

Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivations et satisfaction des patientes

PAR ÉVA VITRAI^{1,2}, ERDOGAN NOHUZ², MARIE-CHRISTINE LEYMARIE¹

INTRODUCTION

En France, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement à risque de complications fœtales, maternelles et néonatales puisqu'une grossesse et un accouchement dits à bas risque ne peuvent se définir qu'*a posteriori*. Une forte « technicisation » de la naissance a été engendrée, notamment en France, afin de diminuer autant que possible les risques inhérents à la pratique obstétricale. Mais depuis quelques années, la tendance semble s'inverser. De plus en plus de couples sont soucieux de pouvoir bénéficier de l'accompagnement de leur choix. C'est ainsi que sont nées des associations telles que le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE) en 2003^[1], ayant pour mission de promouvoir un modèle fondé sur la physiologie et le respect des volontés des personnes quant au suivi de grossesse, au déroulement de l'accouchement et ses suites. À l'échelle internationale, nombreuses sont les études mettant en avant le « *one-to-one care* », encore appelé « une femme, une sage-femme ». De plus, le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) a publié en 2016 ses premières recommandations^[2] pour la pratique clinique, ayant permis de redéfinir les différentes phases du travail d'accouchement et ainsi limiter l'interventionnisme technique et thérapeutique. Les dernières recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)^[3], ou encore par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)^[4] s'accordent aussi à respecter la physiologie et l'accompagnement par un nombre restreint de professionnels.

C'est ainsi que l'accompagnement global à la naissance trouve tout son sens, permettant un accompagnement et une surveillance médicale par une même personne avant, pendant et après la naissance. L'accouchement en plateau technique, alliant l'accompagnement global à la sécurité hospitalière, apparaît alors comme un compromis entre souhait des couples et responsabilité médico-légale des sages-femmes.

Peu nombreuses sont les femmes bénéficiant d'une telle prise en charge, et peu de littérature existe à ce sujet. Ainsi,

il nous semblait intéressant de se questionner quant aux motivations de ces dernières à choisir un tel suivi, d'évaluer leur satisfaction, mais aussi d'appréhender un possible lien entre la parité et le choix de l'accompagnement global à la naissance et du plateau technique.

MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative de type descriptive et transversale. Les patientes interrogées avaient bénéficié de l'accompagnement global à la naissance avec une sage-femme libérale et avaient accouché au sein du plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers entre le 1^{er} juillet 2015 et le 1^{er} juillet 2017. Maternité de type I, elle est située dans le département du Puy-de-Dôme (région Auvergne-Rhône-Alpes) à une quarantaine de kilomètres de la métropole Clermontoise. Le plateau technique a vu le jour en juillet 2012, et lors de la réalisation de l'étude, il s'agissait du seul existant dans le département.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir bénéficié de l'accompagnement global à la naissance avec une sage-femme libérale et avoir accouché en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement) ; accepter de participer à cette étude ; savoir lire et parler français ; et être majeure. Ont été exclues les patientes dont la grossesse n'appartenait pas à un bas risque obstétrical ainsi que celles refusant de participer à cette étude.

Les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements au sein du plateau technique du centre hospitalier de Thiers ont accepté de recontacter les femmes afin d'obtenir leur consentement préalable et une adresse e-mail à laquelle leur faire parvenir le questionnaire. Ainsi, le recueil de données a eu lieu entre le 26 septembre et le 26 novembre 2017 à l'aide d'un questionnaire en ligne créé sur le logiciel sécurisé Redcap proposé par le CHU de Clermont-Ferrand.

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée et l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud Est VI a été sollicité.

L'objectif principal de cette étude était de connaître les motivations des femmes et des couples ayant choisi l'accompagnement global à la naissance et le plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers pour leur accouchement. Les objectifs secondaires avaient pour but d'appréhender un possible lien entre la parité (et notamment le vécu des

1. École de sages-femmes, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, site universitaire Dunant, 28 place Henri-Dunant, BP 38, 63001 Clermont-Ferrand cedex 1, France.

2. Service de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France.

précédents accouchements) et le choix de l'accompagnement global à la naissance et du plateau technique. Mais aussi de savoir si les patientes étaient satisfaites de leur accouchement au sein de ce dispositif (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement).

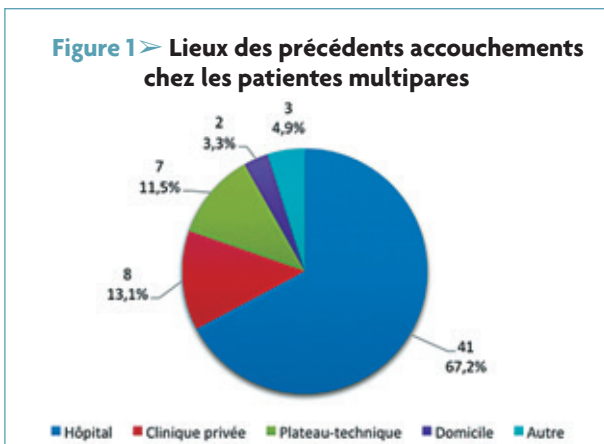
Le questionnaire contenait des nombreuses questions ouvertes qui ont été codées en catégories par la suite. Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide d'effectifs et de pourcentage, et les variables quantitatives à l'aide de la moyenne et de l'écart type. Le test du Chi2 ainsi que le test exact de Fischer ont été utilisés pour les croisements entre questions. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha = 5\%$).

RÉSULTATS

Au terme du recueil de données, 110 femmes avaient répondu au questionnaire sur un total de 118 e-mails envoyés comprenant le lien pour répondre en ligne, ce qui correspond à un taux de participation de 93,2 %. Cependant, trois questionnaires ont dû être exclus (deux patientes ont accouché dans un CHU pour des raisons médicales, une autre a eu une césarienne programmée au Centre Hospitalier de Thiers). Au total, 107 questionnaires étaient exploitables (90,7 % des questionnaires envoyés).

La population était homogène en termes de parité, on retrouve un taux quasiment équivalent de primipares et de multipares (50,5 % vs. 49,5 %).

Les lieux des précédents accouchements des patientes multipares sont représentés sur la figure 1. Ainsi, on remarque que la majorité a accouché précédemment en milieu hospitalier (privé ou public) (80,3 %). Parmi les deux patientes ayant déjà bénéficié d'un accouchement à domicile, l'une d'elles a dû se rendre en Allemagne afin de pouvoir réaliser son projet. Concernant les trois réponses « autre », on retrouve notamment une patiente ayant bénéficié d'un suivi particulier mis en place par une sage-femme du Centre Hospitalier de Thiers (avant l'arrivée du plateau technique) permettant un suivi personnalisé de la naissance. Deux autres patientes ont accouché dans des structures hospitalières de la région parisienne en faveur du respect du projet de naissance de chaque femme mais aussi de la physiologie de l'accouchement (maternité des Bluets à Paris, maternité des Lilas aux Lilas).



Les critères qui ont orienté le choix des femmes sur ce type de prise en charge sont centrés sur la qualité de la prise en charge, l'écoute, le respect et la personnalisation.

Au moment de la découverte de l'existence de l'accompagnement global à la naissance et de l'accouchement en plateau technique, seulement 32,7 % (35/107) des patientes en connaissaient l'existence au Centre Hospitalier de Thiers. On remarque que les patientes ont principalement été informées par le « bouche-à-oreille » (39,3 %) et également par les sages-femmes libérales (30,8 %).

Les critères qui ont orienté le choix des femmes sur ce type de prise en charge sont centrés sur la qualité de la prise en charge, l'écoute, le respect et la personnalisation et sont représentés dans le tableau 1. Les trois majoritaires sont notamment : un suivi réalisé par une même personne (72,9 %), un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation (41,1 %), et un respect des choix, du projet de naissance (24,3 %). On note aussi que 13,1 % des patientes sont soucieuses de la sécurité hospitalière existante en cas de complications.

Les critères qui auraient pu empêcher leur choix sont représentés dans le tableau 2. On retrouve notamment :

TABLEAU 1 > CRITÈRES RECHERCHÉS LORS D'UN ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE

CRITÈRES RECHERCHÉS N = 107	EFFECTIFS (%)
Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement	78 (72,9)
Un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation	44 (41,1)
Un respect des choix, du projet de naissance	26 (24,3)
L'intimité	21 (19,6)
La qualité de la relation avec la sage-femme libérale (confiance, écoute, proximité)	20 (18,7)
Un accompagnement personnalisé	15 (14,0)
Une liberté pendant l'accouchement (position, mouvement...)	15 (14,0)
La présence d'un cadre hospitalier si besoin	14 (13,1)
La proposition d'alternative à l'analgésie péridurale	9 (8,4)
Une petite structure à « taille humaine »	6 (5,6)
Une participation active du père	5 (4,6)
La possibilité de sortie précoce	4 (3,7)
Le respect du nouveau-né à la naissance	3 (2,8)

une distance trop importante domicile-maternité (55,4 %), une contre-indication médicale (35,4 %) et un coût trop élevé (10,8 %). On peut aussi noter que s'il était possible d'accoucher à domicile ou en maison de naissance, certaines femmes n'auraient pas choisi le plateau technique (6,15 %).

Un des objectifs secondaires était d'évaluer un possible lien entre la parité et le choix. Notre étude a mis en exergue que 88,7 % (47/53) des multipares pensent que leur précédent accouchement a influencé leur choix avec, en raisons majoritaires, un accouchement avec des inconnus (46,8 %), un manque d'accompagnement et d'informations (34,0 %), et un précédent accouchement en plateau technique, à domicile, à la maternité des Lilas ou des Bluets (19,1 %). De plus, les patientes ayant précédemment accouché à l'hôpital (privé ou public) ont un vécu significativement plus négatif que celles ayant accouché en plateau technique, à domicile ou encore à la maternité des Lilas et des Bluets (35 (97,22 %) vs. 2 (18,18 %), $p \leq 0,0001$).

Enfin, cette étude avait pour but d'évaluer la satisfaction des patientes. On constate que, quel que soit le critère évalué, celle-ci est toujours très élevée. Concernant la prise en charge par la sage-femme libérale durant la grossesse, la satisfaction moyenne était de 98,1 % ($\pm 3,93$) et concernant

Concernant la prise en charge par la sage-femme libérale durant la grossesse, la satisfaction moyenne était de 98,1 % et concernant la prise en charge durant l'accouchement, elle était de 97,3 %.

la prise en charge durant l'accouchement, elle était de 97,3 % ($\pm 7,83$). Les femmes étaient satisfaites à 98,4 % ($\pm 4,31$) de la disponibilité de leur sage-femme libérale et avaient réussi à établir une relation de confiance avec cette dernière à 98,6 % ($\pm 3,86$). Au total, 12,2 % (13/107) des patientes n'ont pas pu avoir une prise en charge complète en plateau technique (extraction instrumentale, césarienne en urgence, hémorragie du post-partum, suture d'une déchirure par un médecin, etc.). La satisfaction moyenne pour la prise en charge lors du transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière est de 87,5 % ($\pm 12,3$). Lors du séjour en maternité, les femmes étaient satisfaites à 81,7 % ($\pm 19,8$) de leur prise en charge par l'équipe hospitalière. Une dernière question évaluait la satisfaction globale des patientes, celle-ci était de 95,9 % ($\pm 7,17$). Il est à noter que cette satisfaction est identique qu'il y ait eu un transfert ou non de responsabilité médicale à l'équipe hospitalière (13 (94,69 % $\pm 6,51$) vs. 94 (95,71 % $\pm 7,27$), $p = 0,63$).

Enfin, on constate que les conjoints occupent une place importante dans la décision d'un tel suivi. En effet, 89,6 % (96/107) d'entre eux ont participé au choix, et ils sont significativement plus satisfaits que ceux qui n'y ont pas participé (86 (89,58 %) vs. 5 (45,45 %), $p \leq 0,001$). La figure 2 représente la satisfaction des pères concernant leur vécu de l'accouchement en plateau technique et la majorité (85,1 %) affirme l'avoir très bien vécu, et avoir même pu prendre une place active dans l'accompagnement de leur conjointe.

Figure 2 > Vécu du partenaire concernant l'accouchement en plateau technique

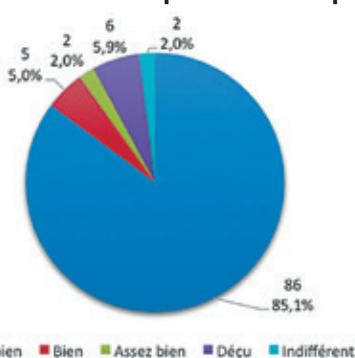


TABLEAU 2 > CRITÈRES AYANT PU EMPÊCHER LE CHOIX D'UN ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE

CRITÈRES CONTRE N = 65	EFFECTIFS (%)
Une distance trop importante domicile-maternité	36 (55,4)
Une contre-indication médicale	23 (35,4)
Un coût trop élevé	7 (10,8)
Une « mauvaise » réputation de l'hôpital	5 (7,69)
Une mauvaise relation avec la sage-femme libérale	5 (7,69)
Si existence d'une maison de naissance ou possibilité d'accoucher à domicile	4 (6,15)
Un refus du conjoint	2 (3,08)

DISCUSSION

Sujet novateur, il s'agissait de la première étude concernant le ressenti des femmes bénéficiant de l'accompagnement global à la naissance et accouchant en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers. En effet, plusieurs études avaient déjà été réalisées par l'équipe médicale et des étudiants en maïeutique concernant les issues obstétricales, maternelles et néonatales ainsi que le profil sociodémographique des patientes en comparaison avec des maternités de type III ou de type I^{5, 81}.

Un taux de participation élevé a été obtenu et les femmes ont fourni des réponses très exhaustives. De plus, la majorité des questions de types « ouvertes » nous ont permis de comprendre au mieux le ressenti des patientes. Néanmoins, cette étude s'est limitée à un seul plateau technique, car à l'heure du recrutement des patientes, il s'agissait du seul existant dans le département du Puy-de-Dôme. De plus, on peut noter l'existence d'un biais de mémorisation. En effet, afin d'obtenir un nombre satisfaisant de réponses, les patientes ont dû être recrutées sur une période de deux ans. Certaines informations, surtout celles concernant la satisfaction, ont donc pu être modifiées. Une patiente avait notamment accouché

deux fois en plateau technique sur la période d'inclusion, elle a donc répondu deux fois au questionnaire, pouvant peut-être confondre ses différentes expériences.

Notre population, en termes de parité, était représentative de la population nationale puisque d'après l'enquête nationale périnatalité de 2016^[9], 42 % des femmes étaient des primipares et 35,4 % étaient des deuxièmes pares.

Le critère majoritairement recherché par les patientes et les couples effectuant la démarche d'un accouchement en plateau technique est un suivi par une seule personne. Une étude réalisée par N. Dutriaux et al.^[10] concernant le vécu et les attentes des usagers des maternités françaises, retrouve des résultats similaires à notre étude puisque les usagers sont généralement favorables à un suivi par une seule personne (71,1 % des femmes et 67,9 % des hommes). De plus, la HAS^[11] et l'OMS^[4,12] s'accordent à recommander le suivi des femmes par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne, la sage-femme étant le premier professionnel concerné. L'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique, permettant cette continuité de soins, sont donc parfaitement en accord avec les souhaits des couples et les dernières recommandations nationales et internationales.

Plusieurs études^[7, 8, 13, 14] ont mis en évidence que les femmes ayant bénéficié d'un modèle de soins continus, encore appelé « *one-to-one care* », ont moins souvent recours à un accouchement « technicisé ». En effet, cela permet d'améliorer les issues maternelles, fœtales et néonatales grâce à une diminution du nombre d'épisiotomies, d'extractions instrumentales, de prématurité, ou encore de recours à l'analgésie péridurale.

Le projet de naissance est pris en compte dans les recommandations de la HAS publiées en 2007 et mises à jour en 2016^[11], intitulées « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». Nombreuses étaient les patientes ayant choisi l'accompagnement global à la naissance afin de voir leur projet de naissance respecté. Il semblerait que cela soit confirmé : en effet la totalité des patientes de notre étude ont eu leur projet de naissance respecté contre 29,6 % dans l'étude réalisée par L. Barraud^[15] au sein de quatre maternités d'Auvergne dont le Centre Hospitalier de Thiers. Néanmoins, la méthode de recueil de données et les critères d'inclusion étaient différents entre les études.

L'accompagnement global à la naissance est aussi choisi après un précédemment accouchement jugé trop impersonnel car les patientes ne souhaitent pas revivre la même expérience. Cela avait aussi été mis en avant dans une étude réalisée par C. Touchard^[16] où 12,2 % des patientes avaient elles aussi choisi l'accompagnement global à la naissance à la suite d'une mauvaise expérience. Cela met encore une fois en exergue que les patientes ayant été suivies par plusieurs professionnels de santé pensent ne pas avoir été accompagnées et soutenues, et ceci engendre un vécu négatif qui peut parfois même être ressenti comme « traumatisant ».

Néanmoins, malgré tous les aspects positifs engendrés par l'accompagnement global à la naissance, l'offre de soin actuelle est très limitée. La majorité des accouchements ont lieu dans le secteur hospitalier (établissement de santé public ou privé) : les accouchements à domicile représentaient seu-

lement 0,6 % des naissances en 2016 (qu'ils soient souhaités ou inopinés)^[17]. Concernant les accouchements en plateau technique, il est difficile de trouver des données chiffrées mais une étude menée par le CNOSE en 2008^[18] a montré que seulement 4 % des sages-femmes libérales bénéficient de cette possibilité. Quant à la possibilité d'accoucher en maisons de naissance, au nombre de huit, celles-ci ne sont encore qu'en expérimentation en France^[19].

Liée à un manque d'alternatives à l'accouchement hospitalier dans le système actuel français, se pose alors la question de la distance à parcourir pour les patientes afin d'obtenir un tel suivi. Dans le département du Puy-de-Dôme, le temps moyen d'accès à une maternité est de 20-25 minutes^[20]. Dans notre étude, plus de huit femmes sur dix ont choisi d'accoucher en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers même si une maternité était plus proche de chez elles et l'on note au moins dix patientes ayant dû parcourir plus de 45 minutes de trajet. Afin d'assurer la sécurité des patientes et de remédier à cette distance, le centre hospitalier de Thiers a ouvert aux couples un hébergement non médicalisé en début d'année 2017. Ce studio, situé dans l'enceinte de l'établissement, permet aux futures mamans de se préparer à la naissance dans un environnement chaleureux, moins conventionnel et impersonnel qu'une chambre d'hôpital, et surtout moins onéreux.

Plus d'un tiers des patientes de notre étude avaient choisi une sage-femme libérale percevant des dépassements d'honoraires et certaines ont relevé qu'un coût trop élevé aurait pu les retenir de choisir l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique. Les études réalisées par J. Goutaland^[8] et par le CIANE^[21] donnent les mêmes conclusions : les patientes choisissant ce type de suivi ont un niveau socio-économique plus élevé que la population générale. L'accompagnement global à la naissance est actuellement un luxe réservé aux plus aisées. En effet, les remboursements effectués par la Sécurité sociale sont basés sur le tarif de l'accouchement soit 349,44 € mais la sage-femme doit verser une redevance pour l'utilisation du plateau technique : les dépassements d'honoraires sont, par conséquent, inévitables et la part restant à charge des femmes peut donc être assez onéreuse.

Quel que soit le critère évalué, notre étude a mis en évidence une satisfaction très élevée. Il semblerait qu'elle soit supérieure à celle retrouvée dans une étude réalisée par la DREES^[22], s'agissant du suivi de grossesse (>97% vs. 65 %) mais équivalente pour le séjour en maternité où les critères d'amélioration évoqués étaient identiques : amélioration de l'accompagnement à l'allaitement maternel, conseils moins divergents, etc. Il semblerait que l'accompagnement global à la naissance augmente la satisfaction lors d'un accouchement dystocique puisque L. Dupré^[23] retrouve un taux de satisfaction à 30,6 % contre 87,5 % dans notre étude. Cela s'explique sûrement par le fait que la sage-femme libérale reste présente aux côtés de la parturiente. La satisfaction paternelle semble aussi augmentée car une étude réalisée par L. Mrozinski retrouve 60,2 % des pères très satisfaits contre 85,1 % dans notre étude. Néanmoins, la méthode de recueil de données et les critères d'inclusion de ces études étaient différents de la nôtre.

Au vu de ces résultats, il serait sans doute pertinent qu'une information sur les différents types de suivi et lieux de naissance soit accessible pour tous les couples. L'entretien prénatal précoce semble être un moment privilégié pour aborder ce sujet. Et pourquoi ne pas créer des affiches, des dépliants, reprenant ces informations, pouvant être diffusés au niveau local et même national ?

CONCLUSION

Notre étude a pu mettre en exergue que les femmes choisissant l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique recherchent majoritairement un suivi réalisé par une même personne, un accouchement physiologique et le moins technicisé possible, le respect des choix et du projet de naissance, mais aussi une sécurité hospitalière en cas de besoin. Le rôle actif privilégié octroyé aux pères par le biais d'une décision partagée leur procure une grande satisfaction.

Les patientes sont très satisfaites de leur choix, de la prise en charge effectuée par la sage-femme libérale pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites, mais aussi de l'équipe hospitalière du Centre Hospitalier de Thiers quant à un éventuel transfert de responsabilité ou au séjour en maternité. Néanmoins, une durée d'hospitalisation écourtée, un accompagnement personnalisé à l'allaitement maternel ainsi qu'une uniformisation de leurs pratiques et préconisations sont des pistes d'amélioration.

Force est de constater que seules les quelques femmes informées bénéficient de ce type de prise en charge compte tenu de l'offre limitée tant du point de vue des sages-femmes libérales que des établissements proposant cette alternative. Il serait dès lors pertinent d'appréhender la proportion de patientes potentiellement intéressées par ce dispositif.

En France, aucune étude, à notre connaissance, ne permet de dénombrer avec précision la part des femmes bénéficiant d'un tel suivi ainsi que leurs motivations ; et les résultats obtenus ici ne tiennent compte que d'un seul et unique plateau technique : celui du Centre Hospitalier de Thiers. Pourquoi ne pas reconduire un projet similaire à l'échelon national afin d'éclairer d'un jour nouveau nos interrogations ?

Les réponses à ces différentes questions pourraient sûrement permettre à l'accompagnement global à la naissance, ainsi qu'à l'accouchement en plateau technique, de trouver leur place dans le système obstétrical actuel.

REMERCIEMENTS

Je remercie les sages-femmes libérales qui ont accepté de m'aider dans la communication avec les femmes, et plus particulièrement Madame Subias Aubrée, pour m'avoir fait découvrir l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique. Ce travail de recherche a été réalisé dans le cadre d'un mémoire, mes remerciements s'adressent au Professeur Nohuz Erdogan, chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Thiers et directeur de ce travail, ainsi qu'à toute l'équipe de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand et plus particulièrement, Madame Leymarie Marie-Christine, directrice de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand et co-directrice de ce travail. •

RÉFÉRENCES

1. CIANE (Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance). Présentation du CIANE [Internet]. ciane.net. 2003 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Historique.2003.PresentationDuCiane1.pdf>
2. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. *Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané*. Texte court des recommandations. Rev Sage-Femme. 2017 ; (16) : 111-8.
3. HAS (Haute Autorité de Santé). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales : recommandation de bonne pratique* [Internet]. has-santé.fr. 2017 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
4. WHO (World Health Organization). *WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva : WHO ; 2018.
5. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, Gillot V, et al. *Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1*. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2015 ; 43 (4) : 271-7.
6. Nohuz E, Tarraga E, Albaut M, Simone LD, Gerbaud L. « *Accouchement sur un plateau* » : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2015 ; 43 (5) : 338-41.
7. Pépin J. *Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2016.
8. Goutaland J. *Accouchement en plateau technique versus prise en charge classique, en maternité de type I pour les grossesses à bas risque obstétrical : complications materno-fœtales et néonatales, profil sociodémographique des parturientes* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université de Clermont-Auvergne ; 2017.
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Enquête nationale périnatale 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. 2017 oct.
10. Dutriaux N, Chevalier I, Muray JM, Dran C. *Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne*. Rev Sage-Femme. 2008 ; 7 : 177-86.
11. HAS. *Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* [Internet]. has-santé.fr. 2016 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
12. WHO. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva : WHO ; 2016.
13. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cité 4 juin 2017] ; 4 (CD004667). Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/abstract>
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 4 juin 2017] ; 7 (CD003766). Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>
15. Barraud L. *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2013.
16. Touchard C. *L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples* [Mémoire : Sages-femmes]. [Angers] : Université d'Angers ; 2011.
17. Bellamy V. *Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes*. Insee Focus [Internet]. 2017 [cité 20 mars 2018] ; (92). Disponible sur : <https://insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10>
18. Richard-Guerroudj N. *Entretiens des sages-femmes : l'accouchement à domicile en débat*. Prof Sage-Femme. 160 : 38.
19. CNOF (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes). *Maisons de naissance : neuf structures ouvriront bientôt leurs portes* [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2015 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/maisons-de-naissance-neuf-structures-ouvriront-bientot-leurs-portes/>
20. Baillot A, Evain F. *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*. Études Résultats. 2012 ; (814) : 1-8.
21. CIANE. *Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits « alternatifs » : une politique qui ne dit pas son nom* [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/EtudeCouts.pdf>
22. Collet M. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Études Résultats. 2008 ; (660) : 1-6.
23. Dupré L. *Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique : à propos de 85 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence à terme* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2012.