

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 117 (2019)
Heft: 10

Artikel: Unités de soins gérées par les sages-femmes : satisfaction des femmes
Autor: Bregnard, Aude / Brun, Léna / Zuchuat, sophie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-949012>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Unités de soins gérées par les sages-femmes: satisfaction des femmes

Au Royaume-Uni, les unités de naissance gérées par les sages-femmes (*Midwife-led unit*) proposent des suivis de grossesse et des accouchements physiologiques. Elles peuvent être intra ou extrahospitalières, et les sages-femmes y exercent de manière autonome. Cet article tiré d'un travail de Bachelor traite des facteurs qui influencent positivement la satisfaction et l'expérience de la naissance dans ces unités, en comparaison aux unités de naissance classique.

TEXTE :

MAUDE BREGNARD, LENA BRUN, SOPHIE ZUCHUAT

Depuis cinquante ans, la pratique de l'accouchement a évolué en Europe. L'essor des nouvelles connaissances scientifiques et les avancées technologiques ont permis de réduire la mortalité des femmes et des nouveau-nés. La majorité des naissances ont lieu aujourd'hui en milieu hospitalier. En 2016, seuls 4,8% des accouchements se sont déroulés en milieu extrahospitaliers en Suisse, dont la majorité en maison de naissance. Ce chiffre a augmenté entre 2011 et 2016, témoignant de l'intérêt des couples et des professionnels de santé (Fédération suisse des sages-femmes, 2017).

L'accouchement est un événement majeur de la vie. L'entrée dans la parentalité engendre de nombreux réajustements (Razurel, 2015). Le vécu de l'accouchement a des répercussions à court et à long terme sur l'état psychologique de la femme, de son conjoint ainsi que sur les processus de développement et d'attachement de l'enfant (Larkin *et al.*, 2009). 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 (OMS, 2018).

Les différentes unités du modèle anglo-saxon

Dans certains pays, différents modèles de soins axés sur la physiologie sont offerts aux femmes ayant une grossesse à bas risque, leur permettant d'opter pour un lieu de naissance différent. Au Royaume-Uni, les *Midwife-led unit* (MU) ont ouvert dès les années 1990. Des études montrent que les soins obstétricaux en MU sont aussi sûrs qu'en *obstetric unit* (OU) pour les grossesses

L'OMS a inclus des notions de satisfaction dans ses dernières recommandations concernant les soins intrapartum.

iStockphoto

Les différentes unités du modèle anglo-saxon

D'après National Health Service (2018)

Obstetric unit OU	Alongside midwife-led unit AMU	Freestanding midwife-led unit FMU
Unités hospitalières	Unités intra-hospitalières	Unités extra-hospitalières
Faible ou haut risque obstétrical	Faible risque obstétrical	Faible risque obstétrical
Responsabilité: obstétriciens	Responsabilité: sages-femmes	Responsabilité: sages-femmes
Soins médicaux: 24h/24	Soins médicaux: disponibles sur le même site	Soins médicaux: disponibles sur un autre site
	Transfert: brancard, lit ou fauteuil roulant	Transfert: voiture ou ambulance
Equivalence en Suisse:		
Maternité	Maison de naissance au sein de l'hôpital	Maison de naissance

à bas risque (Hollowell *et al.*, 2015) et que le taux d'intervention y est plus faible (Sandall *et al.*, 2016).

Il est intéressant de voir que les femmes souhaitant accoucher dans ces structures ont des caractéristiques sociales différentes de celles souhaitant accoucher en OU. Souvent plus âgées, elles parlent la langue nationale et sont plus avantagées d'un point de vue socio-économique. Ces femmes sont souvent plus impliquées dans leur prise en soins et dans les aspects psychologiques de la naissance. Elles ont développé des ressources avec des attentes précises (Hollowell *et al.*, 2015).

Cinq articles composant notre revue de littérature ont été sélectionnés afin de répondre à notre question de recherche. Quatre thématiques principales sont ressorties.

La relation avec la sage-femme

Plusieurs études rapportent le rôle positif de la disponibilité de la sage-femme. Celle-ci est plus susceptible de pouvoir faire du one-to-one en MU (Macfarlane *et al.*, 2014). Ce qui ne signifie pas une présence ininterrompue dans la salle d'accouchement mais un équilibre entre le besoin de contrôle et de soutien que la femme recherche. Cet aspect est présent lorsqu'elle perçoit que la sage-femme sera rapidement disponible. Il ressort ainsi que les femmes ont davantage le sentiment d'être écoutées, soutenues et traitées avec respect et dignité par la sage-femme en MU. Elle est perçue comme plus attentive aux besoins psychologiques des femmes et à leurs souhaits pour l'accouchement. Toutefois, il apparaît qu'un nombre

Les femmes ont davantage le sentiment d'être écoutées, soutenues et traitées avec respect et dignité par la sage-femme en Midwife-led-unit.

de femmes ayant donné naissance en MU ne se sont pas senties entendues et respectées dans leur prise de décision. Le soutien perçu par la femme dépend donc de la personne qui le donne. Celle-ci doit être quelqu'un en qui elle a confiance. Connaître la sage-femme avant la naissance peut être un atout mais, pour certaines femmes, la rencontre au moment de l'accouchement n'empêche pas la création d'une relation forte et confiante. Ainsi une attitude non-jugeante et empathique permet de renforcer les ressources de la femme et pourra faire émerger chez elle des sentiments de contrôle, de force, de satisfaction et de réassurance (Dalhberg *et al.*, 2016). Il s'agit dès lors de rester très attentif·ve aux besoins des femmes quel que soit le type d'unité dans laquelle on travaille, et de pouvoir leur offrir une relation de qualité.

L'information délivrée aux femmes et aux couples

Les femmes ont besoin d'être informées autant en période prénatale que durant le processus de la naissance. Les informations reçues forment la base de l'éducation prénatale et sont un prérequis essentiel per-

mettant d'assurer le contrôle personnel (Walker *et al.*, 1995). Le niveau d'information est perçu comme supérieur par les femmes ayant accouché en MU. Que ce soit en OU ou en MU, les femmes se disent insatisfaites de leur accouchement si elles ne se sentent pas impliquées dans les prises de décisions par les équipes (Macfarlane *et al.*, 2014). Parler des difficultés de l'accouchement est important, cela peut aider les couples à faire face aux imprévus de la naissance. Walker *et al.* (1995) soulignent toutefois l'importance de l'individualisation des informations et du sens donné à celles-ci afin de ne pas les standardiser et de s'adapter aux besoins de la femme.

Ces aspects semblent importants à développer pour optimiser l'information délivrée aux couples:

- Le consentement éclairé: fournir des informations actuelles et personnalisées, s'assurer de la compréhension, créer une ambiance de confiance.
- Les cours de préparation à la naissance: insister sur la capacité des femmes à mettre au monde leur enfant, recours à la Pleine Conscience pour permettre aux couples d'utiliser leurs propres ressources.
- Le plan de naissance: réalisation d'un projet souple et réaliste. En MU, s'assurer d'un accord mutuel sur l'accompagnement et la philosophie de soins.

Le vécu du transfert

D'une manière générale, le vécu des femmes est bon en cas de transfert, si une communication adéquate entre les deux équipes est respectée et si la continuité des soins

sage-femme peut être maintenue. Les femmes rapportent que recevoir des informations sur les raisons du transfert favorise un meilleur vécu, particulièrement en cas d'urgence. Le vécu est plus négatif lorsque les transmissions se font dans un climat tendu, si la femme éprouve un sentiment de perte de contrôle ou lorsqu'elle manque d'informations. La préparation à un possible transfert est donc un aspect primordial. Un plan précis et une idéalisation de l'accouchement peuvent aussi influencer négativement le vécu des mères. La sage-femme doit permettre à la femme de réaliser un processus mental l'amenant vers cette décision. Le changement de sage-femme entraîne souvent une déception, il est donc important que la femme ait connaissance de ce fait. Une transition plus longue entre les deux équipes permet également un meilleur vécu pour la mère. Afin d'améliorer le vécu du transfert, différents éléments semblent intéressants :

- La présence des MU à l'intérieur des structures hospitalières semble plus sécuritaire pour certaines femmes car le temps de transfert est réduit.
- Réaliser des protocoles inter-sites afin d'améliorer la collaboration entre les équipes. De précieuses minutes peuvent être gagnées. Des journées de formation interprofessionnelles pourraient aussi être organisées, simulant des situations de transfert.

Les femmes restent plus sensibles à l'attitude de l'équipe et à ses compétences en matière de communication qu'à l'environnement de la naissance.

- Améliorer la communication en situation d'urgence grâce à l'outil TeamSTEPPs. Il comprend les compétences en leadership, en communication, en gestion de la situation et en soutien mutuel.

L'environnement de la naissance

Les couples en sont globalement plus satisfaits en MU. La convivialité n'est pas uniquement jugée sur l'environnement physique mais se retrouve également à travers un sentiment de familiarité, de soutien et de réconfort perçus par les couples. L'atmosphère de calme et de détente créée par la sage-femme permet de soutenir l'idéal d'une naissance naturelle (Rowe *et al.*, 2012) et a beaucoup d'influence sur la satisfaction des couples (Tingstig *et al.*, 2012). Par ailleurs, peu d'études rapportent des expériences négatives concernant l'environnement physique en OU (Macfarlane

et al., 2014). La perception d'un environnement familial reste propre à chacun. Pour certaines femmes, le fait que les équipements médicaux soient apparents participe au sentiment de sécurité qu'elles peuvent ressentir (Walker *et al.*, 1995). Les femmes restent finalement beaucoup plus sensibles à l'attitude de l'équipe et à ses compétences en matière de communication qu'à l'environnement de la naissance (Macfarlane *et al.*, 2014). L'utilisation des équipements par le personnel soignant est appréciée. L'augmentation de la satisfaction liée à l'environnement en MU s'expliquerait plutôt par la culture de soins dans ces unités, qui encourage l'utilisation du matériel à disposition. (Overgaard *et al.*, 2012; Tingstig *et al.*, 2012). Aussi, l'accompagnement des couples dans l'utilisation du matériel déjà à disposition dans les maternités ainsi que des propositions de



mesures de confort (massages, bains chauds et encouragements à la mobilisation) peuvent soutenir positivement les femmes et améliorer leur perception de l'environnement. Il paraît également adéquat de permettre à la femme d'être accompagnée et soutenue par ses proches et de favoriser la présence du père dans l'unité du post-partum, permettant à la nouvelle famille de tisser les premiers liens d'attachement.

Philosophie de soins centrés sur la femme

L'attitude de la sage-femme ayant une philosophie de soins centrés sur la femme apporte à celle-ci l'information nécessaire à la prise de décision et contribue à augmenter le vécu positif et la satisfaction de l'accouchement. La continuité des soins renforcerait la prise en compte des besoins de la femme et la mobilisation de ses ressources internes. Cette philosophie semble améliorer la satisfaction des soins chez un plus grand nombre de femmes et être une

La continuité des soins renforcerait la prise en compte des besoins de la femme et la mobilisation de ses ressources internes.

opportunité pour atténuer les inégalités sociales. Le transfert apparaît comme un thème sensible qui ne doit pas être négligé dans la préparation des femmes à la naissance. Une préparation basée sur l'*empowerment* des couples semble un outil utile pour permettre à un nombre supérieur de couples de s'impliquer dans le processus de 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. ©

Bregnard, Brun & Zuchuat (2018). 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? Travail de bachelor dirigé par Aurélie Delouane-Abinal, Haute Ecole de Santé de Genève. <http://doc.rero.ch>

AUTEURES



Maude Bregnard,
sage-femme en salle
d'accouchement,
Hôpital Universitaire de
la Charité, Berlin.



Léna Brun,
sage-femme à la Mater-
nité des Hôpitaux
Universitaires de Genève.



Sophie Zuchuat,
sage-femme à la
Maternité de l'Hôpital
Riviera-Chablais.



Hebammenbedarf

„Alles rund um die Geburtshilfe“

MEDELO MEDIZIN TECHNIK

bekannt für:

- ✓ **fachkundige Beratung**
- ✓ **Qualitätsprodukte**
- ✓ **schnelle Lieferung**
- ✓ **Leihgeräte-Stellung**
- ✓ **technischer Service**
- ✓ **faire Preise**

Tel. +49 (0) 6502 9224-0
Fax +49 (0) 6502 9224-30
Email: info@medelo-hebshop.de
Im Gewerbegebiet 34
D-54344 Kenn

www.medelo-hebshop.de

Références

- 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. doi:10.1016/j.srhc.2015.08.001.
- Fédération Suisse des sages-femmes. (2017)** Recensement des activités des sages-femmes indépendantes - L'essentiel en bref.
- Hollowell, J., Rowe, R., Townend, J., Knight, M., Li, Y., Linsell, L. & Silverton, L. (2015)** The Birthplace in England national prospective cohort study: further analyses to enhance policy and service delivery decision-making for planned place of birth. *Health Services and Delivery Research*; 3(36). doi:10.3310/hsdr03360
- 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). doi:10.1186/s12884-017-1271-2
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. (2009)** Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*; 25(2), e49 e59. doi:10.1016/j.midw.2007.07.010
- 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. doi:10.1016/j.midw.2014.03.013
- National Health Service (2018)** *Where to give birth: the options*. www.nhs.uk
- Organisation Mondiale de la Santé (2018)** Intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://apps.who.int>
- 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. doi:10.1016/j.socscimed.2011.12.023
- Razurel, C. (2015)** *Se révéler et se construire comme mère*. Chêne-Bourg: Editions médecine et Hygiène.
- 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. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03414.x
- Sandall, J., Solti, 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>
- 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.
- 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.