de se sentir informée par la sage-femme de tous les facteurs qui entourent la situation a permis à certaines femmes de prendre une décision pour un éventuel transfert (Rowe et al., 2012b). Parfois, dans des situations urgentes, des femmes se sentaient faussement rassurées et avaient le sentiment qu'on leur cachait des informations. D'après elles, se sentir pleinement informées les aurait aidées à pouvoir se concentrer sur ce qui se passait, sans se préoccuper de la suite de la prise en charge (Rowe et al., 2012b).

7.3 Le vécu du transfert

Dans l'étude de Overgaard et al. (2012), 62,5 % des femmes transférées indiquent un score de satisfaction de 5-6 / 6 correspondant à une satisfaction élevée. D'une manière générale, les études rapportent une bonne satisfaction globale de l'accouchement, lorsque la femme a été transférée, à la condition qu'il y ait une communication adéquate entre les deux équipes (Macfarlane et al., 2014) et une continuité des soins sage-femme (Macfarlane et al., 2014 ; Rowe et al., 2012b ; Walker et al., 1995). La satisfaction de l'accouchement baissait si les transmissions avaient été faites dans un climat tendu (Macfarlane et al., 2014). Le changement de sage-femme entraîne souvent une déception (Rowe et al., 2012b). Dans le cas où la continuité ne pouvait être assurée, les femmes ont rapporté l'importance de recevoir cette information avant leur arrivée à l'OU. Une transition plus longue permet un meilleur vécu. Il ressort également que celles qui disent avoir le plus besoin de continuité sont celles le moins susceptibles d'en bénéficier (travail long, transfert en urgence, etc.) (Rowe et al., 2012). Le fait de devoir utiliser l'ambulance était perçu comme angoissant en raison des nouveaux professionnels impliqués, l'utilisation de l'ambulance pouvant être perçue comme une urgence vitale, de même la séparation avec le partenaire et/ou la sage-femme (Rowe et al., 2012b).

C'est aussi le manque d'informations données durant le transfert qui ressort comme impactant négativement le vécu de l'accouchement (Macfarlane et al., 2014). Lors du transfert, le thème de l'information reçue revient également dans l'étude de Rowe et al. (2012b) et de Walker et al. (1995). Les femmes rapportaient qu'avoir reçu des informations sur les raisons du transfert favorisait un meilleur vécu, particulièrement en cas d'urgence. Le degré de préparation au transfert est un des aspects primordiaux influençant le vécu de la femme. Il comprend l'information, en prénatal, d'un possible transfert et de ses modalités ainsi que de la façon dont la sage-femme les conduit vers cette décision. Dans ce dernier point, il est question de permettre à la femme de réaliser un processus mental l'amenant vers la décision du transfert (Rowe et al., 2012b). Il ressort que les femmes, déstabilisées par le transfert, gardent leurs questions pour elles. Lorsque les professionnels n'avaient pas anticipé les questions, le vécu du transfert était moins bon. Il apparaît parfois un manque de compréhension sur la raison du transfert, chez des femmes ne s'estimant pas à risque et ne voyant pas la prise en charge effectuée en OU comme compliquée (Walker et al., 1995). Plusieurs aspects influençant négativement le vécu ont été mis en avant : le sentiment de perdre le contrôle (Walker et al., 1995 ; Rowe et al., 2012b), un plan précis et une idéalisation de l'accouchement (Walker et al., 1995 ; Rowe et al., 2012b), la peur de l'inconnu (Rowe et al., 2012b) ou encore le sentiment de perte de dignité (transfert à la hâte sans respect de l'intimité par exemple) (Rowe et al., 2012b). Un panel de femmes exprime un soulagement face au transfert, une sorte de nouveau départ. Ceci concerne particulièrement les femmes vivant un (pré-)travail prolongé, celles étant épuisées, ne supportant plus la douleur ou ayant un mauvais vécu de leur suivi en MU (Rowe et al., 2012b). De plus, une attitude de non-acceptation du transfert a été mise en lien avec une attitude négative face à l'accouchement en OU ainsi qu'une plus grande difficulté à gérer la douleur. Certaines femmes rapportent qu'une attitude plus ouverte de leur part aurait favorisé un meilleur vécu de leur séjour en OU (Rowe et al., 2012b).

Pour terminer, un des aspects fondamentaux rapporté de façon quasi systématique est l'importance d'un débriefing post-partum afin de comprendre "pourquoi". Il est essentiel que cet entretien soit réalisé de manière posée, avec attention de la part du professionnel et non pas entre deux soins dans la chambre de la patiente (Rowe et al., 2012b).

7.4 L'environnement lors de l'accouchement

La satisfaction globale des couples quant à l'environnement de la naissance est plus élevée dans les MU dans les différentes études de notre revue de littérature.

Walker et al. (1995) suggèrent que la convivialité n'est pas uniquement jugée sur l'environnement physique. Elle peut également être retrouvée à travers un sentiment de familiarité, de soutien et de réconfort perçus par les mères et leur partenaire. La gentillesse et la sympathie dont la sage-femme fait preuve pour accompagner les femmes ont une influence sur la manière dont elles perçoivent l'unité de naissance. Cet environnement convivial permet également aux patientes d'être plus détendues, y compris dans des circonstances plus compliquées (Walker et al., 1995). L'atmosphère de calme et de détente que créent les sages-femmes dans leurs unités de soins permet de soutenir l'idéal d'une naissance naturelle (Rowe et al., 2012b). De manière globale, les cinq articles décrivent l'environnement des MU comme un endroit chaleureux. L'étude de Tingstig et al. (2012) démontre clairement une satisfaction pour les femmes du cadre très calme et non stressant qui a été mis en place. En effet, des résultats significatifs ont été rapportés concernant la perception de l'atmosphère et de l'environnement de naissance de la MU par rapport à l'OU ($p < 0.001$). Les items suivants ont été évalués: très calme, vraiment personnel, agréable et pas du tout stressant. La satisfaction pour chacun de ces points était plus élevée dans l'unité de soins sages-femmes ($p < 0.001$).

En ce qui concerne l'environnement physique, pour Walker et al. (1995) il est très similaire dans les deux unités avec un équipement médical moins important pour les MU. Toutefois, ils nuancent ces résultats en mentionnant que, pour certaines patientes et leur conjoint, la possibilité de visualiser les installations médicales pouvait être rassurante. C'est une des raisons qui est mentionnée par certains couples faisant le choix d'une naissance en OU. L'opportunité pour le père de pouvoir passer les nuits sur le lieu de naissance est un élément important pour les couples qui contribue à rendre l'atmosphère des MU plus familiale et à améliorer la satisfaction des couples concernant cette période de soins (OR=1.7, IC 1.2 - 2.3) (Tingstig et al., 2012).

Dans l'étude concernant les transferts (Rowe et al., 2012b), le moment du transport en urgence, en ambulance, est décrit comme étant effrayant avec un changement d'environnement soudain. L'environnement décrit comme inconfortable et étranger contraste fortement avec l'atmosphère favorable expérimentée en MU.

8. Discussion

L'analyse des résultats des études choisies a permis d'identifier les principaux thèmes répondant à cette question de recherche. Ceux-ci vont être repris et complétés avec d'autres études issues de la littérature. Les résultats divergents seront également exposés et débattus.

8.1 L'importance de la posture de la sage-femme

Continuité des soins

Plusieurs études rapportent l'importance de la continuité des soins, afin de favoriser un bon vécu de l'accouchement. La revue Cochrane, sur ce thème, appuie les résultats trouvés sur ce sujet. Elle mentionne que les soins de soutien prodigués durant le travail peuvent améliorer le processus physiologique de celui-ci, ainsi que le sentiment de contrôle et de confiance des femmes dans leur propre force et capacité à donner naissance (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa & Cuthbert, 2017). Les différents aspects de la continuité des soins semblent une réponse adéquate à un suivi personnalisé de la femme. Les éléments principaux de ce type de suivi sont le temps que la sage-femme passe auprès de la femme et le soutien émotionnel que celle-ci lui procure ; un nombre de sages-femmes limité et rencontré par la femme durant le travail et l'accouchement ; la possibilité d'avoir déjà rencontré la sage-femme auparavant. Cependant, ces trois aspects seraient moins importants que le soutien émotionnel et le fait d'être traité comme une personne unique (Tingstig et al, 2012).

Les couples se montrant anxieux face à l'accouchement, ayant un travail prolongé ainsi qu'un transfert en urgence, apparaissent comme ceux les plus susceptibles de nécessiter une continuité des soins (Walker et al., 1995). Et malheureusement, ce sont ceux qui en bénéficient le moins souvent (Rowe et al., 2012b).

Sentiment de contrôle

Les notions concernant le sentiment de contrôle sont vastes. Des définitions différentes sont proposées dans la littérature. Bruchon-Schweitzer & Boujut (2014), le définissent ainsi : "Le sentiment de contrôle consiste à croire que, grâce à nos capacités et à nos actions, nous pouvons atteindre nos objectifs et éviter les situations déplaisantes." (p.290). Un de ses aspects est le contrôle perçu. Il dépend des caractéristiques de l'individu et de celles de la situation. Il consiste à croire que l'on dispose des ressources personnelles permettant d'affronter ou de maîtriser un ou des événements. C'est un processus évolutif en lien avec le stress perçu (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014).

Le sentiment de contrôle est une notion subjective, qui est propre à chaque personne. Le comportement des soignants peut directement l'améliorer ou l'entraver (Halldorsdottir & Karlsdottir, 1996). C'est pourquoi, il est important d'essayer de bien comprendre ce que la femme ressent et de reconnaître ses besoins spécifiques en ouvrant le dialogue avec elle, afin de ne pas rester sur des hypothèses. C'est un élément qui ressort positivement dans les études de Tingstig et al. (2012) et d'Overgaard et al. (2012), vis-à-vis des MU où la communication et l'interaction avec la sage-femme sont décrits comme des expériences positives par la plupart des femmes, indiquant qu'elles se sont senties soutenues et écoutées dans leurs besoins. Le sentiment de contrôle provient aussi de la perception du soutien de la sage-femme et de la possibilité de lui céder le contrôle de la situation (Green & Baston, 2003). Il est dépendant des ressources et des options de choix possibles (Walker et al., 1995). Par exemple, certaines femmes ne nécessitent pas une présence continue de la sage-femme en salle d'accouchement. Ceci est certainement dû à une balance équilibrée entre soutien perçu et contrôle personnel, permettant à la femme d'utiliser ses ressources internes (Walker et al., 1995). Le partenaire ou un autre proche peut également être vu comme une ressource importante pour les femmes, répondant à leur besoin de soutien (Aune et al., 2015). L'hypothèse peut donc être émise que, lorsque la sage-femme n'est pas disponible, la femme peut faire appel à son mari. Il est important que le recours à cette ressource soit un choix et non une fatalité comme cela est parfois le cas dans les unités hospitalières en raison de la surcharge de travail de l'équipe soignante (Aune et al., 2015 ; Tingstig et al., 2012 ; Walker et al., 1995). Cette surcharge peut induire un stress important chez les femmes et leur conjoint (Tingstig et al., 2012) en raison de l'indisponibilité de la sage-femme.

Dans l'étude d'Overgaard et al. (2012), la différence entre les deux unités n'est pas significative : les scores concernant la perception du sentiment de contrôle étaient élevés dans les deux groupes. Cela peut être dû à la philosophie des soins qui était, dans les unités étudiées, axée sur les soins centrés sur le patient. Il serait possible de retrouver d'autres résultats dans des OU n'utilisant pas cette philosophie. Cet élément est intéressant et peut démontrer qu'un changement de philosophie peut déjà être probant.

Il faut parfois nuancer certains résultats concernant le sentiment de contrôle, car les groupes de femmes appartenant aux MU sont souvent des individus ayant précédemment développé certaines ressources avec des attentes parfois précises sur ce type de lieu de naissance.

Les femmes intéressées par les centres de naissances sont souvent plus impliquées dans leur prise en soins et sont plus concernées par les aspects psychologiques de la naissance (Waldenström & Nilsson, 1993). Il faut encore relever que l'effet bénéfique du contrôle perçu n'est pas systématique. Il peut interagir avec différentes caractéristiques personnelles (auto-efficacité, croyances de santé, stress perçu, soutien social perçu, comportements de santé, coping) et situationnelles (contrôlabilité, durée, gravité, etc.) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.456).

One-to-one

Le *one-to-one* se traduit par l'accompagnement d'une sage-femme pour une seule parturiente. Dans les deux paragraphes précédents, l'importance de la présence et de la disponibilité de la sage-femme pour le couple est bien comprise. Ceci permet à la sage-femme de se focaliser davantage sur les dimensions psychologiques et de porter une attention particulière aux besoins et aux souhaits concernant la naissance (Overgaard et al., 2012). Walker et al. (1995) mentionnent que le soutien perçu n'est possible que si la sage-femme est réellement disponible pour la femme et que le niveau des effectifs est adéquat pour permettre des soins *one-to-one*. Mais dans un contexte de travail en institution, qu'en est-il de la capacité des sages-femmes à pouvoir assurer le support nécessaire à la femme afin de la soutenir et de lui permettre d'utiliser ses ressources ? Elles ont en principe la responsabilité de plus d'une femme en travail. Elles travaillent souvent en équipe réduite (Bohren, Hofmeyr, Sakala, Fukuzawa, & Cuthbert, 2017) et leur capacité à soutenir et à mettre leur compétence au service de la future maman devient de plus en plus difficile. La Suisse Romande ne fait pas exception à cette règle. La fermeture de plusieurs maternités en hôpitaux périphériques a contraint les femmes à se regrouper dans les centres restants, augmentant ainsi le nombre de naissances annuelles de ces lieux. La charge de travail actuelle demande à la sage-femme de prioriser ses soins. Bien souvent, elle est amenée à traiter les situations obstétricales les plus urgentes et ne peut se rendre disponible pour la femme lorsque sa présence devient nécessaire. Or, les résultats de l'étude menée par Macfarlane et al. (2014) suggèrent que le temps passé par la sage-femme durant la période de contractions douloureuses peut avoir un impact sur la satisfaction générale des soins intrapartum. Il peut ainsi être relevé que, moins la sage-femme a de temps à disposition auprès des femmes, moins ces dernières seront satisfaites de leur accouchement, et inversement.

Cela fait écho aux études de Halldorsdottir & Karlsdottir (1996) et de Green & Baston (2003) qui affirment que la douleur et l'inquiétude face à celle-ci sont des éléments pouvant fortement influencer et menacer le sentiment de contrôle interne de la femme, et qui auront un retentissement sur l'expérience de la naissance (Overgaard et al., 2012). C'est pourquoi la manière dont la femme se sent soutenue durant la période de contractions douloureuses est très importante. Il peut également être noté que si la sage-femme connaît bien la parturiente, elle sera à même, à ce moment-là, d'optimiser ses ressources. Macfarlane et al. (2014) mentionnent encore que le groupe de femmes suivi en OU a bénéficié d'un taux de soins *one-to-one* moins élevé qu'en FMU. L'hypothèse peut être émise que les sages-femmes travaillant en maison de naissance peuvent offrir ce type de soutien aux femmes car la plupart du temps, elles s'occupent uniquement de leur patiente en travail.

Environnement

Trois études de cette revue de littérature mentionnent l'impact de l'environnement des MU. Il en ressort deux composantes : l'environnement physique et l'atmosphère. La perception qu'a la femme de son environnement et l'atmosphère créée par la sage-femme ont plus d'influence sur la satisfaction des couples (Tingstig et al., 2012). D'après Aune et al. (2015), le soutien des proches participe également à créer un environnement sécurisé.

Les femmes apprécient en général l'environnement *home-like* des centres de naissance (Overgaard et al., 2012 ; Macfarlane et al., 2014). Avec la décentralisation de la naissance dans le milieu hospitalier, la nécessité de transformer les salles d'accouchement en un lieu plus accueillant est apparue aux Etats Unis vers les années 1980. Le matériel médical est devenu moins apparent et des éléments plus cosy ont fait leur apparition permettant aux parents d'appréhender les lieux différemment et d'éviter de conceptualiser la naissance comme étant quelque chose de pathologique (Fannin, 2003). Shaw & Kintzinger (2005) et Davis-Floyd & Davis (1996), cités par Mc Court, Rayment, Rance & Sandall (2014) ont suggéré que les femmes se sentent plus en contrôle de leur accouchement à la maison ou dans des environnements familiaux tels que les centres de naissance autonomes. L'une des raisons invoquées pour expliquer ce sentiment de contrôle est que la femme a le statut de résidente à domicile et que la sage-femme est visiteuse, alors qu'à l'hôpital ces rôles sont inversés. Gilmour (2006), cité par Mc Court et al. (2014), affirme ainsi que transformer les espaces hospitaliers afin qu'ils soient plus *home-like*, permettrait de diminuer la dominance des valeurs bio-médicales.

Cette revendication est contestée par Fannin (2003), cité par Mc Court et al. (2014), qui dit qu'il est trop présomptueux de supposer que rendre l'espace hospitalier plus comme une ambiance "à la maison" repoussera l'influence déterminante de la biomédecine. Ces propos sont nuancés par certains auteurs déclarant que la maison ne signifie pas toujours l'autonomie ni le contrôle corporel et que l'environnement domestique n'est pas l'endroit le plus sûr pour toutes les femmes (Mc Court et al., 2014). De plus, les femmes ne rapportent pas d'expériences négatives concernant l'environnement physique lorsqu'elles accouchent en milieu hospitalier (Macfarlane et al., 2014). La perception d'un environnement familial reste aussi personnelle à chacune. Comme nous l'avons vu dans l'étude de Walker et al. (1995) pour certaines femmes, le fait d'avoir des équipements médicaux apparents participent au sentiment de sécurité qu'elles peuvent ressentir et contribuer au fait qu'elles auront un bon vécu de leur accouchement.

L'environnement physique des MU peut avoir un impact sur le bien-être de la future maman et peut influencer les comportements et les attentes des utilisateurs et de l'équipe de soins (Overgaard et al., 2012). Cependant l'aspect physique de l'environnement n'influence pas directement la satisfaction des mères (Tingstig et al., 2012 ; Overgaard et al., 2012 ; Macfarlane et al., 2014). Par ailleurs, les femmes restent beaucoup plus sensibles à l'attitude de l'équipe et à ses compétences en matière de communication (Macfarlane et al., 2014). C'est plutôt l'utilisation des équipements par le personnel soignant qui fait la différence. La déambulation par exemple est plus encouragée en MU que dans les OU. La clé de la différence semble donc plus résider dans la culture de soins en MU qui encourage son utilisation que dans le fait d'avoir un certain type de mobilier à disposition (Overgaard et al., 2012 ; Tingstig et al., 2012).

8.2 L'importance des informations reçues

Il ressort, dans les études choisies pour cette revue de la littérature, que la quantité et la qualité des informations reçues sont très importantes. Le fait, pour les parturientes, de se sentir informées durant tout le processus de l'accouchement, permet d'augmenter la satisfaction de l'expérience de la naissance (Overgaard et al., 2012). D'après les études de Macfarlane et al. (2014) et de Rowe et al. (2012b), ce sentiment d'être informé est intimement lié à la prise de décision éclairée et au sentiment de contrôle. Pour Cook & Loomis (2012), c'est le fait d'être informé tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, qui permet aux femmes de prendre des décisions éclairées et de les négocier avec l'équipe soignante.

De plus, les femmes et les couples cherchent à s'approprier des connaissances, et comptent sur les professionnels de la santé pour cela. Plus largement, il apparaît que les couples s'appuient sur l'expertise des soignants pour prendre des décisions éclairées. Ils se sentaient plus satisfaits s'ils se sentaient aidés dans leur prise de décision, et s'ils avaient confiance en la personne soignante (Walker et al., 1995), afin qu'elle puisse prendre une décision en leur nom (Cook & Loomis, 2012). En allant plus loin, ils rapportent qu'il est important pour les futurs et nouveaux parents de partager la même philosophie de la naissance que la sage-femme qui les accompagne. Ainsi, il ressort que les femmes et leur conjoint souhaitent recourir aux connaissances des soignants à titre d'information, et utiliser aussi leur expérience et philosophie, pour faire des choix judicieux. Les sages-femmes, en incorporant dans leur accompagnement ces notions de prise de décision et de choix éclairés, peuvent permettre une meilleure satisfaction de l'expérience de la naissance (Cook & Loomis, 2012).

Dans d'autres études issues de la littérature, des auteurs rapportent également l'importance que les informations données aux couples soient suffisantes, fiables, claires, précises et formulées dans un langage accessible (Benyamini, Molcho, Dan, Gozlan & Preis, 2017 ; Maillefer, de Labrusse, Cardia-Vonèche, Hohfeld & Stoll, 2015). Benyamini et al. (2017) relèvent qu'un facteur majeur dans l'insatisfaction des femmes est le manque de prise de décision éclairée, qui prendrait en compte les préférences des couples et fournirait toute la gamme d'options possibles dans la situation. Tout cela fait également écho aux recommandations émises par la HAS (2017) énonçant dans son document la nécessité d'informer les femmes et les couples afin de les aider à faire des choix éclairés et d'établir une discussion avec l'équipe soignante. Cela permet de prendre en compte au mieux les préférences et les attentes des couples et de rendre ainsi la femme actrice de son accouchement (HAS, 2017). Ce point est retrouvé dans l'étude de Maillefer et al. (2015), lorsque les femmes interviewées affirment souhaiter plus d'informations de la part des soignants, notamment sur les phases de l'accouchement, afin de mieux les comprendre. Cela les aidait effectivement à surmonter les étapes de l'accouchement.

Walker et al. (1995) citent Flessing (1993) mentionnant le fait que les femmes ont besoin d'être guidées pour interpréter leurs sensations durant le travail. Certaines auraient témoigné de leur anxiété et de leur déception face à leur accouchement car elles ne s'étaient pas senties informées et aidées ainsi.

Cette notion de stress et d'anxiété diminués par l'information reçue est retrouvée dans l'ouvrage "Psychologie de la Santé" :

La détresse d'un individu confronté à une situation stressante peut augmenter s'il n'est pas informé. La préparation à ... un accouchement ... comprend souvent un apport d'informations (déroulement de l'opération, sensations ressenties, etc.). Les patients recevant ces informations sont généralement moins anxieux avant et après l'intervention que ceux qui n'ont pas été informés (Nuissier, 1994, cité par Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.291).

Et inversement, est-ce que les informations données pourraient provoquer un stress chez les parents ? Aucune étude n'a été trouvée à ce sujet-là, malgré les recherches. Toutefois, il apparaît dans l'étude de Rowe et al. (2012b), que les femmes éprouvent de la difficulté à recevoir les informations à propos des risques et complications durant la grossesse et l'accouchement. Il est vrai que transmettre de tels éléments est délicat pour les soignants, car il faut trouver un bon équilibre, entre rester objectif et ne pas effrayer. Cependant, surtout en MU, il est nécessaire d'informer les couples sur les complications obstétricales, car elles sont à l'origine de transferts. Selon Rowe et al. (2012b), les femmes disant avoir reçu les informations quant aux transferts, déclarent également ne pas vouloir y penser ou alors penser que cela ne pourrait pas leur arriver. D'un autre côté, pendant le transfert, certains témoignages de femmes montrent qu'elles avaient eu la sensation de recevoir des informations vagues et imprécises, ou encore faussement rassurantes, nuisant ainsi grandement à leur satisfaction de l'expérience de la naissance. Il est donc important pour les femmes d'être informées pendant les transferts d'une part, parce que cela leur permet de prendre des décisions sur la suite de la prise en charge et d'autre part, parce que cela leur permet d'être rassurées.

D'après Rowe et al. (2012b), les femmes éprouvaient le besoin de reparler de leur accouchement et notamment du transfert, mais n'osaient pas aborder le sujet. Elles préféraient que la sage-femme l'évoque. Or il apparaît que ce n'est pas souvent le cas. De plus, les auteurs affirment qu'il pourrait y avoir une amélioration de la préparation des femmes aux transferts pendant la grossesse et également la conservation d'un soutien informatif durant le transfert, pour ne pas laisser les femmes avec des questions et préoccupations non résolues (Rowe et al., 2012b).

A la suite de ces lectures, le constat d'un manque d'information apparaît. Il pourrait conduire les femmes à une mauvaise interprétation de la situation et ainsi influencer leur vécu de l'accouchement.

Il est ainsi intéressant de se demander quelle influence ont l'éducation prénatale et les plans de naissance sur la satisfaction des femmes et des couples. La HAS recommande "d'encourager les femmes à préparer un projet de naissance ..., et à l'exprimer oralement ou par écrit. Ce projet comprend les préférences de la femme ou du couple quant aux modalités d'accouchement" (2017, p.12). Walker et al. (1995) affirment que l'information est indispensable pour l'éducation prénatale et pour pouvoir surmonter les événements liés à la périnatalité. Cependant, ces informations doivent être individualisées et non pas standardisées. Cela ressort également dans l'étude de Cook & Loomis (2012), dans laquelle ces auteurs affirment que les femmes recherchent des connaissances personnalisées pour faire leurs choix sur l'accouchement souhaité, et que l'un des moyens pour cela est l'information donnée par les soignants. Dans cette même étude, il a été analysé comment les femmes développaient leur plan de naissance initial et comment les changements apportés affectaient l'expérience globale de la naissance. Il apparaît que la satisfaction de la naissance est fortement corrélée au degré de changement dans le plan de naissance et au niveau de contrôle sur la prise de décision. Des changements drastiques comme un transfert de lieu et de personne soignante (de la sage-femme à l'obstétricien), l'utilisation de moyens antalgiques médicamenteux ou d'autres interventions médicales et un faible contrôle sur la prise de décision avaient un impact négatif sur la satisfaction globale de la naissance (Cook & Loomis, 2012). A l'inverse, un changement mineur et le maintien d'un certain contrôle sur la prise de décision n'avaient pas d'impacts négatifs. Il apparaît également que chez les femmes avec un plan de naissance flexible, une négociation avec les soignants était possible. Une information adéquate et complète, afin d'aider les couples à réaliser un projet de naissance réaliste et souple et un accompagnement dans une prise de décision éclairée sont très importants (Cook & Loomis, 2012).

8.3 La collaboration entre les équipes afin d'améliorer le vécu du transfert

Le transfert apparaît comme un des thèmes principaux lorsque l'on parle de MU. Il en est d'ailleurs question dans quatre des cinq études de la présente revue. Dans l'étude de Macfarlane et al. (2014), il ressort que toutes les femmes (celles accouchant en MU, en OU ou ayant été transférées) rapportent les mêmes aspects impactant positivement leur vécu : les compétences communicationnelles de l'équipe, le sentiment d'être soutenue et écoutée, la continuité des soins ainsi que l'implication de la sage-femme dans le soutien à la patiente.

Il est intéressant de voir que les mêmes thèmes influencent positivement la satisfaction des femmes en MU et continuent de jouer un rôle primordial dans leur vécu lors d'un transfert.

La continuité des soins semble d'office interrompue au moment du transfert, car la patiente est remise dans les mains d'une nouvelle équipe. Toutefois, à défaut d'assurer la continuité du soignant, plusieurs éléments permettraient de favoriser un sentiment de continuité des soins aux femmes transférées : des transmissions claires et complètes, en leur présence, comprenant des aspects détaillés tels que leurs préférences, ainsi qu'une transition plus longue entre les équipes soignantes (Walker et al., 1995 ; Rowe et al., 2012b). Ces résultats font écho à ceux trouvés dans l'étude de De Jonge, Stuijt, Eijke & Westerman (2014), mettant en avant l'importance de la transition entre les deux équipes. Lorsque la sage-femme de la MU reste auprès de la femme plus longtemps, cela peut lui permettre de ressentir un sentiment de sécurité. Il est également relevé, dans cette même étude, que la présence de la sage-femme indépendante [SFI] jusqu'à l'accouchement n'est pas toujours attendue par la femme, sa présence étant nécessaire uniquement jusqu'à ce que la femme se sente en confiance avec l'équipe hospitalière.

L'étude de Macfarlane et al. (2014) rapporte également l'effet négatif d'un manque de communication entre les deux équipes sur l'expérience de transfert des femmes. Certaines femmes ayant même ressenti des tensions, ce qui ne les a pas aidées à se sentir en confiance. Pour Perdion et al. (2013), le succès d'une bonne collaboration réside dans la possibilité de créer une culture de communication ouverte.

Le taux de satisfaction reste variable d'une unité à l'autre. Il est particulièrement différent entre les FMU et les AMU, en étant meilleur en AMU (Rowe et al., 2012b). Ceci peut être expliqué par la facilité du transfert. Selon les types de MU, les modalités de transfert sont différentes. En effet, le temps de trajet est plus important au départ d'une FMU et l'utilisation d'une ambulance plus probable. On peut également émettre l'hypothèse que les équipes soignantes se connaissent mieux lorsque la MU est dans le même bâtiment, ce qui faciliterait la collaboration. Aucune étude n'a été retrouvée sur le sujet et il serait intéressant de pouvoir connaître le réel impact de cette hypothèse. Une autre question se soulève lorsque l'on parle d'AMU : y a-t-il plus de transferts évitables dus à la proximité et à la facilité de celui-ci ? Est-ce qu'au contraire les sages-femmes ayant la sécurité d'être dans le même bâtiment attendent plus longtemps avant d'effectuer le transfert ?

Dans plusieurs études, il est question de la préparation de la femme à l'éventualité d'un transfert. Rowe et al. (2012b) mentionnent que, lorsque la sage-femme a accompagné la parturiente dans son processus mental, en la préparant à la possibilité d'un transfert au fur et à mesure que des signes apparaissent, la femme rapporte une bonne expérience face à cet événement. Walker et al. (1995) mentionnent que la façon dont la femme perçoit l'accouchement en OU influence également le vécu du transfert et l'expérience de l'accouchement dans sa globalité. Avoir un esprit positif et ouvert face à l'OU pencherait alors positivement dans la balance.

8.4 Aspect ethnique et culturel

Overgaard et al. (2012) indiquent que les soins fournis en FMU sont une opportunité pour atténuer les désavantages sociaux et qu'ils conduisent à améliorer significativement l'expérience de la naissance pour le groupe de femmes ayant un faible niveau d'éducation et un faible niveau d'emploi. En effet, pour ce groupe de population, la satisfaction globale de l'expérience de la naissance était moins bonne en OU qu'en FMU. Zadoronzyj (1999), cité par Overgaard et al. (2012), mentionne que les femmes de la classe "ouvrière" entretiennent une approche plus fataliste de l'accouchement et qu'elles sont plus enclines à en confier le contrôle aux professionnels. Il est intéressant de noter que dans l'étude d'Overgaard et al. (2012), un faible niveau d'éducation chez les femmes avait un effet négatif significatif sur six aspects de soins (*soutien de la sage-femme ; informations données ; sentiment d'avoir été écoutée ; prise en considération des souhaits pour l'accouchement ; présence de la sage-femme au besoin ; satisfaction globale*) en OU versus deux en MU (*informations données, sentiment d'avoir été écoutée*). Il ressort donc que les soins sages-femmes en MU contribueraient à réduire une mauvaise satisfaction de l'accouchement. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles aient bénéficié d'une approche de soins centrée sur le patient, mettant l'accent sur la communication et le support personnel (Overgaard et al., 2012). Cette philosophie semble améliorer la satisfaction des soins chez un plus grand nombre de femmes. Les résultats de l'étude de Macfarlane et al. (2014) suggèrent également que les soins en MU sont bien appréciés par les différentes ethnies de femmes qui vivent dans la zone de l'est de Londres. Il reste encore des améliorations à apporter concernant ce groupe de femmes, mais il est prometteur de constater que les soins sages-femmes peuvent contribuer à diminuer les inégalités sociales (Overgaard et al., 2012).

9. Retour dans la pratique

A l'issue de cette revue de la littérature et au terme de la discussion, il apparaît que les résultats trouvés ne sont pas transposables à 100% à la pratique en Suisse. Cependant, des hypothèses d'amélioration peuvent être avancées afin de renforcer la satisfaction de toutes les femmes quelle que soit l'unité dans laquelle elles accouchent. Les MU étant peu nombreuses en Suisse et concernant une minorité de femmes, il nous semble essentiel de transférer les éléments permettant une meilleure satisfaction de l'accouchement à la pratique hospitalière, où une grande majorité de femmes est suivie.

9.1 L'information

Il ressort de notre travail de recherche que la notion de l'information donnée à la femme/au couple est très importante car elle influence l'expérience de la naissance. Différents outils sont apparus grâce aux résultats de cette revue de littérature et à nos réflexions.

Le consentement éclairé : il nous paraît important d'informer les femmes de manière neutre et réaliste, sans minimiser ni effrayer, afin qu'elles puissent faire de réels choix sans être influencées (Sue Brailey, 2005). Pour cela, les sages-femmes doivent fournir des informations actuelles et personnalisées à la situation et aux besoins de la femme/du couple. D'abord, prendre le temps pour discuter avec le couple, dans un langage accessible, puis ensuite s'assurer de leur compréhension, en leur demandant de reformuler les informations énoncées, nous semblent être des éléments pertinents pour fournir un consentement éclairé et non tacite. A titre d'exemple, une consultation prénatale avec une sage-femme indépendante dure une heure, versus une demi-heure en milieu hospitalier. Nous pouvons supposer que le manque de temps à disposition pour les couples lors des consultations prénatales peut créer une ambiance "stressante" pour ces derniers et donc les empêcher de poser leurs questions (Dahlberg et al., 2016). Il apparaît donc d'autant plus important que les sages-femmes hospitalières se montrent disponibles, calmes et à l'écoute afin de créer une ambiance de confiance, propice à l'émergence de réflexions et questionnements.

Les cours de préparation à la naissance : aujourd'hui bien ancrés dans la pratique des sages-femmes, il serait possible d'imaginer que les professionnelles insistent davantage sur la capacité des femmes à mettre au monde leurs enfants.

Si le fait de donner des informations sur la grossesse, l'accouchement et le post-partum permettait aux femmes d'envisager la périnatalité de manière plus sereine, il serait aussi important de leur donner les moyens d'utiliser leurs propres ressources. Un cours de préparation à la naissance et à la parentalité basé sur la Pleine Conscience (Duncan et al., 2017) nous paraît répondre à ce besoin. Des exercices corporels, de méditation et de relaxation permettraient à la femme d'augmenter son sentiment de contrôle. Elle pourrait exploiter ces outils au moment de l'accouchement. Ils seraient à inclure à la préparation afin de proposer aux femmes une prise en charge complète.

Le plan de naissance : comme vu dans la discussion, la satisfaction de la naissance est corrélée notamment au degré de changement entre le plan de naissance et ce qui arrive réellement au moment de l'accouchement. Il nous semble donc nécessaire d'aider les couples à réaliser un projet de naissance souple, flexible et réaliste. En cas de demandes paraissant irréalisables ou trop idéalistes, il est primordial que les sages-femmes puissent recentrer les couples. Une information adéquate et complète peut permettre d'éviter ce décalage. Celle-ci pourrait s'aider de l'entretien psycho-éducatif périnatal (Razurel, 2015) pour orienter les femmes. Pour celles souhaitant accoucher en MU, il nous paraît essentiel de fixer avec elles un "contrat" sur les modalités du suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, afin de s'assurer que ce type d'accompagnement leur convienne et permette un accord mutuel entre le couple et la sage-femme, sur la philosophie de soins comme c'est déjà le cas pour plusieurs maisons de naissance. Il nous semble essentiel que la problématique du transfert soit également abordée dans ce document, d'autant plus chez les femmes primipares qui ont un risque de transfert augmenté par rapport aux femmes multipares (Rowe et al., 2012b).

Information sur les lieux d'accouchement : nous estimons que toute femme enceinte devrait être informée sur les différents lieux dans lesquels elle peut accoucher dans sa région. A ce jour, nous n'avons pas trouvé de site internet réunissant toutes ces informations au même endroit. Cependant, nous avons pu voir que l'Angleterre dispose de plusieurs organisations et outils sur les lieux de naissance (sites internet et brochures d'information), validés par des institutions nationales comme la NHS et le NICE. Rien de tel n'a été retrouvé en Suisse. Pour cela, nous pouvons imaginer la création d'un site internet officiel, recensant dans les différents cantons les possibilités existantes pour les suivis de grossesse et les lieux d'accouchement.

Les sages-femmes indépendantes et agréées pratiquant des accouchements seraient également recensées. Afin d'assurer le recours de ce site aux futurs parents, il serait indispensable que tous les professionnels de santé travaillant en périnatalité en aient connaissance, afin de pouvoir divulguer son existence auprès des couples. Nous pourrions imaginer prendre contact avec la FSSF afin de voir si de telles démarches ont déjà été envisagées.

Parallèlement, nous pouvons nous intéresser aux prestations proposées par l'Arcade Sages-Femmes de Genève. Une fois par mois, cette association propose une séance d'informations intitulée "J'attends un enfant à Genève" et qui consiste en une rencontre entre un groupe de parents et deux sages-femmes, afin de discuter des différentes options concernant le suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. L'extrapolation d'une telle rencontre dans d'autres cantons semble judicieuse afin que chaque femme puisse être informée des possibles lieux de naissance dans sa région. Il est également important que ces informations soient proposées aux femmes de cultures différentes, à faible niveau d'éducation et d'emploi, afin de garantir une égalité des soins.

9.2 La continuité des soins

La notion de la continuité des soins nous paraît essentielle dans l'accompagnement des couples pour leur permettre un bon vécu de l'accouchement (Floris et al., 2017). Plusieurs notions appartenant à ce concept sont reprises dans les autres thèmes de ce chapitre comme l'information ou la capacité de la femme à prendre ses propres décisions. Une autre composante essentielle de la continuité des soins repose sur la reconnaissance des besoins individuels de la femme et la prise en compte de ses aspirations et attentes (Floris et al., 2017). Les soins centrés sur la femme se montrent personnalisés, holistiques et continus tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Un suivi de grossesse par une SFI répond tout à fait à ce besoin. Même si la femme accouche à l'hôpital, on peut recommander ce type de suivi. La sage-femme devrait tenir compte effectivement du lieu de naissance choisi par la femme, et adapter son suivi et ses conseils en conséquence. Le suivi global proposé aux Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG] permet aux femmes d'être suivies par un même groupe de sages-femmes durant les trois périodes périnatales. Cet accompagnement est grandement apprécié et demandé. Il répond aux attentes des femmes sur une prise en charge holistique, tout en maintenant un niveau de sécurité recherché par certaines parturientes qui ne sont pas prêtes à sortir des murs de l'hôpital.

On pourrait souhaiter qu'un tel projet voie le jour dans d'autres établissements. De même, les maisons de naissances, Aquila à Aigle, ou Gaïa à Sion, assurent un suivi périnatal complet avec un plateau technique à proximité, permettant un transfert rapide en cas de complications. C'est à notre connaissance, les seules structures intra-hospitalières en Suisse Romande. Une autre alternative pouvant correspondre aux attentes des femmes serait le suivi par une sage-femme indépendante proposant l'accouchement agréé en plateau technique à l'hôpital. Cette possibilité est peu répandue à ce jour en Suisse Romande mais elle est offerte à certains endroits dans le canton de Vaud, dans le Jura, à Neuchâtel et à Genève notamment par l'Arcade Sages-Femmes. L'accouchement ambulatoire est également une possibilité permettant de garder le suivi par la même sage-femme, hormis le moment même de l'accouchement.

En milieu hospitalier, même s'il n'est pas toujours possible d'avoir la même sage-femme pour tout le suivi, il est possible de s'en rapprocher et d'assurer une continuité des soins. En effet, aux HUG ou à l'hôpital de Fribourg [HFR] par exemple, les patientes ont la possibilité de faire suivre toute leur grossesse dans l'institution. Cela permet une transmission régulière des informations au reste de l'équipe soignante, la prise en compte des souhaits et des désirs de la patiente avec des discussions concrètes par rapport aux possibilités qu'offre l'institution. Dans les établissements où un suivi complet n'est pas possible, il est important d'encourager les femmes à venir faire leurs dernières consultations de grossesse dans l'établissement où elles souhaitent accoucher, afin de faire un lien entre le suivi par un gynécologue de ville ou une sage-femme indépendante par exemple. Cela permet une meilleure prise en compte des désirs de la femme et leur ajustement en fonction du lieu de naissance. De plus, il arrive parfois que la femme retrouve un intervenant déjà rencontré auparavant, le jour de son accouchement ou durant le post-partum. Ces situations sont souvent appréciées par les patientes comme en témoigne une sage-femme hospitalière : *“Quand je retrouve une femme pour laquelle j'ai effectué une consultation en fin de grossesse, il arrive qu'elle me dise qu'elle soit contente que ça soit moi, car elle espérait tomber sur une sage-femme qu'elle avait déjà rencontrée.”* Ainsi, la continuité relationnelle donne l'opportunité aux sages-femmes de fournir des soins de manière plus holistique (Dahlberg & Aune, 2013).

9.3 La posture sage-femme

La sage-femme joue un rôle d'accompagnement important. Une relation de confiance entre la femme et la sage-femme est essentielle pour l'aspect émotionnel d'une expérience de naissance positive (Dalhberg et al., 2016). La mise en place de cette relation nécessite de la part de la sage-femme de l'empathie, une attitude non-jugeante et une acceptation inconditionnelle de la personne. Nous savons que la qualité de cette relation va susciter l'émergence des sentiments de contrôle, de force, de satisfaction et de réassurance chez les femmes (Dalhberg et al., 2016).

En tant que sage-femme, nous exécutons de nombreuses actions au cours de notre prise en soins, nécessaires au bon déroulement du travail et de l'accouchement. Cela ne signifie pas pour autant que nous ayons établi une relation de confiance avec la femme. En milieu hospitalier, bien souvent, la sage-femme doit faire face à des services surchargés. Il est alors facile de s'installer dans une routine de soignant exécutant mécaniquement de nombreuses tâches. Il manque malheureusement la partie essentielle de la prise en charge, si nécessaire à la future mère pour pouvoir vivre une expérience positive. En maison de naissance, les sages-femmes semblent prendre un soin particulier à établir une relation avec la femme dès les premiers contacts. Il est possible aussi que lors du suivi d'une seule femme en travail, elle serait moins accaparée par d'autres tâches à exécuter en parallèle. Le concept du *one-to-one* paraît ainsi assuré lors de l'accouchement en maison de naissance alors qu'en milieu hospitalier, il dépendrait plutôt de la charge de travail journalière de la sage-femme qui peut être très fluctuante. On peut souligner ici l'effort des HUG qui ont renforcé le nombre de sages-femmes au sein de l'équipe soignante de la maternité et souhaiter que d'autres établissements puissent en faire de même.

Le renforcement des ressources de la femme a une implication directe sur sa manière de gérer l'expérience de la naissance (Aune et al, 2015). Il s'agit dès lors de rester très attentif à se centrer sur la femme et ses besoins, quel que soit le type d'unité dans lequel on travaille, et de pouvoir offrir aux femmes une relation de qualité. On croit, parfois à tort, que cela prend beaucoup de temps. Mais l'important se situe avant tout dans l'attitude de la sage-femme : soutien aux besoins émotionnels, encouragement, écoute active et présence disponible. Si la relation est de qualité et que la sage-femme sait se montrer disponible aux besoins de la femme, cela peut s'avérer suffisant. Une présence authentique permet d'établir une relation de confiance (Dahlberg et al., 2016). En prenant conscience de cette réalité, nous pouvons déjà nous attacher à offrir aux parturientes une relation de qualité durant le temps disponible.

Pour cela, il semble nécessaire de maintenir et renforcer la formation continue dans le domaine de la relation et de la communication, afin d'offrir les outils nécessaires à la sage-femme pour accompagner les femmes tout au long du processus de l'accouchement. Nous détaillerons ce point plus loin.

La motivation de la sage-femme est un élément que la femme peut ressentir lors de la prise en charge. Afin de maintenir leur disponibilité auprès des parturientes, il est important que celle-ci prenne du temps pour se ressourcer en dehors de son temps de travail et poursuive son développement personnel. Le maintien d'un équilibre personnel est indispensable afin de pouvoir offrir des soins de qualité.

9.4 L'environnement

Les couples semblent apporter une importance secondaire à l'environnement de la salle d'accouchement, par rapport aux compétences de l'équipe soignante (Macfarlane et al. 2014). Nous souhaitons tout de même amener des propositions pour améliorer la perception de l'environnement par les couples.

De nombreuses maternités ont été équipées de ballons, suspensions et baignoires, afin de favoriser la physiologie lors de l'accouchement. Toutefois, ces éléments ne semblent pas toujours utilisés de manière optimale. Il paraît approprié d'encourager les équipes hospitalières à utiliser le matériel déjà à disposition en le proposant systématiquement aux couples et en les accompagnant dans son utilisation. De plus, des mesures de confort peuvent être proposées par les professionnels, comme des touchers rassurants, des massages, des douches et bains chauds ou un encouragement à la mobilisation. La présence des proches auprès de la parturiente semble également influencer positivement la perception de l'atmosphère créée dans la salle d'accouchement. Il nous paraît alors tout à fait pertinent de permettre à la femme d'être accompagnée durant son travail par les personnes qu'elle désire. Pendant la phase de latence par exemple, il paraît possible qu'elle soit soutenue par plus d'un proche. Tout en sachant que lors de la phase active ou en cas d'urgence, des règles de sécurité sont à respecter.

Enfin, il serait approprié de donner la possibilité aux pères de rester la nuit dans l'unité du post-partum. Cela permettrait à la nouvelle famille de tisser les premiers liens d'attachement, si importants. Certaines maternités proposent des "chambres parentales", comme par exemple celle de Saint-Julien-en-Genevois (France). Elles rencontrent beaucoup de succès et répondent à une demande des parents. Toutefois, nous sommes conscientes que leur mise en place est complexe d'un point de vue logistique.

9.5 L'analyse de la pratique

Pour que la sage-femme puisse offrir aux couples un accompagnement de qualité, il est également nécessaire qu'elle connaisse ses propres ressources, ses forces et ses difficultés. Pour cela, il est intéressant d'offrir des espaces de dialogues comme la pratique réflexive au sein des équipes soignantes. Parfois les sages-femmes en pratique indépendante se regroupent afin de bénéficier ensemble de ces moments de réflexions. Plusieurs d'entre elles ont rapporté avoir recours à un intervenant externe afin de les soutenir dans cette démarche. Ce type de suivi est parfois proposé en institution. Malheureusement, il nous a été relaté que cette approche a souvent peu de succès dans le contexte hospitalier. Nous imaginons plusieurs raisons à cela. Les sages-femmes doivent en principe revenir sur leur temps de congé personnel qui est déjà si précieux pour elles. Les personnes se sentent moins libres de parler au sein de l'institution. Les moments offerts sont parfois trop espacés dans le temps et il y a un décalage entre le besoin de la soignante et le moment où celle-ci peut s'exprimer. Il se peut également que des discussions informelles au sein de l'équipe répondent à ce besoin. Il serait donc intéressant d'effectuer un sondage préalable auprès de l'équipe afin de proposer un espace-temps au plus près de leurs besoins.

9.6 Les transferts

Le transfert est un moment délicat et déstabilisateur pour les couples. La position de la sage-femme semble cruciale dans le vécu de la patiente. Un des aspects intéressants, favorisant un bon vécu est la préparation de la femme à la possibilité d'un transfert. Afin de permettre chez la femme et son conjoint un processus mental progressif vers le transfert, il paraît essentiel de leur exposer, en prénatal, les situations pouvant les amener à être transférée et de les informer durant l'accouchement de l'évolution de la situation.

Un autre point délicat apparu dans les études concerne la distance entre les structures. Certaines femmes renoncent à l'accouchement en maison de naissance car elles ont peur de ce temps de trajet : *“Je ne me sentais pas en sécurité en cas de transfert ; 20 minutes, c'est une éternité si quelque-chose se passe mal.”* Pour répondre à cette préoccupation, nous pouvons émettre les propositions suivantes. La présence des MU à l'intérieur des structures hospitalières permet de réduire au maximum le temps de trajet nécessaire entre les deux unités. Il nous paraît donc judicieux de recommander cette forme de MU. Parallèlement, réaliser des protocoles inter-sites de manière détaillées semble essentiel afin de pouvoir gagner quelques précieuses minutes.

Lors d'un transfert, de nouveaux intervenants sont appelés à prendre en soins les parturientes. Cela peut déstabiliser les femmes et apporte un défi de plus pour la continuité des soins car il est rare que la sage-femme puisse suivre la femme dans l'ambulance. Elle perd ainsi le leadership de la situation et de l'accompagnement de la femme. De plus, on suppose que l'absence de la sage-femme dans l'ambulance peut contribuer à la sensation d'un environnement insécure pour la femme. Dans le protocole susmentionné, il serait intéressant de définir les modalités de transfert entre SFI et ambulanciers, notamment en ce qui concerne le leadership présumé de la situation. Selon un témoignage recueilli auprès d'une SFI en 2018, les ambulanciers seraient même en demande d'un lead conservé par la sage-femme, car ils sont peu à l'aise avec l'obstétrique (E. Gerhard, communication personnelle, le 29 juillet 2018). Durant la formation initiale sage-femme, des journées de formation en interprofessionnalité sont organisées. Cela permet également de modifier les représentations des différents "corps de métiers", de connaître les compétences de chacun et ainsi de pouvoir mieux collaborer. Il serait nécessaire de s'assurer que cette démarche soit réalisée dans chacune des écoles des métiers de la santé, ou même entre elles. Ce type de simulation peut également être bénéfique pour les différents intervenants concernés par le transfert : les SFI, les SFH ainsi que les ambulanciers. Il semblerait intéressant et bénéfique que ce type de journée soit organisée en interdisciplinarité en simulant différentes situations de transfert.

9.7 L'entretien sur le vécu de l'accouchement

D'après la HAS (2014), des séances postnatales peuvent être réalisées par une sage-femme entre le huitième jour suivant l'accouchement et la visite postnatale (six à huit semaines après l'accouchement). Il s'agit de séances individuelles comportant des actions de prévention et de suivi éducatif afin de renforcer le besoin d'accompagnement des mères. Cet entretien permettrait aux femmes d'exprimer leur vécu, leurs besoins, voire leurs difficultés, afin d'ajuster le suivi pour la suite de la prise en charge. Les ressources du réseau de santé en périnatalité peuvent être sollicitées et renforcer l'action de la sage-femme.

La Maternité des HUG propose un entretien aux femmes et couples ayant vécu un accouchement difficile. Il y est abordé les questions concernant le déroulement de l'accouchement, les décisions médicales ou les explications qui sont restées mal comprises et qui pourraient avoir un impact sur le futur de la mère et de l'enfant (HUG, 2017).

Nous pensons qu'une telle consultation dédiée au vécu de l'accouchement est pertinente et pourrait être étendue à d'autres institutions. Toutefois, elle pourrait être proposée à toutes les femmes. En effet, nous avons l'impression que peu de femmes ont l'opportunité de revenir sur leur accouchement et que l'équipe soignante semble cibler les femmes ayant un mauvais vécu de leur accouchement. Or la perception du soignant et celle de la patiente peuvent être totalement différentes.

9.8 La collaboration entre professionnels

La collaboration entre les équipes soignantes des différents établissements est un aspect de la continuité des soins important à développer. Sur le terrain, des différends entre les sages-femmes hospitalières et indépendantes existent.

La collaboration entre les équipes semble être un des challenges principaux auquel les équipes doivent faire face (Perdion et al., 2013). Afin de respecter le besoin de sécurité tant de la femme que des différents professionnels, une collaboration et une communication efficaces et respectueuses semblent nécessaires ainsi qu'une organisation rigoureuse des soins. Il nous paraît nécessaire que toute femme ayant le projet d'accoucher en MU soit connue par l'OU. Concrètement, cela pourrait se traduire par : un dossier commun, une consultation prénatale à l'hôpital ainsi qu'un appel de la SFI à l'OU lorsque la patiente se met en travail.

Un dossier commun aux deux équipes permettrait de trouver facilement les informations qu'elles recherchent. Cela nous semble compliqué à réaliser à l'heure actuelle en raison du développement du dossier informatisé en OU. Nous pouvons citer toutefois, l'utilisation à Vevey d'un carnet de grossesse (E. Gerhard, communication personnelle, le 29 juillet 2018) qui apparaît comme un outil intéressant. Les informations utiles à tous les soignants sont inscrites. Ainsi, quand la patiente consulte en urgence ou lors d'un transfert, elle a sur elle toutes les données nécessaires à sa prise en soins. Une collaboration avec les gynécologues de ville ainsi que les SFI serait également à intensifier.

Nous pensons que la formation continue et des simulations pour améliorer les collaborations intra- et inter-professionnelles sont importantes dans ce contexte. Le développement de la communication en situation d'urgence paraît nécessaire.

Pour cela, l'outil TeamSTEPPs™ nous semble tout à fait pertinent. Il comprend les compétences en leadership, en communication, en gestion de la situation et en soutien mutuel.

Grâce à cet ensemble d'aptitudes, nous émettons l'hypothèse que TeamSTEPPS™ permettrait aux femmes d'éprouver une continuité des soins dans le cas où elles sont transférées et plus largement d'augmenter la satisfaction de leur vécu de l'accouchement. Nous proposons donc que cet outil soit enseigné dans les Hautes Ecoles de Santé et facultés de médecine, afin que les futurs professionnels de santé aient le réflexe de l'utiliser sur leurs prochains lieux de travail. Pour les professionnels sur le terrain, il serait judicieux de proposer cet outil en formation continue commune aux services hospitaliers et aux professionnels indépendants comme c'est déjà le cas à Vevey (E. Gerhard, communication personnelle, le 29 juillet 2018).

9.9 Les compétences en communication

Comme souligné par Nicholls & Webb (2006), les compétences en communication sont essentielles pour être une sage-femme qualifiée. Il est nécessaire qu'elle maîtrise certains outils de communication afin d'offrir une prise en soins centrée sur la femme (Overgaard et al., 2012). En formation initiale, il nous semble donc primordial de prévoir au programme des thématiques sur la communication. Le savoir empathique (Rogers, 1961, cité par Dahlberg & Aune, 2013) est essentiel pour se rapprocher de la femme et de son partenaire. Le concept développé par Carl Rogers, mettant en avant des valeurs humanistes centrées sur la personne et les attitudes facilitatrices de la relation d'aide, semble tout à fait correspondre à cette demande. Il s'avèrerait également être en adéquation avec le développement de la continuité des soins. De plus, il nous semble indispensable de le compléter avec des techniques d'entretien et des outils de communication comme le modèle de Calgary-Cambridge (Silverman, Kurtz & Draper, 2010). Il serait alors judicieux de les faire figurer dans tous les programmes de cours de la formation initiale et de mettre en place des ateliers et des simulations permettant d'exercer ces notions, comme c'est déjà le cas dans plusieurs écoles. Pour les sages-femmes n'ayant pas bénéficié de ces éléments au cours de leur formation initiale, il est nécessaire qu'elles aient l'opportunité d'effectuer une formation continue. De plus, un séminaire sur l'entretien psycho-éducatif périnatal (Razurel, 2015), enseigné à la Haute école de Santé à Genève, nous semble tout à fait adéquat pour permettre aux sages-femmes de construire une relation centrée sur la femme et ses besoins spécifiques. Il serait intéressant que cet outil puisse être enseigné dans d'autres formations initiales de même qu'en formation continue.

Forces et limites de la revue de littérature

Les forces :

- La problématique choisie est pertinente et globale (politiquement, économiquement, socialement) et vise le bien-être (le "mieux-être") des familles.
- L'accouchement en maisons de naissance est un sujet d'actualité en pleine expansion en Suisse et rencontre l'intérêt des professionnels et des futurs parents.
- Les études se déroulent en Europe du Nord, des pays socio-économiquement semblables à la Suisse.
- Cette revue de littérature comprend des études qualitatives et quantitatives, ce qui permet une compréhension élargie du sujet traité.
- Une bonne entente règne chez les auteures : complémentarité, bienveillance, diversité des points de vue et soutien mutuel ont été présents tout au long de cette rédaction.

Les limites et faiblesses :

- Le sujet d'étude choisi est complexe car la satisfaction et le vécu de l'accouchement sont des composantes multidimensionnelles, corrélées à de nombreux facteurs d'influence.
- Les auteures étant novices dans ce genre d'exercice et non anglophones, il est possible que cela ait engendré un biais d'interprétation.
- L'analyse des grilles de satisfaction s'est révélée délicate. Les différences entre les échelles de satisfaction sont susceptibles d'engendrer des biais dans la comparabilité des résultats.
- Des variables différentes ont été analysées ce qui amène une grande diversité dans les résultats et rend certaines comparaisons difficiles. Un seul article traitant exclusivement des transferts a été utilisé, diminuant la force des résultats. De plus, un article datant de 1995 a été inclus, ce qui peut remettre en cause l'actualité des résultats.
- Ce travail de Bachelor reflète une revue de la littérature non exhaustive, peu d'articles y sont analysés. Ceci diminue le niveau de preuves apportées.

Conclusion

Depuis plusieurs années, nous assistons en Suisse à la fermeture progressive des petites maternités périphériques et au rassemblement des soins obstétricaux dans de grosses structures hospitalières. Parallèlement, de plus en plus de maisons de naissance voient le jour, proposant des suivis de grossesses et des accouchements non-médicalisés, gérés par des sages-femmes exclusivement. La satisfaction et l'expérience de la naissance a un impact non négligeable sur le bien-être de la triade mère-père-enfant.

En tant que futures sages-femmes diplômées, nous portons une grande attention à favoriser un vécu positif de l'accouchement et à faire évoluer notre pratique. Cette revue de littérature nous a permis de mettre en évidence les facteurs influençant l'expérience de la naissance et la satisfaction des femmes dans les MU.

La posture de la sage-femme auprès des couples est d'une grande importance. Un soutien global et personnalisé, se focalisant sur les besoins individuels de la femme et du couple, a une influence majeure sur la satisfaction des soins. L'attitude de la sage-femme permet aux couples de renforcer leur sentiment de contrôle sur la situation. Il semble donc indispensable que celle-ci soit formée en communication et fonde sa philosophie de soins sur des valeurs humanistes. Le concept du *one-to-one* est apparu comme favorisant cette posture. C'est pourquoi il est pertinent de l'encourager. Parallèlement, une atmosphère calme, familiale et conviviale créée par la sage-femme a également un impact positif sur la satisfaction.

L'information donnée aux couples se révèle également d'une importance capitale. Elle forme la base de l'éducation prénatale, nécessaire aux couples pour appréhender les changements liés à la parentalité. Ces derniers sont à la recherche d'informations personnalisées, complètes et accessibles qui leur permettent de prendre des décisions et de faire des choix éclairés, notions qui font d'ailleurs pleinement partie de soins éthiques. Le suivi global par une sage-femme ou un groupe de professionnels est à encourager car il permet une meilleure prise en compte des besoins de la femme et de la mobilisation de ses ressources personnelles. Ensuite, aborder le thème du transfert s'est avéré primordial dans cette revue de la littérature. Le vécu de cette expérience est également intimement lié aux informations reçues. Effectivement, les femmes transférées rapportaient une influence positive de la préparation à un éventuel transfert durant la grossesse et l'accouchement.

Il est également apparu que leur satisfaction augmentait lorsqu'elles avaient ressenti une communication adéquate entre les deux équipes, qu'elles s'étaient senties écoutées, impliquées dans les prises de décision et lorsque la sage-femme de la MU restait auprès d'elles pour les soutenir. Afin de maintenir la continuité des soins, le développement de compétences communicationnelles et la collaboration entre les équipes est à privilégier. Pour cela, les différents outils développés par TeamSTEPs paraissent pertinents et concrets à utiliser.

Ce domaine très riche a suscité des interrogations et des perspectives de réflexion autour de plusieurs aspects de soins qu'il ne nous a pas été possible d'approfondir. L'expérience de la douleur au cours de l'accouchement a un impact sur la satisfaction des femmes. Comment les MU répondent-elles à l'accompagnement de la douleur sans recourir à la péridurale ? La philosophie des soins pratiqués par la sage-femme est fondée sur la reconnaissance de la grossesse et de l'accouchement comme étant un processus physiologique. En ce sens, l'utilisation du concept de la salutogenèse dans les soins de maternité nous semble tout à fait adéquat. Ce domaine étant très vaste, il n'a pas été possible de le traiter dans ce travail. Il nous a paru inapproprié de le faire de manière parcellaire. La sage-femme promeut également des soins éthiques et prodigués à l'ensemble des femmes, permettant de lutter contre les inégalités sociales. Les résultats montrent les bénéfices du soutien et de l'accompagnement de la sage-femme pour les femmes socio-économiquement plus défavorisées. Nous nous sommes cependant interrogées dans quelles mesures les MU en Suisse offraient des soins égalitaires à toutes ? Toutes les femmes à bas risques obstétricaux n'y ont pas accès, par méconnaissance de l'existence de ces unités ou en raison de la barrière de la langue notamment.

Une démocratisation des soins sages-femmes en Suisse semble un enjeu qu'il est intéressant d'étudier de manière plus approfondie afin que toutes les femmes, y compris celles à hauts risques, bénéficient d'un accompagnement approprié.

Références bibliographiques

- Aune, I., Marit Torvik, H., Selboe, S.-T., Skogås, A.-K., Persen, J. & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience — Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Art. 57 de l'arrêté portant modification du règlement sur l'autorisation d'exploitation et la surveillance des institutions (maisons de naissance) du 1er février 3013 (RASI ; RSN 800. 100. 01). Accès https://www.ne.ch/legislation-jurisprudence/.../FO06_05_ACE_DSAS_RegIASI.pdf
- Azria, É. (2012). L'humain face à la standardisation du soin médical.
- Baker, S. R., Choi, P. Y. L., Henshaw, C. A. & Tree, J. (2005). 'I Felt as though I'd been in Jail': Women's Experiences of Maternity Care during Labour, Delivery and the Immediate Postpartum. *Feminism & Psychology*, 15(3), 315-342. <https://doi.org/10.1177/0959-353505054718>
- Benyamini, Y., Molcho, M. L., Dan, U., Gozlan, M. & Preis, H. (2017). Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth*, 30(5), 424-430. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.007>
- Bernitz, S., Aas, E. & Øian, P. (2012). Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery*, 28(5), 591-599. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>
- Bernitz, S., Øian, P., Sandvik, L. & Blix, E. (2016). Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: a randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A.-B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M. & Torloni, M. R. (2016). The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLOS ONE*, 11(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

- Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(nov23 4), d7400-d7400. <https://doi.org/10.1136/bmj.d7400>
- Blaaka, G., & Schauer Eri, T. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.10.005>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Borel, B., Burkhalter, A. & Fioretta, G. (2011). La « gestion du temps » en maison de naissance. *Sage-femme.ch*, (5), 41-42.
- Borrelli, S. E., Walsh, D. & Spiby, H. (2017). First-time mothers' choice of birthplace: influencing factors, expectations of the midwife's role and perceived safety. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1937-1946. <https://doi.org/10.1111/jan.13272>
- Bruchon-Schweitzer M. & Boujut E. (2014). *Psychologie de la santé*. Paris : Dunod
- Bruyère, M. (s. d.). *Éléments de communication indispensables entre anesthésiste-réanimateur, sage-femme et obstétricien*.
- Cambridge Dictionary, Cambridge university Press. (2018) Accès <https://dictionary.cambridge.org/fr/dictionnaire/anglais/limbo>
- Carquillat, P., Boulvain, M. & Guittier, M.-J. (2016). How does delivery method influence factors that contribute to women's childbirth experiences? *Midwifery*, 43, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.10.002>
- Carricaburu, D. (2007). De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*, 39(1), 123. <https://doi.org/10.7202/016935ar>
- Centre fédéral d'expertise des soins de santé. (2010). *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque*.
- Cheyne, H., Abhyankar, P. & McCourt, C. (2013). Empowering change: Realist evaluation of a Scottish Government programme to support normal birth. *Midwifery*, 29(10), 1110-1121. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.018>

- Colmant, C. & Frydman, R. (2009). Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37(2), 195-199. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.12.001>
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2013). Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2014a). Charte des Droits fondamentaux des Femmes et des Sages-Femmes.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2014b). Code de déontologie international pour les sages-femmes.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2014c). La sage-femme est la professionnelle de la santé par excellence pour les femmes enceintes.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2014d). Philosophie et modèle de soins de pratique de sage-femme.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2014e). Responsabilité professionnelle de la sage-femme.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2014f). Soins de pratique de sage-femme pour les femmes dont l'accouchement présente des complications.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2017a). Services de Maternité appropriés pour la Grossesse et l'Accouchement Normaux et la Période Postnatale.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2017b). Soins de pratique de sage-femme pour les femmes dont l'accouchement présente des complications.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (2017c). Utilisation d'une Intervention Appropriée au Cours de l'Accouchement. Confédération Internationale des sages-femmes.
- Confédération Internationale des sages-femmes. (s. d.). Préserver l'accouchement normal.
- Cook, K. & Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158-168. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.21.3.158>

- Coyle, K. L., Hauck, Y., Percival, P. & Kristjanson, L. J. (2001). Normality and collaboration: mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery*, 17(3), 182-193. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0256>
- Dahlberg, U. & Aune, I. (2013). The woman's birth experience—The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery*, 29(4), 407-415. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>
- Dahlberg, U., Persen, J., Skogås, A.-K., Selboe, S.-T., Torvik, H. M. & Aune, I. (2016). How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 2-7. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.08.001>
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1).
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- De Jonge, A., Stuijt, R., Eijke, I. & Westerman, M. J. (2014). Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 103.
- De Strasbourg, É. D. S.-F. (s. d.). Étude qualitative auprès des sages-femmes sur les ressources psychiques mobilisées dans l'accompagnement des morts périnatales en salle de naissance.
- Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. (2018). Accès <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/>
- Fannin, M. (2003). Domesticating birth in the hospital: "Family-centered" birth and the emergence of "homelike" birthing rooms. *Antipode*, 35(3), 513–535.
- Fédération Suisse des sages-femmes. (2005). *Le choix informé*.
- Fédération Suisse des sages-femmes. (2013). *Prise de position sur les modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes*.
- Fédération Suisse des sages-femmes. (2017a). *Recensement des activités des sages-femmes indépendantes - L'essentiel en bref*. Fédération Suisse des sages-femmes.

- Fédération Suisse des sages-femmes. (2017b). Recensement des activités des sages-femmes indépendantes de Suisse.
- Fédération suisse des sages-femmes. (2018). *Champs d'activité*. Accès <http://www.hebamme.ch/fr/elt/heb/taetigkei.cfm>
- Floris, L., Irion, O., Bonnet, J., Politis Mercier, M.-P. & de Labrusse, C. (2018). Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and Birth*, 31(2), 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>
- Freeman, L. M., Adair, V., Timperley, H. & West, S. H. (2006). The influence of the birthplace and models of care on midwifery practice for the management of women in labour. *Women and Birth*, 19(4), 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2006.10.001>
- Gibbins, J. & Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17(4), 302-313. <https://doi.org/10.1054/midw.2001.0263>
- Goodman, P., Mackey, M. C. & Tavakoli, A. S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of advanced nursing*, 46(2), 212–219.
- Gouilhers-Hertig, S. (2014). Vers une culture du risque personnalisée: choisir d'accoucher à domicile ou en maison de naissance. *Socio-anthropologie*, (29), 101–119.
- Green, J. M. (2012). Integrating women's views into maternity care research and practice. *Birth*, 39(4), 291–295.
- Green, J. M. & Baston, H. A. (2003). Feeling in control during labor: concepts, correlates, and consequences. *Birth*, 30(4), 235–247.
- Green, J. M., Renfrew, M. J. & Curtis, P. A. (2000). Continuity of carer: what matters to women? A review of the evidence. *Midwifery*, 16(3), 186-196. <https://doi.org/10.1054/midw.1999.0208>
- Grigg, C. P., Tracy, S. K., Schmied, V., Monk, A. & Tracy, M. B. (2015). Women's experiences of transfer from primary maternity unit to tertiary hospital in New Zealand: part of the prospective cohort Evaluating Maternity Units study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0770-2>

- Guittier, M.-J., Cedraschi, C., Jamei, N., Boulvain, M. & Guillemin, F. (2014). Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 254.
- Gynécologie Suisse. (s. d.). Comment allez-vous mettre votre enfant au monde ? La Société Suisse de Gynécologie-Obstétrique. Consulté à l'adresse https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/4_Patienteninformationsblaetter/F_Comment_allez-vous_mettre_votre_enfant_au_monde_2014.pdf
- Hallgren, A., Kihlgren, M., Norberg, A. & Forslin, L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11(3), 130–137.
- Hatem, M. (Dir.). (2013). *Les sages-femmes dans la Francophonie*. Montréal (Québec): Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Haute Autorité de Santé. (2014). Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.
- Haute Autorité de Santé. (2017). Accouchement Normal - Accompagnement de la physiologie et interventions médicales.
- Henshall, C., Taylor, B. & Kenyon, S. (2016). A systematic review to examine the evidence regarding discussions by midwives, with women, around their options for where to give birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0832-0>
- Hildingsson, I., Karlström, A., Haines, H. & Johansson, M. (2016). Swedish women's interest in models of midwifery care – Time to consider the system? A prospective longitudinal survey. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.002>
- Hodnett, E. D., Downe, S. & Walsh, D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000012.pub4>

- Hollowell, J., Li, Y., Bunch, K. & Brocklehurst, P. (2017). A comparison of intrapartum interventions and adverse outcomes by parity in planned freestanding midwifery unit and alongside midwifery unit births: secondary analysis of 'low risk' births in the birthplace in England cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1271-2>
- Hundley, V. A., Cruickshank, F. M., Milne, J. M., Glazener, C. M. A., Lang, G. D., Turner, M., ... Mollison, J. (1995). Satisfaction and continuity of care: staff views of care in a midwife-managed delivery unit, (11), 163-173.
- Hundley, V. A., Milne, J. M., Glazener, C. M. A. & Mollison, J. (1997). Satisfaction and the three C's: continuity, choice and control. Women's views from a randomised controlled trial of midwife-led care. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 104(11), 1273–1280.
- Hunter, L. P. (2009). A Descriptive Study of "Being with Woman" During Labor and Birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(2), 111-118. <https://doi.org/10.1016/j.imwh.2008.10.006>
- Jeuge-Maynard, I. (Dir.). (2016). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris : Larousse.
- Karrer, M., Buttet, P., Vincent, I. & Ferron, C. (2004). Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie? *Santé publique*, 16(3), 471–486.
- Kennedy, H. P. & Shannon, M. T. (2004). Keeping Birth Normal: Research Findings on Midwifery Care During Childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 33(5), 554-560. <https://doi.org/10.1177/0884217504268971>
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 25(2), e49-e59. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>
- Larsson, M. (2016). Midwife-led care before, during and after childbirth - the best option for most women and babies. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 7, 1. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2016.01.002>
- Léonard E. (2015). *Evolution de l'image et de la pratique des sages-femmes : un nouvel équilibre à trouver ?* Accès <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01233045/document>

- Lindstrom, B. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 440-442. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Lomas, J., Dore, S., Enkin, M., & Mitchell, A. (1987). The labor and delivery satisfaction index : the development and evaluation of a soft outcome. *Birth*, 14(3), 125-129.
- Lurati Hinojosa, T. & Schaer, E. (2015). *Positions alternatives au décubitus dorsal classique durant la deuxième phase du travail* (PhD Thesis). Haute école de santé Genève.
- Macfarlane, A. J., Rocca-Ihenacho, L., Turner, L. R. & Roth, C. (2014). Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery*, 30(9), 998-1008. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.013>
- Maillefer, C., De Labrusse, C., CARDIA-VONECHE, L., Lepigeon, K., Vial, Y., Hohlfeld, P. & Stoll, B. (2017). Quelle opportunité pour un nouveau modèle de soins obstétricaux au CHUV ? *Med Suisse*, 13, 165-167.
- Maillefer, F., de Labrusse, C., Cardia-Vonèche, L., Hohlfeld, P. & Stoll, B. (2015). Women and healthcare providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0477-4>
- Maimburg, R. D., Væth, M. & Dahlen, H. (2016). Women's experience of childbirth – A five year follow-up of the randomised controlled trial “Ready for Child Trial”. *Women and Birth*, 29(5), 450-454. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.02.003>
- Maison européenne des sciences de l'homme et de la société. (2018). *L'humain face à la standardisation du soin médical*. Accès <https://publi.meshs.fr/ressources/l2019humain-face-a-la-standardisation-du-soin-medical>
- Mead, M. M. . & Kornbrot, D. (2004). The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care. *Midwifery*, 20(1), 61-71. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(03\)00054-8](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(03)00054-8)
- Midwifery unit network. (2017). *What is a midwifery unit*. Accès : <http://www.midwiferyunitnetwork.com/what-is-a-midwifery-unit/>

- Miller, A. C. & Shriver, T. E. (2012). Women's childbirth preferences and practices in the United States. *Social Science & Medicine*, 75(4), 709-716. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.051>
- Monk, A. R., Grigg, C. P., Foureur, M., Tracy, M. & Tracy, S. K. (2017). Freestanding midwifery units: Maternal and neonatal outcomes following transfer. *Midwifery*, 46, 24-28. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.01.006>
- National Health Service. (2017). *Obstetric Guidelines 2017-19*. Stoke-on-Trent: Staffordshire, Shropshire & Black Country Newborn and Maternity Network.
- National Institut for Health and Care Excellence. (2017). Intrapartum care for healthy women and babies.
- Nystedt, A. & Hildingsson, I. (2018). Women's and men's negative experience of child birth—A cross-sectional survey. *Women and Birth*, 31(2), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.002>
- Office Fédérale de la statistique. (2018). Santé - Statistiques de poche 2017. Office Fédérale de la statistique.
- Organisation mondiale de la santé. (1997). Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2015). Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Accès http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/WHO_RHR_15.02_fre.pdf
- Overgaard, C., Fenger-Grøn, M. & Sandall, J. (2012). The impact of birthplace on women's birth experiences and perceptions of care. *Social Science & Medicine*, 74(7), 973-981. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.023>
- Overgaard, C., Møller, A. M., Fenger-Grøn, M., Knudsen, L. B. & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ open*, 1(2), e000262.
- Perdion, K., Lesser, R., Hirsch, J., Barger, M., Kelly, T. F., Moore, T. R. & Lacoursiere, D. Y. (2013). A Midwifery-Led In-Hospital Birth Center Within an Academic Medical Center: Successes and Challenges. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(4), 302-310. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182a3cd42>

- Perez-Botella, M., Downe, S., Meier Magistretti, C., Lindstrom, B. & Berg, M. (2015). The use of salutogenesis theory in empirical studies of maternity care for healthy mothers and babies. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(1), 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.09.001>
- Ross-Davie, M., McElligot, M., King, K. & Little, M. (2014). Midwifery support in labour : how important is to stay in room ? *The Practising Midwife*.
- Rowe, R. E., Kurinczuk, J. J., Locock, L. & Fitzpatrick, R. (2012a). Women's experience of transfer from midwifery unit to hospital obstetric unit during labour: a qualitative interview study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 129.
- Rowe, R., Fitzpatrick, R., Hollowell, J. & Kurinczuk, J. (2012b). Transfers of women planning birth in midwifery units: data from the Birthplace prospective cohort study: Transfers of women planning birth in midwifery units. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1081-1090. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03414.x>
- Russell, K. (2018). Factors that support change in the delivery of midwifery led care in hospital settings. A review of current literature. *Women and Birth*, 31(2), e134-e141. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.129>
- Sandall, J. (2014). The contribution of continuity of midwifery care to high quality maternity care. *London: The Royal College of Midwives*.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Shields, N., Turnbull, D., Reid, M., Holmes, A., McGinley, M. & Smith, L. N. (1998). Satisfaction with midwife-managed care in different time periods: a randomised controlled trial of 1299 women. *Midwifery*, 14(2), 85–93.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2010). *Outils et stratégies pour communiquer avec le patient*. Médecine et Hygiène : Chêne-Bourg.
- Simkin, P. (1991). Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth*, 18(4), 203–210.

- Stock, S. J., Ferguson, E., Duffy, A., Ford, I., Chalmers, J. & Norman, J. E. (2012). Outcomes of elective induction of labour compared with expectant management: population based study. *British Medical Journal*, 344, e2838. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2838>
- Sutcliffe, K., Caird, J., Kavanagh, J., Rees, R., Oliver, K., Dickson, K., ... Thomas, J. (2012). Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews: *Comparing midwife-led and doctor-led maternity care. Journal of Advanced Nursing*, 68(11), 2376-2386. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>
- Tingstig, C., Gottvall, K., Grunewald, C. & Waldenström, U. (2012). Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. *Birth*, 39.
- van Haaren-ten Haken, T. M., Hendrix, M., Smits, L. J., Nieuwenhuijze, M. J., Severens, J. L., de Vries, R. G. & Nijhuis, J. G. (2015). The influence of preferred place of birth on the course of pregnancy and labor among healthy nulliparous women: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0455-x>
- Waldenström, U. & Nilsson, C.-A. (1993). Women's satisfaction with birth center care: a randomized, controlled study. *Birth*, 20(1), 3–13.
- Waldenström, U. & Nilsson, C.-A. (1997). A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*, 24(1), 17–26.
- Walker, J. (2000). Women's experiences of transfer from a midwife-led to a consultant-led maternity unit in the UK during late pregnancy and labor. *The Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(2), 161–168.
- Walker, J. M., Hall, S. M. & Thomas, M. C. (1995). The experience of labour: a perspective from those receiving care in a midwife-led unit. *Midwifery*, 11(3), 120–129.
- Walsh, D. (2006). Subverting the assembly-line: Childbirth in a free-standing birth centre. *Social Science & Medicine*, 62(6), 1330-1340. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.013>

- Walsh, D. & Devane, D. (2012). A Metasynthesis of Midwife-Led Care. *Qualitative Health Research*, 22(7), 897-910. <https://doi.org/10.1177/1049732312440330>
- Wilde-Larsson, B., Sandin-Boj , A.-K., Starrin, B. & Larsson, G. (2011). Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care: a nationwide Swedish cross-sectional study: Birthgiving women's feelings and perceptions of quality of intrapartal care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1168-1177. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03393.x>
- World Health Organization ( d.). (2016). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. S.l.: World Health Organization.
- Zadoroznyj, M. (1999). Social class, social sleeves and social control in childbirth.pdf. *Sociology of Health & Illness*, 21(3), 267-289.

Annexes

Annexe 1

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais	MeSH Terms HeTop	MeSH Terms CINAHL Headings	Synonymes
Concept N°1				
Satisfaction personnelle	Personal satisfaction	Personal satisfaction	Personal Satisfaction	Satisfaction, personal Satisfaction
Satisfaction du patient	Patient satisfaction	Patient satisfaction	Patient Satisfaction	Satisfaction, patient Patient preference
Expérience de la naissance	Birth experience	<i>N'existe pas</i>	<i>N'existe pas</i>	Perception(s)
Impact de l'environnement	Environment impact	Environment	Environment	Environments Environment impact(s) Impact(s), environmental
Concept N°2				
Unité de naissance gérée par les sages-femmes	Midwife-led unit	<i>N'existe pas</i>	<i>N'existe pas</i>	Midwife led unit Primary maternity unit In-hospital birth center Birth center Freestanding midwifery unit
Salle d'accouchement	Delivery room	Delivery rooms	Delivery Rooms	Delivery room Birth(ing) center(s), hospital Center(s), hospital birth(ing) Hospital birth(ing) center(s) Room(s), delivery
Concept N°3				
Naissance	Birth	Parturition	Childbirth	Parturitions Birth(s) Childbirth(s) Natural childbirth(s) Childbirth(s), natural Delivery(ies) Delivery(ies), obstetric Obstetric delivery(ies)

Annexe 2

Dans les tableaux 2 à 5, seuls les mots-clés sont inscrits afin de faciliter la lecture, cependant, ils ont toujours été utilisés en association avec les synonymes correspondants.

Tableau 2 : combinaison des mots-clés et résultats associés sur MIDIRS®

Combinaisons mots-clés / opérateurs booléens		Articles trouvés	Articles sélectionnés
1	Midwife-led unit AND Birth experience OR Patient satisfaction OR Personal satisfaction AND Birth	40	4
2	Midwife-led unit AND Birth experience OR Patient satisfaction OR Personal satisfaction AND Birth AND environment impact	9	2

Tableau 3 : combinaison des mots-clés et résultats associés sur PubMed®

Combinaisons mots-clés / opérateurs booléens		Articles trouvés	Articles sélectionnés
4	Personal Satisfaction AND Parturition AND midwife led unit	0	0
5	Midwife-led unit AND parturition AND patient satisfaction OR personal satisfaction	32	3
6	Parturition AND patient satisfaction AND midwife-led unit	14	3

Tableau 4 : combinaison des mots-clés et résultats associés sur Google Scholar®

Combinaisons mots-clés / opérateurs booléens		Articles trouvés	Articles sélectionnés
7	Freestanding midwifery unit AND birth experience AND satisfaction	3410	3
8	Midwife led unit AND women satisfaction	10600	0
9	Women experience of labor AND birth AND freestanding midwifery unit	5300	0

Tableau 5 : combinaison des mots-clés et résultats associés sur CINAHL®

Combinaisons mots-clés / opérateurs booléens		Articles trouvés	Articles sélectionnés
10	Patient satisfaction OR personal satisfaction AND midwife-led unit AND parturition	4389	2