



HAL
open science

**La déambulation en phase de latence : état des lieux
dans sept maternités de Haute-Normandie. Étude
prospective auprès de 97 sages-femmes hospitalières et
185 patientes**

Anne-Sophie Sorin

► **To cite this version:**

Anne-Sophie Sorin. La déambulation en phase de latence : état des lieux dans sept maternités de Haute-Normandie. Étude prospective auprès de 97 sages-femmes hospitalières et 185 patientes. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00742876

HAL Id: dumas-00742876

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00742876v1>

Submitted on 17 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DEPARTEMENT DES ETUDES DE SAGE-FEMME

LA DEAMBULATION EN PHASE DE LATENCE :
Etat des lieux dans sept maternités de Haute-Normandie

Etude prospective auprès de 97 sages-femmes hospitalières et 185 patientes

Mémoire présenté par
Mademoiselle SORIN Anne-Sophie
Née le 20 Mars 1988

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

PROMOTION 2012

REMERCIEMENTS

A Monsieur MOREAU,
directeur de ce mémoire,
pour sa grande disponibilité et ses conseils avisés

A Madame BLANDIN,
pour son aide et son soutien tout au long de ce mémoire

Aux Sages-Femmes Cadres des maternités ,
ainsi qu'aux sages-femmes et aux patientes ayant participé à l'enquête,
sans lesquels ce mémoire n'aurait pu être réalisé

A ma famille et à mes proches,
pour leur soutien tout au long de mes études

A mes amis,
pour leur présence et leur soutien

SOMMAIRE

Introduction	p.1
Revue de la littérature	
1. La mécanique obstétricale	p.2
1.1. Les intervenants dans l'accouchement	p.2
1.1.1. <i>La ceinture pelvienne</i>	p.2
1.1.2. <i>L'utérus</i>	p.3
1.1.3. <i>Le mobile fœtal</i>	p.4
1.1.4. <i>Les contractions utérines</i>	p.4
1.2. La première étape du travail	p.5
1.2.1. <i>La mise en travail</i>	p.5
1.2.2. <i>La courbe de dilatation du col</i>	p.5
1.2.3. <i>Cas particulier : la nullipare</i>	p.6
2. La déambulation et l'obstétrique	p.7
2.1. L'évolution des pratiques dans le temps	p.7
2.1.1. <i>La mobilisation : une pratique ancienne et répandue</i>	p.7
2.1.2. <i>La médicalisation de l'accouchement</i>	p.8
2.2. L'impact de la déambulation sur la mécanique obstétricale	p.8
2.2.1. <i>La durée du travail</i>	p.9
2.2.2. <i>Le confort maternel et la vascularisation placentaire</i>	p.10
2.2.3. <i>Les dimensions du bassin</i>	p.11
3. Les pratiques actuelles	p.11
3.1. Les recommandations	p.11
3.1.1. <i>La parturiente doit pouvoir bouger librement</i>	p.11
3.1.2. <i>La surveillance du rythme cardiaque fœtal</i>	p.13
3.2. Vers l'évolution des pratiques	p.14
3.2.1. <i>La formation des sages-femmes</i>	p.14
3.2.2. <i>L'évolution des locaux et le développement d'accessoires</i>	p.15

3.2.3.	<i>Le monitoring sans fils</i>	p.15
3.2.4.	<i>L'analgésie péridurale déambulatoire</i>	p.16
3.2.5.	<i>La voie d'abord veineuse</i>	p.16

Enquête

1.	Méthodologie	p.17
1.1.	Objectifs et hypothèses	p.17
1.2.	Matériel et méthode	p.17
1.3.	Le questionnaire destiné aux sages-femmes	p.18
1.4.	Le questionnaire destiné aux patientes	p.19
1.5.	Les tests statistiques	p.20
2.	Les résultats de l'enquête	p.21
2.1.	Résultats chez les sages-femmes	p.21
2.1.1.	<i>Connaissances générales</i>	p.21
2.1.2.	<i>La maternité et son fonctionnement</i>	p.23
2.1.3.	<i>Pratique personnelle</i>	p.27
2.2.	Résultats chez les patientes	p.34
2.2.1.	<i>Renseignements généraux</i>	p.34
2.2.2.	<i>En salle de naissance</i>	p.37
3.	Discussion	p.45
3.1.	Les sages-femmes	p.45
3.2.	Les patientes	p.53

Conclusion	p.58
-------------------	-------------

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION

Depuis l'avènement de l'obstétrique moderne au XVIIIème siècle, l'image de la parturiente en travail est celle d'une femme en décubitus sur la table d'accouchement. Pourtant, les postures verticales sont les plus adaptées pendant le travail en raison de la physiologie du corps humain. Depuis quelques années, nous avons vu se développer dans les maternités des salles d'accouchement dites « salles natures » et du matériel permettant à la femme de se mouvoir. Les parturientes redécouvrent la mobilisation. La tendance est à la démedicalisation de l'accouchement. Plusieurs études ont montré les bénéfices de la déambulation sur le travail. L'Organisation Mondiale de la Santé encourage d'ailleurs le recours à la déambulation.

Notre expérience de stage nous a permis de constater les bienfaits de la déambulation en phase de latence. Toutefois, nous avons également pu constater que les demandes de mobilisation par les parturientes étaient peu nombreuses et que toutes les sages-femmes n'avaient pas le même discours ni le même comportement quand il s'agissait de proposer la déambulation. Il nous semblait donc intéressant de réaliser une étude sur la déambulation en phase de latence afin de faire un état des lieux des pratiques actuelles et de savoir s'il existait des disparités. Nous avons posé trois hypothèses :

- les parturientes sont peu demandeuses parce qu'elles manquent d'informations sur la déambulation
- le comportement individuel de la sage-femme conditionne le recours à la déambulation
- le fonctionnement du service et le niveau de la maternité influencent les pratiques de la sage-femme

Notre étude comprend tout d'abord une revue de la littérature abordant la mécanique obstétricale, la place de la déambulation en obstétrique et les pratiques actuelles. Puis nous exposerons la méthodologie de notre travail de recherche et les résultats obtenus. Enfin nous discuterons ces résultats avant de conclure.

REVUE DE LA LITTERATURE

1. La mécanique obstétricale

1.1. Les intervenants dans l'accouchement

L'accouchement met en présence un moteur (les contractions utérines), un mobile (le fœtus), un défilé osseux (le pelvis) et un obstacle (le col utérin).

1.1.1. La ceinture pelvienne

La ceinture pelvienne est constituée de quatre pièces osseuses (les deux os coxaux, le sacrum et le coccyx) formant un entonnoir à grande base supérieure qui fait communiquer la cavité abdominale avec le pelvis [1;2]. Cette ceinture, aussi appelée bassin osseux, se divise en trois parties :

- L'orifice supérieur ou détroit supérieur, purement osseux, correspond au plan de l'engagement de la présentation fœtale. Il a la forme d'un cœur de carte à jouer et son axe est oblique en avant et en bas.

- L'orifice inférieur du canal pelvien ou détroit inférieur a la forme d'un prisme triangulaire et correspond au diamètre du dégagement. C'est un orifice ostéo-fibreux dont l'axe est presque vertical quand la femme est en décubitus dorsal.

- Entre les deux orifices, l'excavation pelvienne a la forme d'un cylindre coudé et permet l'engagement, la descente et la rotation du mobile fœtal. Son inclinaison forme en général un angle de 40 à 50° avec la verticale. A l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, on distingue un rétrécissement au niveau des épines sciatiques : c'est le détroit moyen qui présente un axe oblique en bas et en avant.

Les trois détroits ont des axes opposés, le fœtus doit donc s'adapter. La parturiente peut participer à cette adaptation en se mobilisant [42]. Pour proposer cela, il est essentiel de comprendre les mécanismes de flexion et d'orientation du mobile fœtal. Il est plus aisé d'accommoder un trajet à une présentation que l'inverse [3].

La ceinture pelvienne se constitue également de quatre articulations (deux articulations sacro-iliaques, une symphyse pubienne et une articulation sacro-coccygienne). Ces articulations du bassin sont peu mobiles mais avec la grossesse la laxité articulaire est augmentée ce qui est un bénéfice d'un point de vue obstétrical pour l'accouchement [4]. Les mouvements de l'articulation sacro-iliaque permettent la nutation du sacrum : le promontoire se déplace en avant et en bas tandis que la pointe du coccyx se déplace en arrière. La nutation contribue ainsi à agrandir le détroit inférieur. A l'inverse, la contre nutation fait se déplacer le promontoire du sacrum en arrière et en haut et la pointe du coccyx en avant. Cela permet d'agrandir le détroit supérieur. Au niveau de l'articulation sacro-coccygienne, la laxité peut contribuer au phénomène de rétropulsion du coccyx. Ce dernier réalise un mouvement de bascule passif d'avant en arrière d'environ 2mm.

1.1.2. L'utérus

L'utérus est un muscle lisse qui subit des modifications morphologiques et structurales pendant la grossesse. Ses rapports et ses propriétés physiologiques changent également. Sur le plan anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties :

- Le corps de l'utérus augmente progressivement de volume. Cette croissance se fait en deux phases. Il y a tout d'abord un épaissement des parois par hyperplasie, suivi d'une hypertrophie. L'utérus a alors une forme sphéroïdale. Puis y succède une phase de distension. L'utérus devient ovoïde à grosse extrémité supérieure et se développe dans l'abdomen. A terme l'utérus a une capacité de 4 à 5 litres et pèse entre 900 et 1200g.

- Le segment inférieur apparaît au troisième trimestre et se développe au dépend de l'isthme utérin. Il est situé entre le corps et le col de l'utérus. Les contractions utérines participent à sa formation et à son ampliation. Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut et est constitué de fibres conjonctives et élastiques. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée que la paroi postérieure. Le segment inférieur se caractérise par sa minceur de 2 à 4mm.

- Le col de l'utérus se modifie peu pendant la grossesse. Il présente deux orifices, l'un externe, l'autre interne. Ces derniers restent fermés jusqu'au travail chez la primipare. Chez la multipare, l'orifice externe est souvent entrouvert et l'orifice interne est plus facilement perméable en fin de grossesse. Le col est considéré comme un obstacle du fait de sa tonicité. Il est essentiellement constitué de tissu conjonctif et est pauvre en tissu musculaire.

1.1.3. Le mobile foetal

Le mobile foetal joue un rôle avec la poche des eaux dans la dilatation du col par une sollicitation directe de l'orifice interne du col. A membranes rompues, ce rôle est majoré ; la diminution de la distension utérine favorise la rétraction des fibres utérines avec des contractions plus efficaces. Le foetus se retrouve poussé vers le bas et progresse dans la filière pelvi-génitale. La présentation procède par accommodations successives qui résultent de la confrontation entre les forces propulsives de contraction et les obstacles qui lui sont opposés. De plus, le phénomène d'orientation fait coïncider le plus grand diamètre de la présentation avec celui du plan à franchir. En cas de présentation dystocique, l'appui est perturbé et peut gêner la dilatation ainsi que la progression du mobile foetal.

1.1.4. Les contractions utérines

La contraction utérine est la force motrice de l'accouchement. Les cellules myométriales se contractent sous l'effet d'une interaction entre les fins filaments d'actine et les épais filaments de myosine. L'activation de ce mécanisme est sous la dépendance du taux de calcium intracellulaire. Les contractions utérines sont involontaires et totales ; elles se propagent comme une onde du fond de l'utérus vers le bas. Elles permettent la formation de la poche des eaux, l'augmentation de la pression intra-utérine, l'effacement ainsi que la dilatation du col et l'engagement du mobile foetal. Lors de l'entrée en travail, les contractions utérines jusque-là irrégulières, durables et de basse fréquence deviennent rythmées, relativement régulières, douloureuses, d'intensité et de fréquence croissantes. Sous leur effet, le mobile foetal va franchir les étages de la filière pelvienne. L'emploi de positions utilisant la pesanteur permet de renforcer l'efficacité de ces contractions [6;7].

1.2. La première étape du travail

1.2.1. *La mise en travail*

La première étape du travail correspond à la période de dilatation du col utérin. Le début de travail se caractérise souvent par la perte préalable du bouchon muqueux et est marqué par l'apparition des contractions utérines accompagnées de modifications cervicales. Le diagnostic de début de travail est avant tout clinique : il s'agit d'apprécier les contractions utérines, souvent irrégulières et peu intenses au début, et d'évaluer l'état du col utérin par un toucher vaginal. L'évolution de la dilatation cervicale et de la dynamique utérine confirme ou non le diagnostic de la mise en travail.

D'un point de vue mécanique, le col commence par se raccourcir sans s'ouvrir puis il s'efface totalement faisant passer le col de 30-43mm de long à moins de 5mm. Ce phénomène est concomitant à celui de la maturation cervicale. L'effacement est lié à l'incorporation de l'orifice interne du col à la partie inférieure du segment inférieur. La transmission des contractions utérines se fait alors directement à l'orifice externe du col, la dilatation commence. Si les deux phénomènes se succèdent le plus souvent chez la primipare, chez la multipare ils sont généralement simultanés.

1.2.2. *La courbe de dilatation du col*

La dilatation se déroule en deux phases suivant une courbe appelée « courbe de dilatation » ou « courbe de Friedman » du nom de son auteur [2]. Cette courbe, publiée en 1969 et affinée avec le temps fait actuellement autorité. La courbe de Friedman donne la progression normale de la dilatation lors d'un travail physiologique. Elle a une allure sigmoïde. La première phase appelée « phase de latence » est assez longue ; elle correspond à la période allant de 0 à 3cm de dilatation et dure en moyenne 8,6h chez la primipare contre 5,3h chez la multipare avec un maximum respectivement de 20h et 14h. La seconde phase ou « phase active » est plus rapide, elle comprend une phase d'accélération entre 4-5cm puis une pente maximale de dilatation jusqu'à 8cm. Le minimum doit être de 1cm/h chez la primipare et 1,5cm/h chez la multipare. De 8 à 10cm de dilatation on observe une phase de décélération. La

phase active dure entre 2 et 4h selon la parité. La courbe de Friedman est toute fois discutée par certains auteurs dans la totalité de son aspect.

De son coté, Hendricks [8] considère que la dilatation du col commence dans les quatre dernières semaines de la grossesse, augmentant progressivement de 1cm à plus de 2cm, trois jours avant le travail. Selon lui l'effacement du col est également progressif dans les semaines qui précèdent l'accouchement. A cette dilatation de fin de grossesse succède une dilatation de « pré-travail » jusqu'à 3-4cm puis la courbe suit celle de Friedman à l'exception de la période de décélération qui n'existe pas chez Hendricks.

1.2.3. Cas particulier : la nullipare

Des études plus récentes menées par Albers, Zhang et Jones et Larson [9;10] ont montré que la phase active du travail durait plus longtemps que prévu chez les nullipares remettant ainsi en cause les normes fixées par Friedman. Selon leurs études, les femmes nullipares à bas risque, à terme, avec un début de travail spontané, mettent 5,5h pour passer de 4cm à 10cm de dilatation (contre 4h selon la courbe de Friedman) avec une vitesse moyenne de dilatation de 1,1cm/h. Ces résultats concordent avec ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) selon lesquels jusqu'à 31% des femmes nullipares se dilatent à une vitesse inférieure à 1cm/h après 3cm de dilatation. Les auteurs de ces études concluent que la durée ainsi que les attentes actuelles du taux de dilatation de la phase active du travail sont trop strictes chez les nullipares à bas risque. Selon eux, la phase active ne débiterait qu'à partir de 4-5cm de dilatation. Selon cette hypothèse, il semble justifié de réviser les normes existantes et leurs limites.

2. La déambulation et l'obstétrique

2.1. L'évolution des pratiques dans le temps

2.1.1. *La mobilisation : une pratique ancienne et répandue*

D'aussi loin que l'on puisse remonter dans l'histoire de l'évolution des accouchements, le comportement des femmes a toujours été conditionné par la mobilité. Quelle que soit la religion, la culture ou bien encore les rituels ethniques, la mobilité a su s'imposer et est universelle. La recherche de positions asymétriques, d'étirement est fréquemment décrite dans la littérature jusqu'au 18^{ème} siècle. L'accouchement en position verticale ou à genoux était pratique courante dans l'antiquité grecque. En Afrique centrale, les parturientes, à l'éveil des douleurs du travail, saisissaient un pieu maintenu horizontalement entre deux branches et tiraient dessus. Entre les douleurs elles marchaient aux alentours.

Du fait des spécificités acquises par l'Homme, comme la bipédie, une aide à la parturition est bien souvent nécessaire, qu'elle soit humaine ou matérielle. La parturiente peut être soutenue par des assistants ou par d'autres moyens (corde, hamac de lianes...). De nombreux accessoires ont ainsi vu le jour, notamment la chaise d'accouchement. D'abord en pierre ou vivante dite en « giron » puis en bois, elle se démocratisa au moyen-âge. Dans les pays en voie de développement, la plupart des parturientes continuent à se mobiliser pendant le travail et à utiliser la position accroupie, ou d'autres positions verticales, lors de l'enfantement.

D'après la documentation dont nous disposons, les positions verticales outre la déambulation avaient pour objectifs de favoriser l'engagement du fœtus et de maximiser l'efficacité du travail tout en rendant celui-ci moins douloureux et plus supportable.

2.1.2. La médicalisation de l'accouchement

C'est en 1668 que s'effectue un grand tournant dans l'évolution des pratiques. L'obstétricien français Mauriceau (1637-1709) diffuse l'idée que pour les efforts expulsifs la parturiente doit adopter une position semi-assise, afin de surveiller le travail et de permettre l'exécution de manœuvres. On passe de la chaise au lit d'accouchement pour des raisons sans rapport avec la physiologie de l'accouchement. Toutefois, Mauriceau ne préconise pas la position allongée pendant la première phase du travail, laissant la femme libre de ses mouvements. Cette conception s'étend progressivement à toute l'Europe occidentale aidée par la popularité croissante des forceps. Le confort de l'accoucheur et la facilité de l'examen vaginal contribuent aussi à cette extension. Ce sont les débuts de l'obstétrique moderne.

Au XVIII^{ème} siècle, la chaise d'accouchement en bois disparaît, l'obstétricien hongrois Semmelweiss la considérait comme étant une forte source d'infections.

Au XX^{ème} siècle, avec l'influence de la technologie, l'accouchement se médicalise et l'immobilisation s'impose pendant le travail. L'accouchement quitte la maison et s'installe à l'hôpital. Un recours plus fréquent aux extractions, l'apparition des monitorings ou encore les premières analgésies péridurales obligent les femmes à rester « fixées » sur la table d'accouchement. La physiologie et la mobilité doivent s'incliner face à la technologie et à la sécurité, l'accouchement étant considéré comme potentiellement pathologique.

Aujourd'hui, les habitudes professionnelles, l'amélioration des technologies et la pression médico-légale croissante continuent d'influencer les pratiques.

2.2. L'impact de la déambulation sur la mécanique obstétricale

Si chacun s'accorde à dire que la déambulation a un impact positif pendant le travail, il existe néanmoins des désaccords concernant les effets qu'elle produit. Plusieurs théories ont été élaborées à ce sujet.

De multiples études ont donc été réalisées afin de connaître les bénéfices de la déambulation et son mode d'action sur la mécanique obstétricale.

2.2.1. La durée du travail

De nombreuses études tendent à dire que la déambulation réduirait la durée du travail sans toutefois s'accorder sur les chiffres.

Une équipe de l'hôpital de Queensland en Australie a réalisé une méta-analyse en 2009 examinant vingt-et-un essais [7]. L'étude porte ainsi sur 3706 femmes. Elle a montré que la déambulation, et plus généralement la position debout, diminuait d'environ une heure la première phase du travail. Les auteurs de l'étude suggèrent que la gravité est un facteur contributif. Elle jouerait un rôle bénéfique sur la position du fœtus facilitant son engagement. La présentation fœtale, descendant plus facilement, appuie directement sur le col ce qui a pour effet d'intensifier et de réguler les contractions utérines sans en augmenter la fréquence. Les contractions utérines sont mieux coordonnées ce qui majore leur efficacité pour dilater le col de l'utérus. Il est donc recommandé de s'appuyer sur la déambulation et la verticalité quand la présentation est encore haute. Selon l'étude, étaient également considérées comme des positions verticales, le « quatre pattes », les positions assises, les positions à genoux et les positions accroupies.

Une autre étude réalisée en 2010 par le docteur Ben Regaya a confirmé cette hypothèse [11]. Il s'agissait d'une étude prospective randomisée de deux-cents cas réalisée au CHU de Sousse sur une période de cinq mois. Un premier groupe de cent parturientes avait la possibilité de déambuler jusqu'à 6cm et le second groupe de cent parturientes devait maintenir le décubitus jusqu'à l'expulsion. Les résultats ont montré que la posture verticale permettait de réduire significativement la durée totale de la phase de dilatation. De même, la prescription des ocytociques était diminuée.

Même si la plupart des études ont montré un bénéfice réel à la mobilisation, toutes les études n'ont pas atteint un taux significatif suffisant [12;13;14]. Une étude menée en 2004 par C. Racinet et Al, n'a pas montré de différence significative

concernant la durée du travail entre le groupe des parturientes restant allongées pendant le travail et le groupe de celles utilisant la déambulation.

2.2.2. Le confort maternel et la vascularisation placentaire

La déambulation aurait également un impact sur le confort maternel et la douleur [15;16;17]. Chaque femme est différente, il n'existe pas de position idéale. Le confort et la douleur sont des notions subjectives, difficiles à évaluer. La meilleure position est celle dans laquelle la parturiente se sent le mieux. Toutefois une étude réalisée en 1983 par Roberts et Al [5] a conclu que les femmes préféraient adopter une position verticale jusqu'à 6cm de dilatation et qu'au-delà elles préféraient les positions horizontales.

Melzack et Al ont également étudié l'impact de la verticalité sur la perception de la douleur en 1991 [18] via une étude randomisée dans laquelle les patientes pouvaient alterner les positions verticales et horizontales. Les résultats ont montré que le score de la douleur était significativement abaissé en position verticale, et particulièrement en cas de douleurs postérieures continues.

Les études de l'équipe de Queensland en Australie, de B. Regaya au CHU de Sousse et de C. Pauffichet [7;11 ;19] citées précédemment sont également toutes unanimes : la déambulation réduit la pression sur les nerfs de la colonne vertébrale. En position verticale les vaisseaux sanguins abdominaux sont moins comprimés, ce qui aide à diminuer la perception de la douleur. La mobilité améliore l'inconfort et diminue le recours aux antalgiques et/ou aux analgésiques. Par ailleurs, il a été suggéré que les positions verticales amélioreraient la ventilation pulmonaire dans la partie basse des poumons [14].

L'absence d'effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs est également un atout pour la vascularisation utéro-placentaire. Les postures horizontales peuvent entraîner une baisse du débit cardiaque, de la tension artérielle et de la perfusion placentaire pouvant induire une hypoxie fœtale. Selon l'étude du docteur Ben Regaya

et l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance ». En 1997, l'OMS a publié « les soins liés à un accouchement normal » [44]. Elle classe en quatre catégories les pratiques utilisées lors d'un accouchement considéré comme « normal ».

Dans la catégorie « A », celle des pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager, on retrouve « la liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail », ainsi que « l'encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail » et « la surveillance fœtale avec auscultation intermittente ».

Dans la catégorie « B », celles des pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer, on retrouve « l'infusion intraveineuse systématique pendant le travail », « la pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique », tout comme « l'utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail » et « l'utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail ». Ainsi, selon l'OMS, la femme est libre de choisir la position qu'elle souhaite adopter pendant le travail et il convient de l'en informer :

« la communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux ».

Lors de « la semaine mondiale pour l'accouchement respecté » en mai 2005, il ressort qu'« aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail [...] les femmes devraient être libres de choisir, et encouragées à le faire, la position qu'elles préfèrent pour l'accouchement ».

Sur le plan national, les états généraux de la naissance de 2003 dénoncent une médicalisation excessive [45]. Selon eux, pour les grossesses et les accouchements dits « normaux », « les grosses maternités ont du mal à sortir du modèle de la pathologie et à offrir des soins personnalisés ». De même, « l'activité obstétricale en secteur

public doit permettre de faire une plus large part au respect de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement ».

Les états généraux de 2006 abordent une approche de la naissance plus respectueuse de son caractère naturel et physiologique.

Le plan périnatalité de 2005-2007 également appelé plan « humanité, proximité, sécurité, qualité » [26], qui avait pour objectif de réorganiser le système obstétrical pour sécuriser davantage la naissance, prend en compte de manière plus complète l'environnement psychologique et social de la naissance notamment en expérimentant les maisons de naissance.

3.1.2. La surveillance du rythme cardiaque fœtal

Concernant la surveillance pendant le travail, selon l'article 12 de l'OMS, « il n'est pas prouvé que le monitoring fœtal de routine pendant l'accouchement a un effet positif sur l'issue du travail ». En effet, si un rythme cardiaque fœtal « normal » témoigne d'un fœtus en bonne santé, la valeur prédictive d'un RCF normal est mauvaise car liée à l'interprétation [21]. L'OMS recommande donc en cas de grossesse considérée comme « normale » un enregistrement de 20-30min du RCF alterné avec un monitoring de 15min toutes les heures durant la dilatation si l'enregistrement initial est « normal ». La difficulté réside dans la définition de la normalité et dans l'interprétation du rythme cardiaque fœtal. La fédération internationale des gynécologues obstétriciens admet qu'un monitoring « non nécessaire » peut interférer avec la mobilité de la patiente, entraîner un surplus d'inquiétude et des décisions non appropriées ainsi qu'interférer avec « l'expérience globale de la naissance ».

Selon les recommandations de 2007 du Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF), la surveillance discontinuée du travail ne peut être envisagée que pour une patiente à bas risque et nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente » [46;47].

Contrairement à l'OMS, le CNGOF déclare que l'enregistrement en continu du RCF divise par deux le taux de convulsions néonatales par comparaison à l'auscultation intermittente [47]. Toutefois il n'a pas été démontré de différence sur le pronostic néonatal à long terme. La surveillance continue a également selon le CNGOF une meilleure sensibilité dans la détection des acidoses néonatales. Cependant l'enregistrement en continu est également associé à une augmentation des taux de césarienne et d'extractions instrumentales. Tous ces éléments ont été mis en évidence notamment grâce à une étude réalisée sur 9651 enfants nés entre 1995 et 1998 à l'hôtel Dieu de Lyon [48].

Il n'a pas été établi de recommandations concernant la télémétrie (qui permet la surveillance continue du RCF pendant le travail en autorisant la déambulation des patientes), faute de données suffisantes.

3.2. Vers l'évolution des pratiques

3.2.1. *La formation des sages-femmes*

Les sages-femmes, après leurs études, poursuivent leur formation tout au long de leur carrière. Selon l'article 4 du code de déontologie, « les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ». Cela passe par une formation professionnelle continue. Depuis quelques années se développent des formations sur la mobilité. L'une des plus proposées en France est celle de B. De Gasquet sur la biomécanique des postures. Elle est à la fois théorique et pratique. Une position de travail théoriquement favorable peut si elle est mal utilisée avoir un effet néfaste en causant notamment un obstacle à la mécanique obstétricale. Pour éviter cela, il est essentiel de connaître et de mettre en pratique avec précision ces positions. L'implication de l'établissement de santé est indispensable dans cette démarche d'amélioration des compétences.

Une autre source de connaissance est la sensibilisation par le biais de collègues ayant eux-mêmes suivis une formation spécifique. La sage-femme est dans la capacité de transmettre.

3.2.2. L'évolution des locaux et le développement d'accessoires

Si les formations évoluent et suivent la tendance actuelle qui tend à revenir vers la physiologie et à un accouchement moins médicalisé, les maternités évoluent également en ce sens sur le plan technique. Après le développement des salles de pré-travail, on voit depuis quelques années se développer des salles dites « natures ». Il s'agit de salles aménagées à côté des salles d'accouchement traditionnelles et disposant d'un véritable lit ainsi que de différents matériels pour les femmes désirant accoucher le plus naturellement possible tout en étant bien encadrées. On parle également d'« espaces physiologiques d'accouchement ». Les maternités en font souvent « leur vitrine » pour promouvoir une prise en charge et un accouchement le plus physiologique possible.

Dans le même esprit se sont développés des accessoires pour le travail permettant de mobiliser les parturientes ainsi que de participer au confort de ces dernières. Ces accessoires (ballons, coussins d'allaitement, galettes...) utilisés de diverses façons sont aujourd'hui très présents dans les salles de naissance. Si ces objets sont peu encombrants et facilement installables, d'autres comme les baignoires ou encore les suspensions coûtent plus chers et/ou sont plus difficiles à mettre en place. Ils sont donc moins présents en salle de naissance. Les tables d'accouchement quant à elles sont de plus en plus perfectionnées mais sont aussi très onéreuses, ce qui freine leur installation.

3.2.3. Le monitoring sans fils

Un autre matériel a également fait son apparition depuis quelques années dans certaines salles d'accouchements : le monitoring portatif. La surveillance fœtale est indispensable pendant le travail mais peut représenter un frein à la mobilisation du fait des fils reliant les capteurs à l'appareil d'enregistrement. La déambulation se limite à un espace réduit autour de l'appareil. Pour permettre à la parturiente de se mouvoir librement, l'enregistrement cardiotocographique doit alors être arrêté. Le rythme cardiaque fœtal est donc enregistré de manière discontinue. Le monitoring portatif a pour avantage de permettre de se mobiliser librement tout en enregistrant de manière

continue le rythme cardiaque fœtal. S'il accorde plus de liberté à la parturiente, il présente certains inconvénients comme le fonctionnement sur batterie.

3.2.4. L'analgésie péridurale déambulatoire

Un autre frein à la déambulation est l'analgésie péridurale [22;34]. Elle s'est développée depuis 40 ans. Une enquête nationale réalisée en 2003 a chiffré à 63% la proportion de femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale au cours du travail. Elle permet de soulager efficacement les douleurs tout en permettant à la parturiente de participer pleinement à son accouchement. L'apparition d'un bloc moteur restreint la mobilisation d'autant plus que l'analgésie péridurale peut être associée à une hypotension orthostatique. Une alternative possible est « l'analgésie péridurale déambulatoire » [4]; l'analgésie y est minimale et la faculté de marcher est conservée. Cette technique dépend à la fois de la motivation de la parturiente et de son envie de déambuler, de l'intensité de l'analgésie requise et de la disponibilité des équipes médicales pour la mettre en place.

La mobilité est également restreinte par la nécessité d'une surveillance particulière. Selon les recommandations de la société française d'anesthésie et de réanimation de 1992 [49], la pose d'une analgésie péridurale doit comporter au minimum « une mesure automatique de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, et pour le fœtus celle du rythme cardiaque fœtal ». De plus, la présence d'une voie d'abord veineuse est obligatoire.

3.2.5. La voie d'abord veineuse

La voie d'abord veineuse gêne également la mobilisation. Toutefois, en l'absence d'analgésie péridurale, de pathologies obstétricales, maternelles ou fœtales, la pose de perfusion n'est recommandée qu'en fin de travail. La mise en place d'un cathéter obturé durant le travail peut être une alternative intéressante permettant à la fois de maintenir une liberté de mouvement tout en ayant un accès rapide à la circulation intraveineuse en cas de nécessité.

ENQUETE

1. Méthodologie

1.1. Objectifs et hypothèses

Les postures verticales sont les plus adaptées en phase de latence en raison de la physiologie du corps humain mais la médicalisation de l'accouchement et les progrès techniques en matière de surveillance du travail ont réduit la mobilité de la parturiente. Depuis quelques années, les choses évoluent et la tendance actuelle est à la démedicalisation de l'accouchement et au retour à la physiologie. Des salles d'accouchement dites « salle nature » ont fait leur apparition dans les maternités. Ces dernières se sont également équipées en matériels permettant à la parturiente de se mouvoir et d'adopter les postures qu'elle souhaite en salle de naissance.

Notre étude s'est intéressée à faire un état des lieux des pratiques actuelles afin de savoir s'il existe des disparités dans le recours à la déambulation en phase de latence.

Nous avons posé trois hypothèses :

- Les parturientes sont peu demandeuses parce qu'elles manquent d'informations sur les positions qu'il est possible d'adopter durant le travail et notamment la déambulation.
- Le comportement individuel de la sage-femme conditionne le recours à la déambulation.
- Le fonctionnement du service et le niveau de la maternité influencent les pratiques de la sage-femme.

1.2. Matériel et méthode

Une double enquête comparative, prospective et multicentrique a été menée dans sept maternités de Haute-Normandie entre Août et Décembre 2011. Pour réaliser cette étude, deux questionnaires ont été élaborés, l'un à destination des sages-femmes travaillant en salle de naissance, l'autre à destination des patientes en suites de couches.

L'étude a été réalisée dans les maternités suivantes :

- la maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Rouen (niveau III)
- la maternité du Centre Hospitalier Jacques Monod à Montivilliers (niveau III)
- la maternité du Centre Hospitalier du Belvédère à Mont Saint Aignan (niveau II)
- la maternité du Centre Hospitalier d'Evreux (niveau II)
- la maternité du Centre Hospitalier de Vernon (niveau I)
- la maternité du Centre Hospitalier de Bernay (niveau I)
- la maternité du Centre Hospitalier de Lillebonne (niveau I)

1.3. Le questionnaire destiné aux sages-femmes

Les questionnaires à destination des sages-femmes ont été déposés, avec accord des cadres sages-femmes, en salle de naissance ou ont été distribués nominativement par une cadre sage-femme. Sur les 115 questionnaires distribués, 97 questionnaires exploitables ont été recueillis soit un taux de récupération de 84%.

La répartition en fonction des maternités est la suivante :

- niveau III : 36 questionnaires exploitables
- niveau II : 36 questionnaires exploitables
- niveau I : 25 questionnaires exploitables

Le questionnaire à destination des sages-femmes était constitué de 21 questions regroupées en trois parties :

- la première partie, constituée des questions 1 à 3, portait sur des connaissances générales. Cette partie abordait les effets de la déambulation, les positions étant considérées comme des postures verticales et la formation spécifique des sages-femmes.

- la seconde partie, constituée des questions 4 à 11, portait sur la maternité (où la sage-femme exerce) et son fonctionnement : formations proposées, matériel à disposition, adaptabilité des locaux, protocoles de service...

- la troisième partie, constituée des questions 12 à 21, portait sur la pratique individuelle et le point de vue personnel. On trouve dans cette partie des questions sur l'utilisation de la déambulation au quotidien : fréquence d'utilisation, obstacles rencontrés, avis des sages-femmes sur le sujet, place de la déambulation vis-à-vis de la médicalisation de l'accouchement...

1.4. Le questionnaire destiné aux patientes

Les questionnaires pour les patientes, après accord des cadres sages-femmes, ont été distribués par un enquêteur en suites de couches qui se chargeait de leur diffusion et de leur récupération.

L'étude inclue uniquement les femmes considérées à « bas risque obstétrical ». Les critères d'inclusion ont été déterminés en fonction de la définition qui est faite par l'organisation mondiale de la santé de la parturiente à bas risque en travail :

- une patiente dont la grossesse sans pathologie ou à bas risque a été bien suivie
- d'enfant unique en présentation céphalique
- dont le déclenchement est spontané
- entre les 37^{ème} et 42^{ème} semaines de gestation
- ne présentant pas d'anomalies à l'auscultation

Sur les 195 questionnaires distribués, 185 questionnaires exploitables ont été récupérés soit un taux de récupération de 95%.

La répartition en fonction des maternités est la suivante :

- niveau III : 71 questionnaires exploitables
- niveau II : 63 questionnaires exploitables
- niveau I : 51 questionnaires exploitables

Le questionnaire à destinations des patientes était constitué de 12 questions regroupées en deux parties :

- la première partie, constituée des questions 1 à 5, portait sur des renseignements généraux (âge, parité), le niveau d'information reçue pendant la grossesse et les sources de renseignement.
- la seconde partie, constituée des questions 6 à 12, portait sur la mobilisation des femmes en salle de naissance : taux de déambulation, ressenti, motif d'abstention, autres positions adoptées pendant le travail...

1.5. Les tests statistiques

Les statistiques ont été réalisées avec les logiciels Microsoft Office Excel 2007 et Stata 7.0. Les tests de student et du khi-2 ont été utilisés. Des croisements entre les données recueillies ont été effectués. Les résultats sont significatifs pour « p » inférieur à 0.05.

2. Les résultats de l'enquête

2.1. Résultats chez les sages-femmes

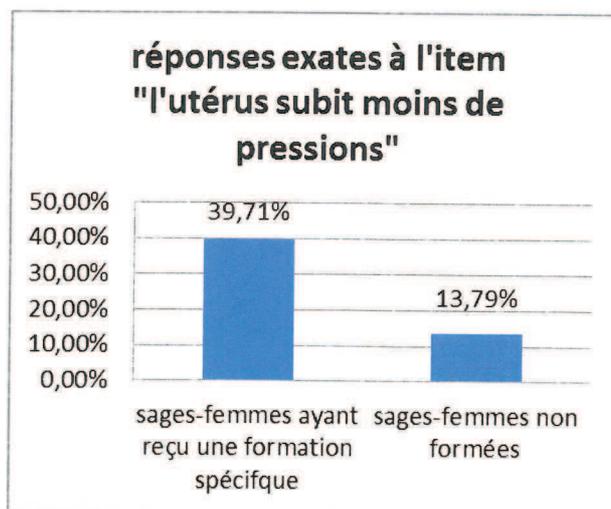
2.1.1. *Connaissances générales*

- Quels sont les effets de la déambulation ?

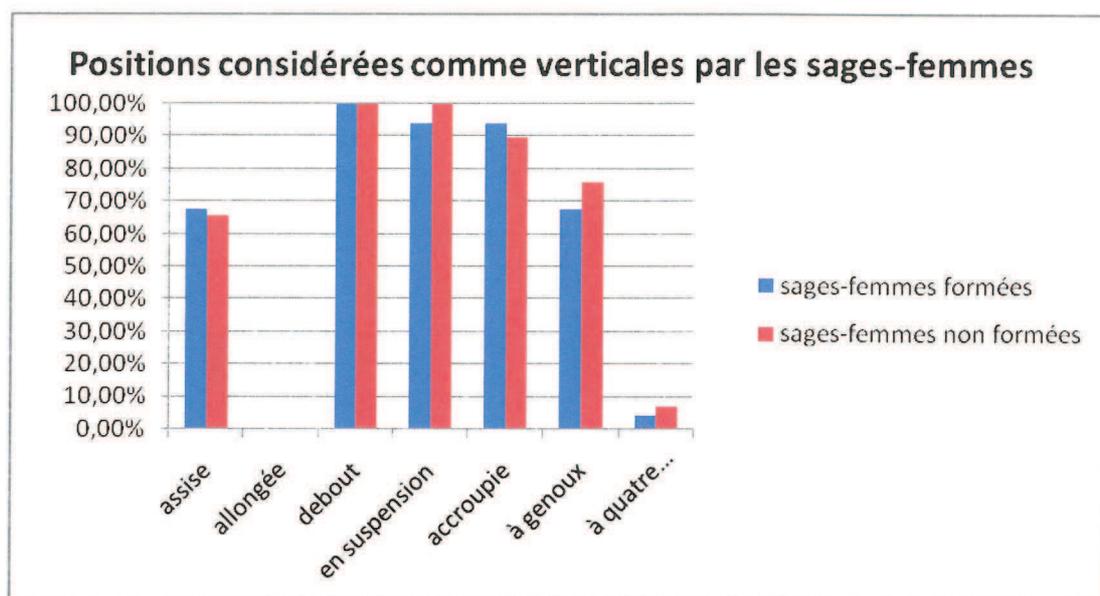
les effets de la déambulation	Sages-femmes n=97	Pourcentage de réponses exactes %
n'augmente pas la fréquence des contractions utérines	50	51.55
augmente l'intensité des contractions utérines	34	35.05
a moins d'effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs	68	70.10
améliore le confort maternel	97	100.00
permet une meilleure gestion de la douleur	90	92.78
favorise la descente du fœtus	95	97.94
modifie les dimensions du bassin	84	86.60
l'utérus subit moins de pressions	31	31.96

Seulement 35.05% des sages-interrogées savent que la déambulation augmente l'intensité des contractions utérines. 48.45% pensent à tort que cela augmente leur fréquence.

Concernant l'item « l'utérus subit moins de pressions », il existe une différence significative des réponses selon si les sages-femmes ont été formées ou non sur la liberté posturale ($p=0.012$).



- Quelles sont les positions verticales parmi ces propositions ?



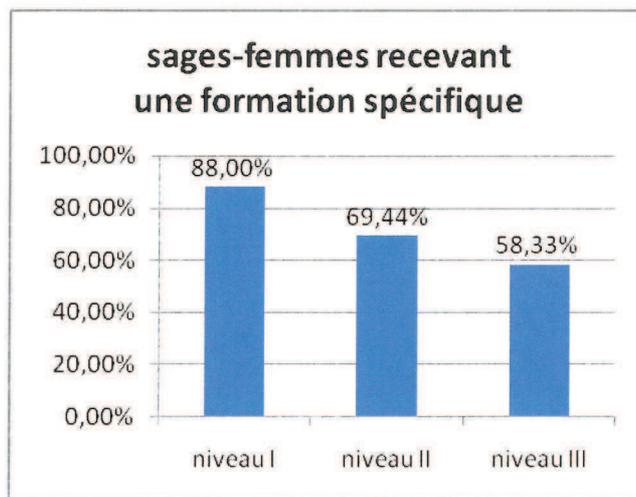
Si les sages-femmes connaissent la plupart des positions verticales, seulement 5.15% d'entre elles savent que le « quatre pattes » en fait partie.

- Avez-vous été formé aux diverses positions à adopter pendant le travail ?

formation sur les positions à adopter pendant le travail	sages-femmes n=97	pourcentage %
oui	68	70.10
non	29	29.90
Par qui ?	n=68	%
Formation B. De Gasquet	54	79.41
école de sage-femme	10	14.71
autre	4	5.88
Année de formation	n=68	
Moyenne ± SD [Min,Max]	2007 ± 3,24 [2011,1998]	

70.10% des sages-femmes interrogées ont reçu une formation spécifique. La plupart ont bénéficié de la formation « B. De Gasquet ». Près de 15% des sages-femmes ayant répondu à l'enquête ont déclaré avoir été formées à l'école de sage-femme. Les 5.88% restants ont soit bénéficié d'une autre formation sur les positions pendant le travail soit été formées par leurs collègues.

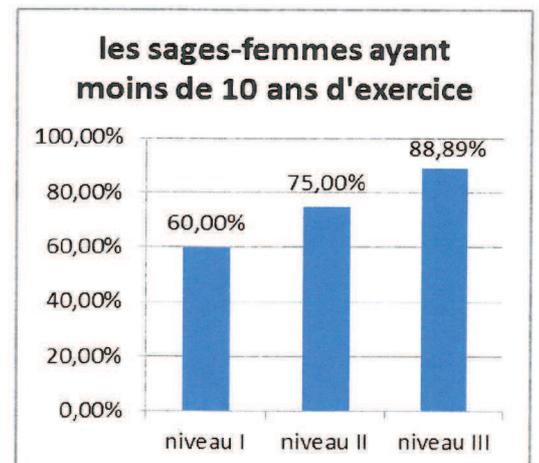
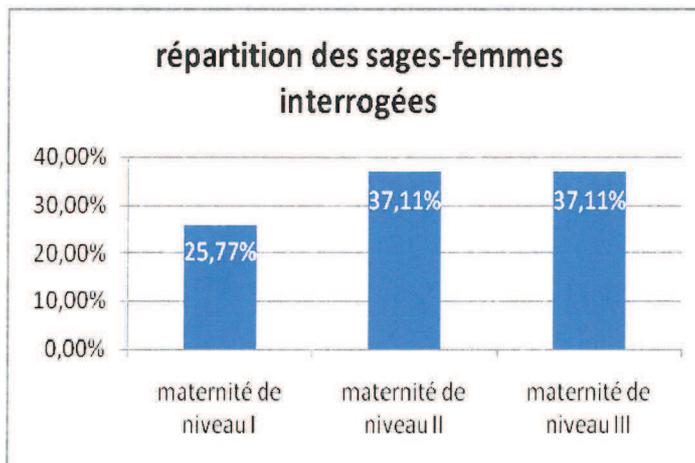
Les sages-femmes interrogées ont été formées entre 1998 et 2011. En moyenne elles ont réalisé leur dernière formation sur la liberté posturale il y a 5 ans.



Il existe une différence significative entre les maternités concernant la formation des sages-femmes ($p=0.045$).

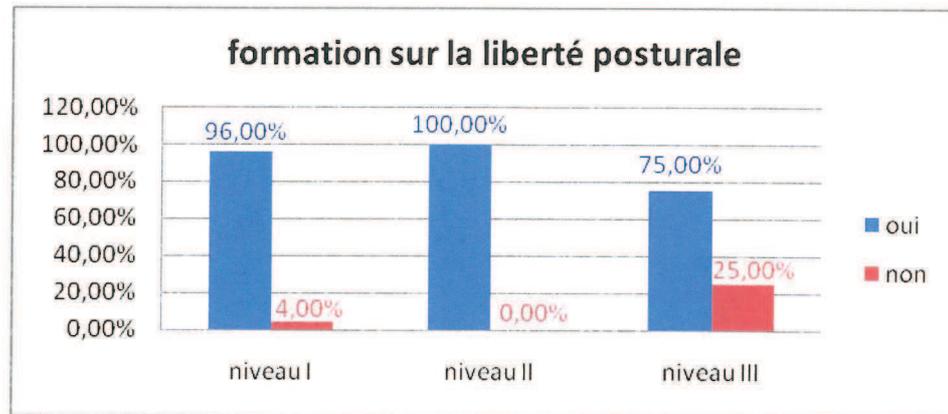
2.1.2. La maternité et son fonctionnement

- Dans quel niveau de maternité exercez-vous ?



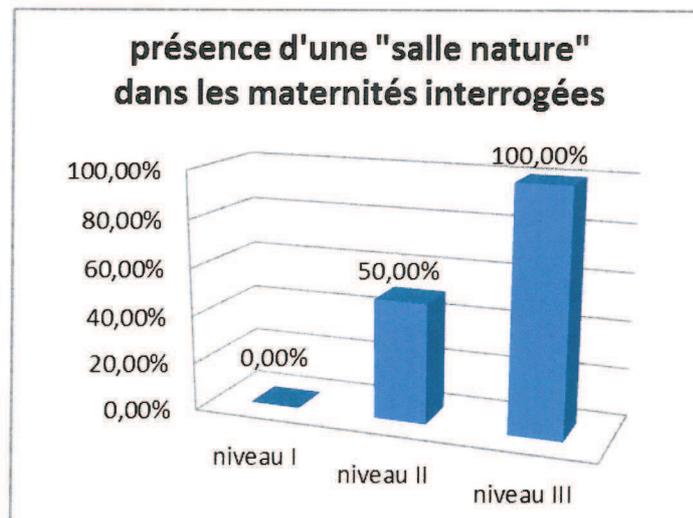
Parmi les sages-femmes interrogées, 36 exercent dans une maternité de niveau III, 36 en niveau II et 25 en niveau I. La population interrogée est jeune.

- La maternité dans laquelle vous exercez propose-t-elle des formations sur la liberté posturale et les positions d'accouchement ?



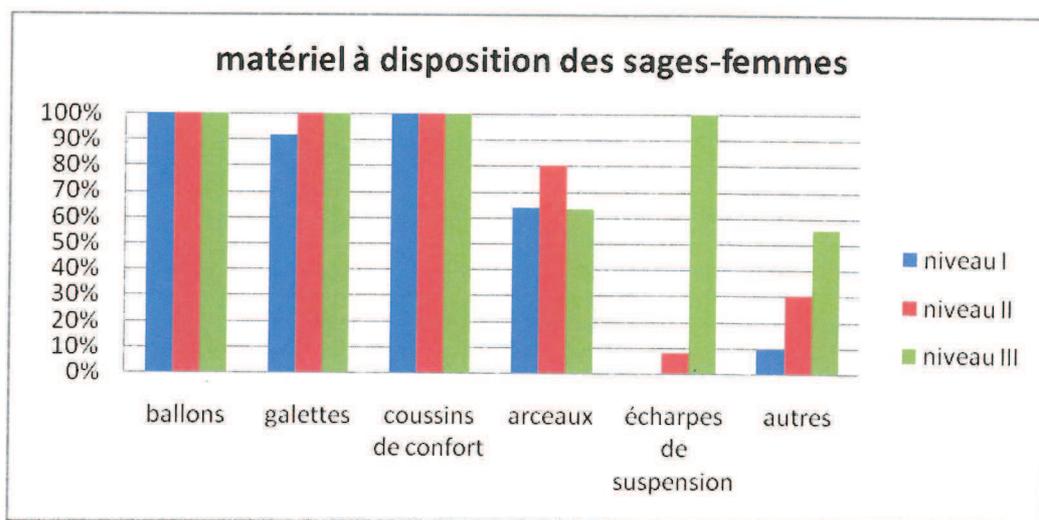
Toutes les maternités interrogées proposent une formation spécifique sur la liberté posturale. Les sages-femmes en sont bien informées en niveau I et II, un peu moins en niveau III.

- Existe-t-il des salles d'accouchement dites « salle nature » ?



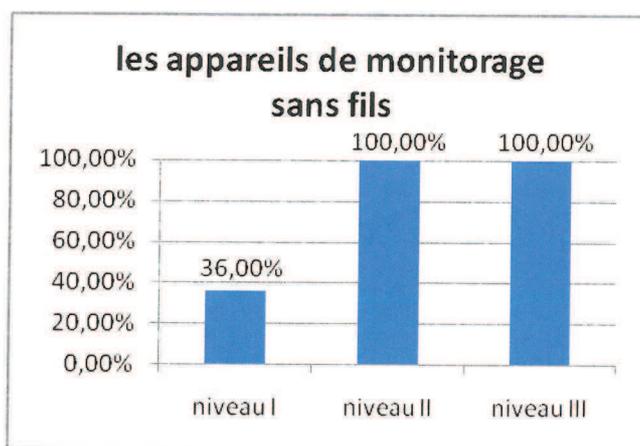
Les maternités de niveau I interrogées ne possèdent pas de salles dites « nature » alors qu'on en retrouve dans les deux maternités de niveau III. En niveau II, une seule des deux maternités en dispose. Il existe donc une différence significative entre les maternités ($p=0.000$).

- Quels matériels avez-vous à disposition ?



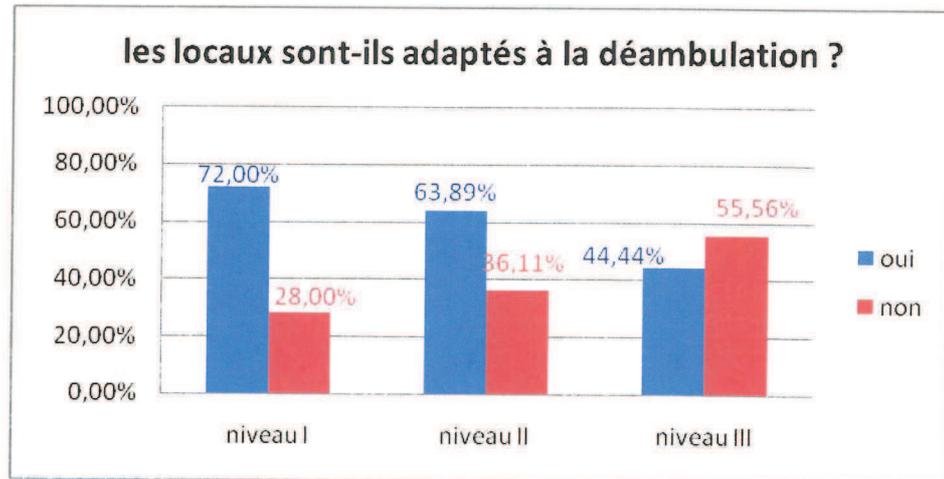
Certains matériels comme les ballons ou les coussins de confort sont présents dans toutes les maternités et cités par toutes les sages-femmes interrogées. D'autres comme les galettes ou les arceaux sont également présents partout mais toutes les sages-femmes n'en connaissent pas l'existence. Toutes les maternités ne disposent pas d'écharpes de suspension. Parmi les autres matériels à la disposition des sages-femmes on retrouve la baignoire et le siège d'accouchement.

- Existe-t-il des appareils de monitoring sans fils ?



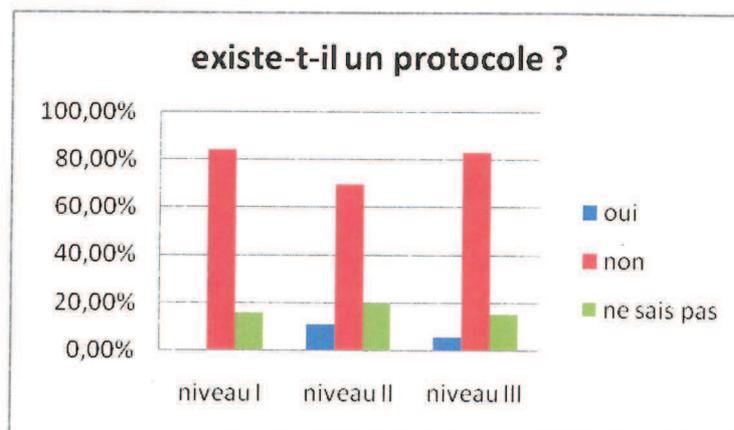
Des appareils de monitoring sans fils sont présents dans toutes les maternités de niveau II et III. Seule une maternité de niveau I en dispose sur les trois interrogées.

- Vos locaux vous semblent-ils adaptés pour la déambulation des parturientes ?



Il existe une différence significative concernant le fait que les locaux sont adaptés ou non à la déambulation entre les sages-femmes ayant été formées sur la liberté posturale et celles qui ne l'ont pas été. 69.12% des sages-femmes formées (toutes les maternités confondues) considèrent que les locaux sont adaptés à la déambulation contre 34.48% des sages-femmes non formées ($p=0.002$).

- Existe-t-il dans votre maternité un protocole de prise en charge concernant la mobilisation et la déambulation en salle de naissance ?



La majorité des maternités ne disposent pas de protocole portant sur la déambulation pendant le travail. Seulement deux des sept maternités interrogées en disposent et les sages-femmes n'en ont pour l'essentiel pas connaissance.

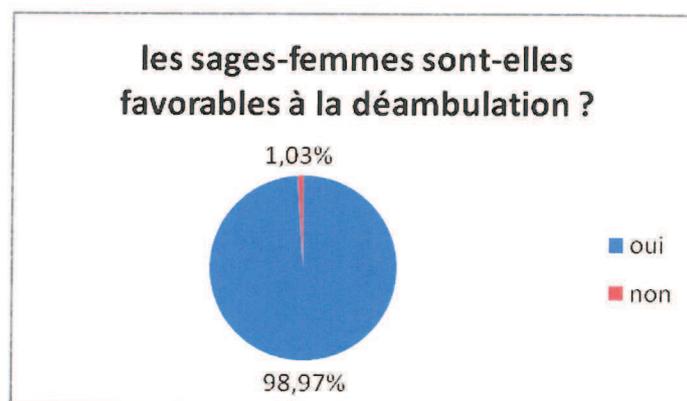
2.1.3. Pratique personnelle

- Depuis combien d'années exercez-vous ?

années d'expérience	n=97
Moyenne \pm DS [Min,Max]	8,08 \pm 7,32 [0, 36]

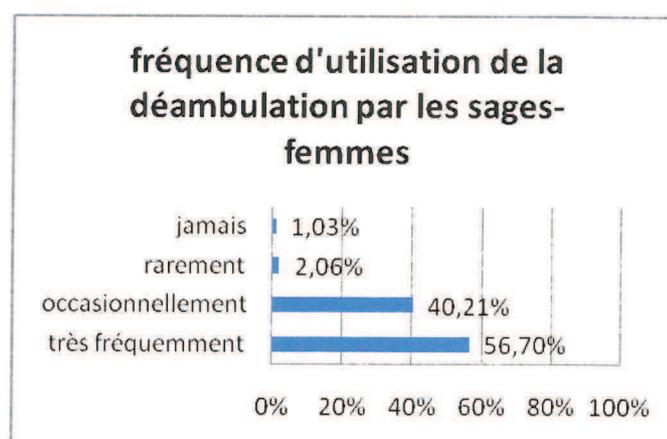
Les sages-femmes interrogées ont entre 36 ans et moins d'1 an d'expérience avec une moyenne de 8 ans d'exercice.

- Êtes-vous favorable à la déambulation ?

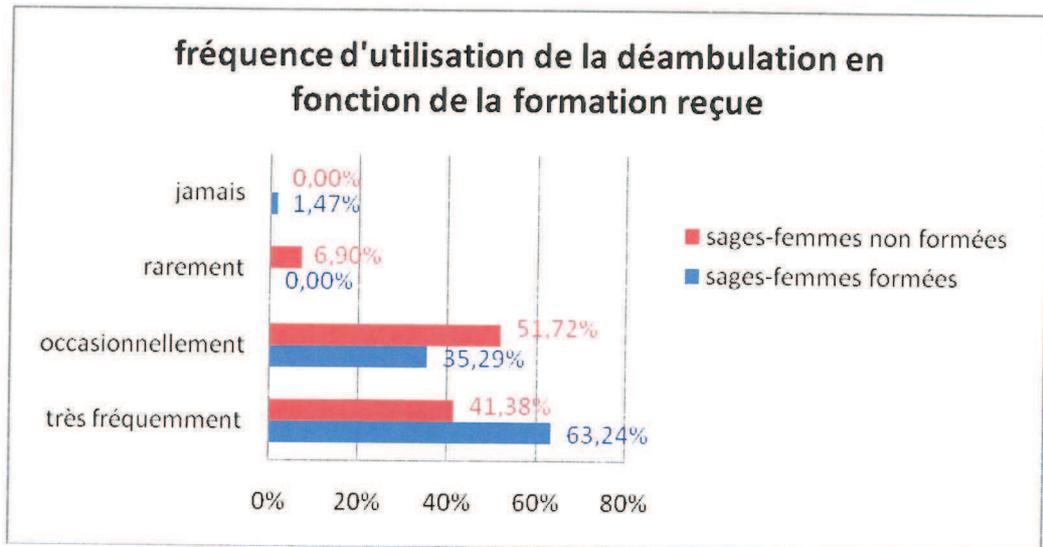


Sur les 97 sages-femmes ayant répondu à l'enquête, 96 sont favorables à la déambulation soit 98.97%.

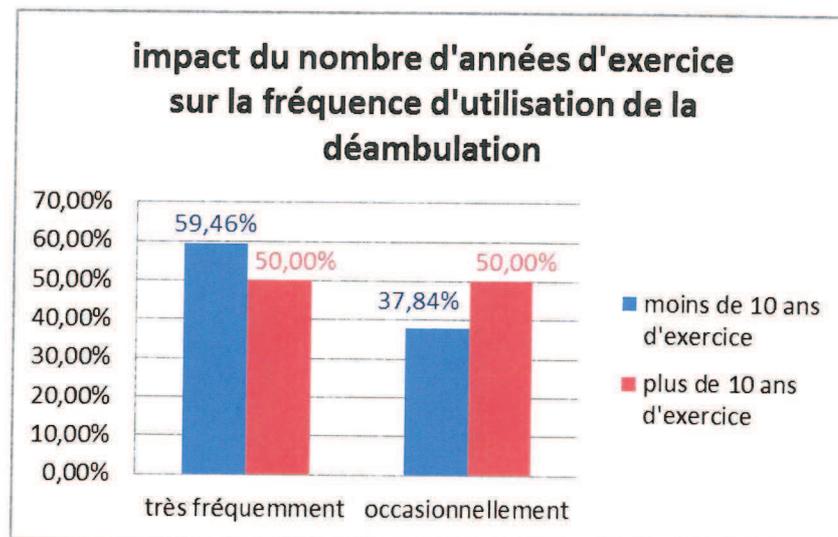
- A quelle fréquence l'utilisez-vous ?



56.70% des sages-femmes déclarent utiliser très fréquemment la déambulation.

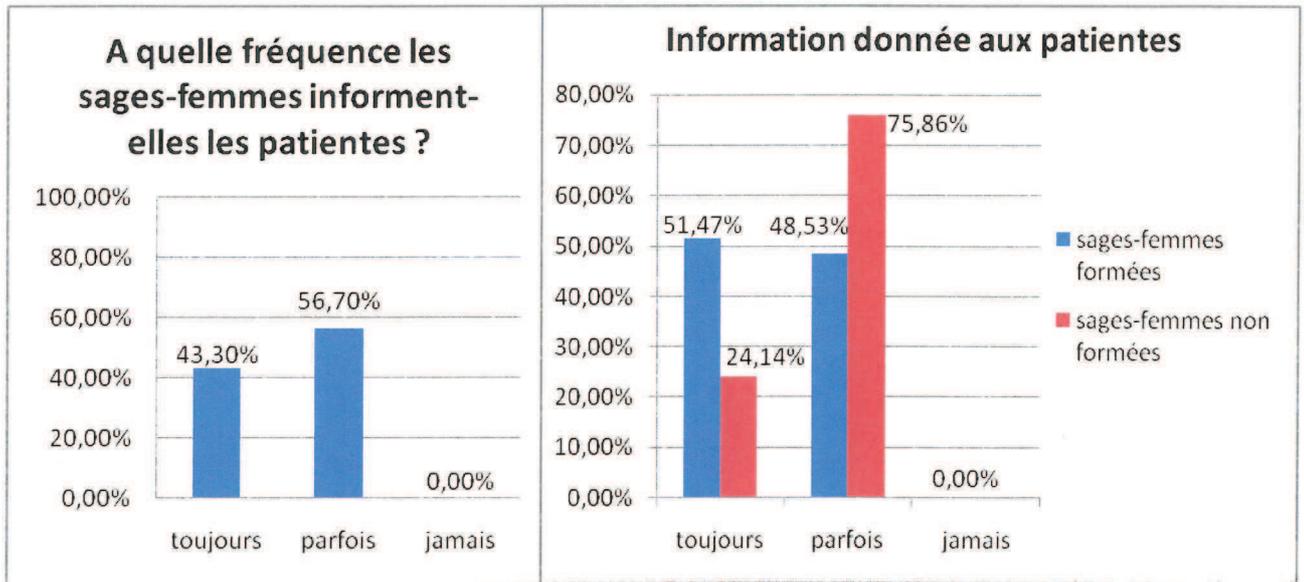


Il existe cependant une différence significative dans la fréquence d'utilisation de la déambulation entre les sages-femmes formées à la liberté posturales et celles qui ne le sont pas ($p=0.042$). Les sages-femmes formées proposent plus fréquemment aux parturientes de marcher.



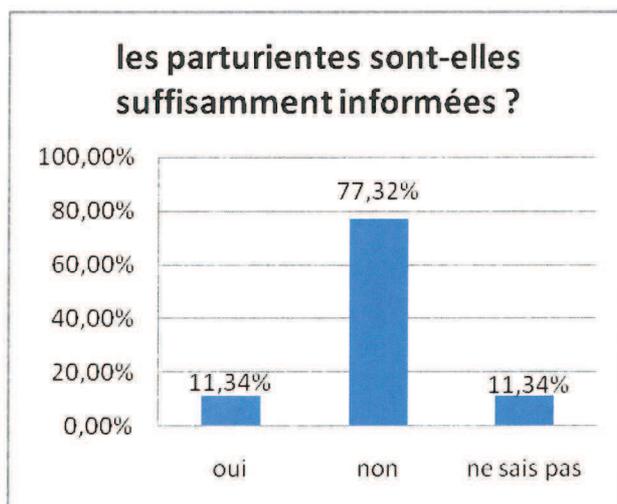
Il existe également une différence en fonction du nombre d'années d'exercice. Les sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience proposent plus fréquemment la déambulation.

- Parlez-vous de la liberté posturale et des positions qu'il est possible d'adopter avec les parturientes ?



Majoritairement les sages-femmes déclarent ne pas toujours informer les parturientes sur les possibilités de mobilisation. Il existe une différence significative dans l'information donnée aux patientes selon si les sages-femmes ont été formées ou non à la liberté posturale ($p=0.013$). En effet, 51.47% des sages-femmes ayant reçu une formation spécifique déclarent toujours informer les parturientes contre seulement 24.14% des sages-femmes n'ayant pas reçu cette formation.

- Les parturientes sont-elles, selon vous, suffisamment informées sur ces pratiques ?



77.32% des sages-femmes interrogées déclarent, que selon elles, les patientes ne sont pas suffisamment informées.

- Quand il s'agit de proposer la déambulation, quels critères vous influencent ?

facteurs influençant les sages-femmes	Score obtenu	Classement par ordre
l'âge maternel	3	1 (-)
la parité	44	2
la relation établie avec la parturiente	86	3
la charge d'activité dans le service	100	4
la préparation à la naissance pendant la grossesse	103	5
la présence du conjoint ou d'un tiers	132	6
la fréquence des contractions utérines	165	7
l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal	197	8
la hauteur de la présentation fœtale	201	9
l'évolution du travail	293	10
la douleur ressentie par la parturiente	322	11
la demande et l'implication de la parturiente	384	12 (+)

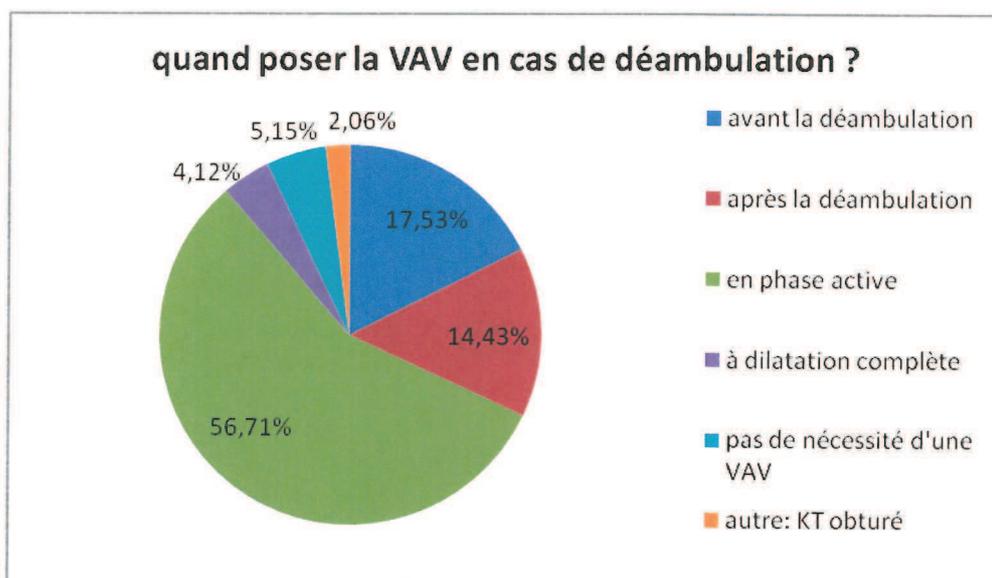
Le critère influençant le plus les sages-femmes est « la demande et l'implication de la parturiente » devant « la douleur ressentie par la parturiente » et « l'évolution du travail ».

- Quels éléments vous « freinent » dans la pratique de la déambulation ?

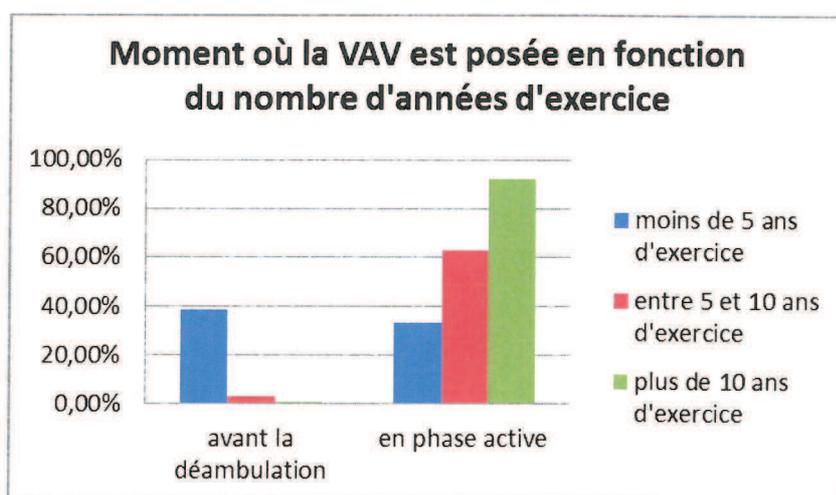
facteurs considérés comme des freins	Score obtenu	Classement par ordre croissant
les protocoles du service	34	1 (-)
la disposition des locaux	62	2
la présence d'une voie d'abord veineuse	105	3
la charge d'activité dans le service	164	4
la surveillance des contractions utérines (tocométrie)	175	5
l'absence du conjoint ou d'un tiers	180	6
le poids de la parturiente (obésité)	184	7
la douleur ressentie par la parturiente	307	8
la passivité de la parturiente	366	9
l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal	409	10 (+)

Le principal frein dans le recours à la déambulation est « l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal ». « La passivité de la parturiente » est également un obstacle à la déambulation selon les sages-femmes.

- Votre parturiente est en phase de latence et vous décidez de la mobiliser : quand posez-vous la voie d'abord veineuse (VAV) ?

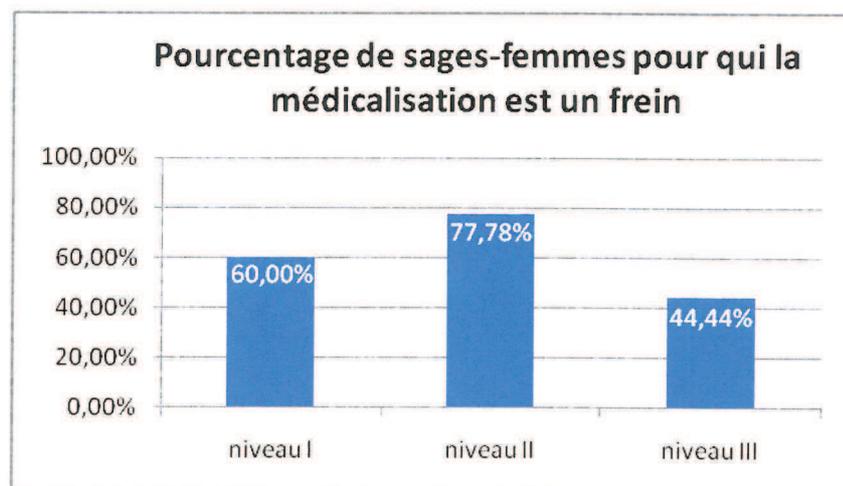
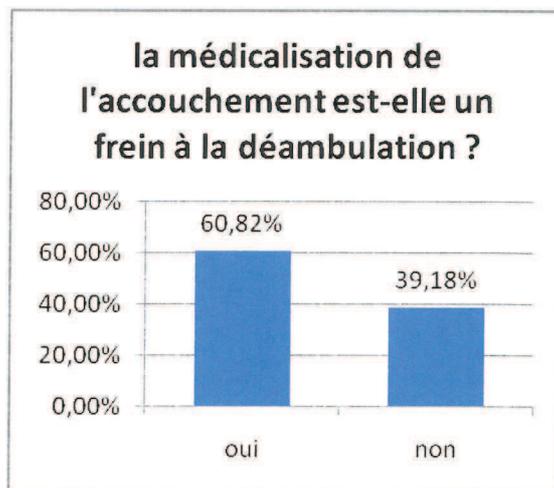


En cas de déambulation, la majorité des sages-femmes (56.71%) posent la voie d'abord veineuse en phase active.



33,33% des sages-femmes ayant moins de 5 ans d'exercice choisissent de poser la voie d'abord veineuse avant la déambulation contre seulement 1,03% après 10 ans d'exercice.

- La médicalisation de l'accouchement est-elle, selon vous, un frein à la mobilité des femmes ?

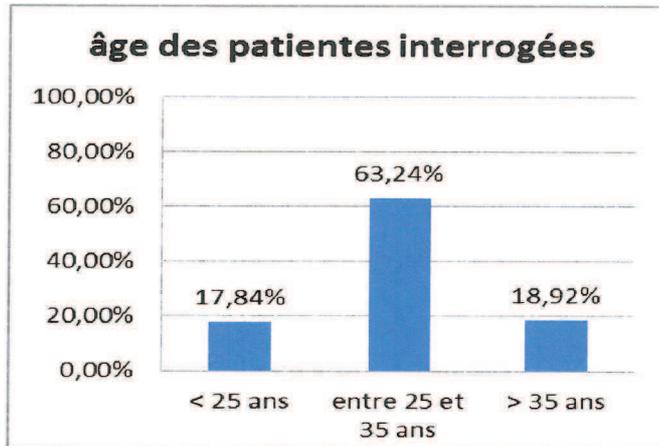


La majorité des sages-femmes considère que la médicalisation est un frein à la déambulation. Il existe une différence significative concernant le point de vue des sages-femmes sur la médicalisation de l'accouchement en fonction des maternités ($p=0.015$).

2.2. Résultats chez les patientes

2.2.1. Renseignements généraux

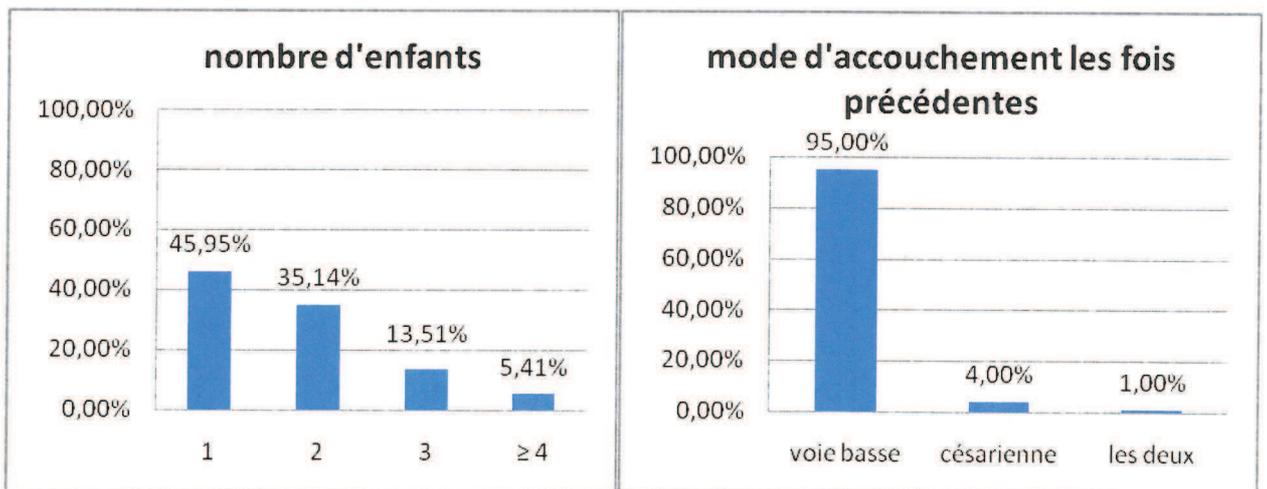
- Quel âge avez-vous ?



La majorité des patientes interrogées a entre 25 et 35 ans.

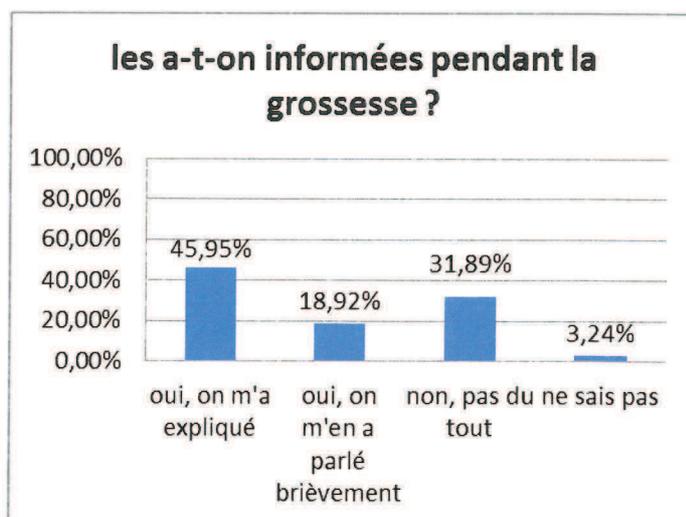
- A combien d'enfants avez-vous donné naissance ?

Si ce n'est pas votre 1^{er} enfant, comment avez-vous accouché les fois précédentes ?

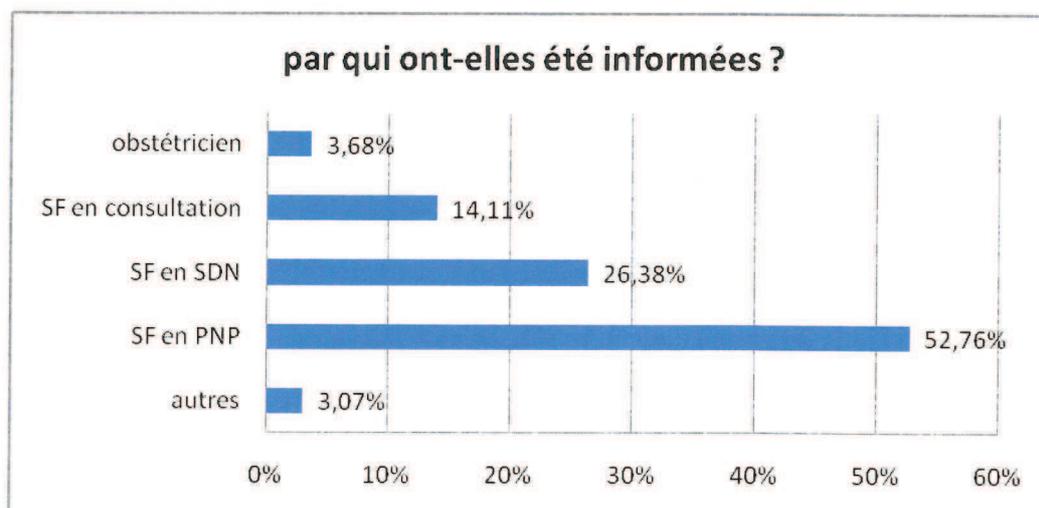


45.95% des femmes interrogées sont des primipares. Les multipares ont dans 95.00% des cas accouché voie basse les fois précédentes.

- Vous a-t-on parlé durant la grossesse des possibilités de mobilisation en salle de naissance ? Si oui, qui vous en a parlé ?

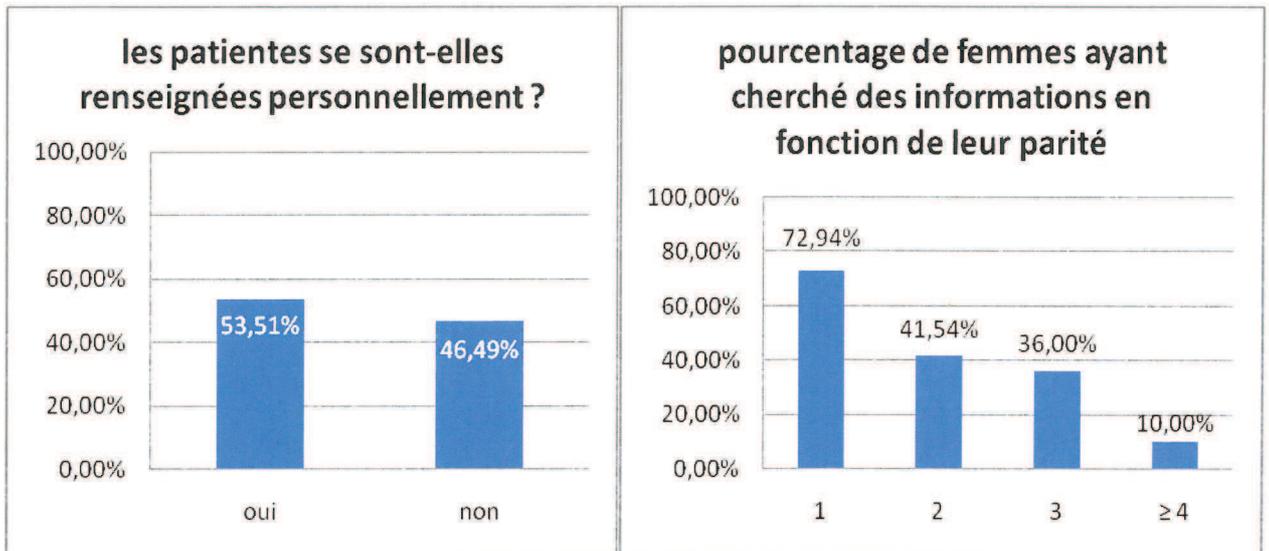


64.87% des parturientes ont été informées des possibilités de mobilisation en salle de naissance.

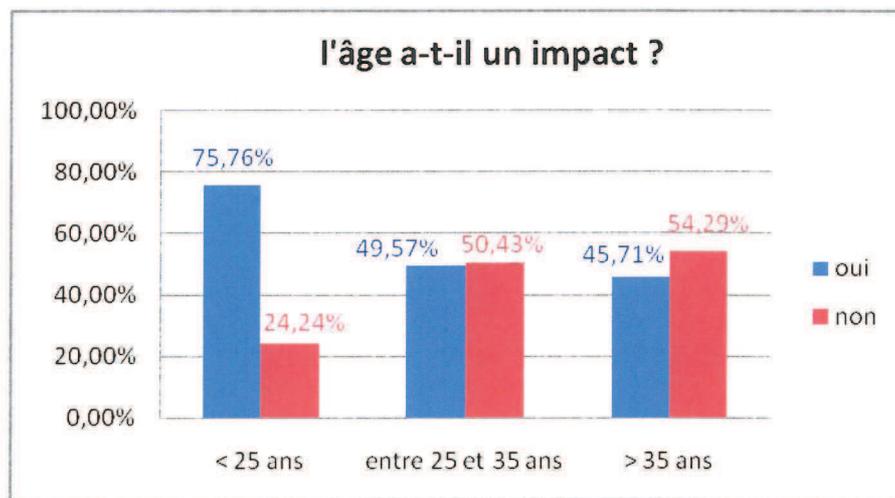


Plus de la moitié des femmes interrogées ont été informées par la sage-femme en préparation à la naissance. Parmi les autres sources d'information on retrouve les sages-femmes libérales et les sages-femmes de protection maternelle et infantile.

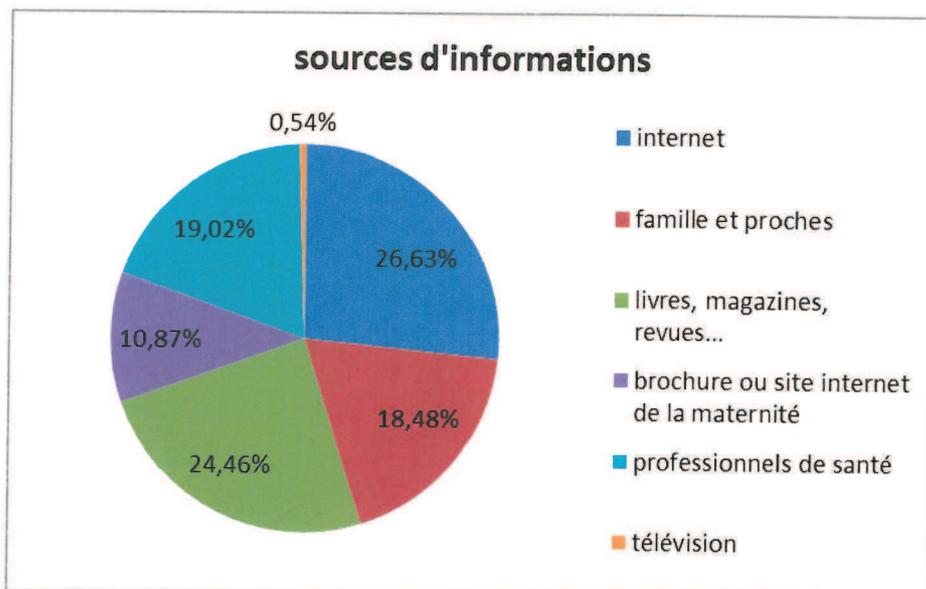
- Vous êtes-vous personnellement renseignée pendant la grossesse sur ce qu'il était possible de faire en salle de naissance ?



53.51% des patientes interrogées se sont renseignées personnellement pendant la grossesse. Les primipares se documentent davantage pendant la grossesse. 72.94% des primipares se sont renseignées personnellement contre 37.00% des multipares, il existe donc une différence significative ($p=0.000$).



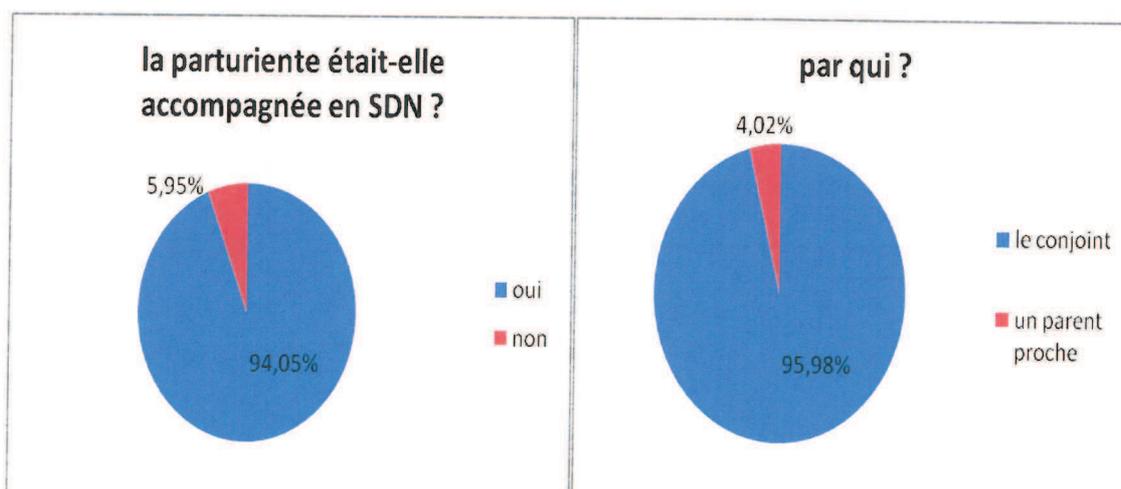
Lorsque l'on compare l'âge des patientes interrogées au pourcentage de femmes qui se sont renseignées, on constate que 75.76% des femmes de moins de 25 ans se sont documentées contre 45.71% des femmes de plus de 35 ans ($p=0.017$). Il existe donc une différence significative dans la recherche d'informations en fonction de l'âge des patientes.



La principale source d'informations pour les parturientes a été internet devant les livres et les magazines. La brochure (ou le site internet) de la maternité ne vient qu'en 5^{ème} position.

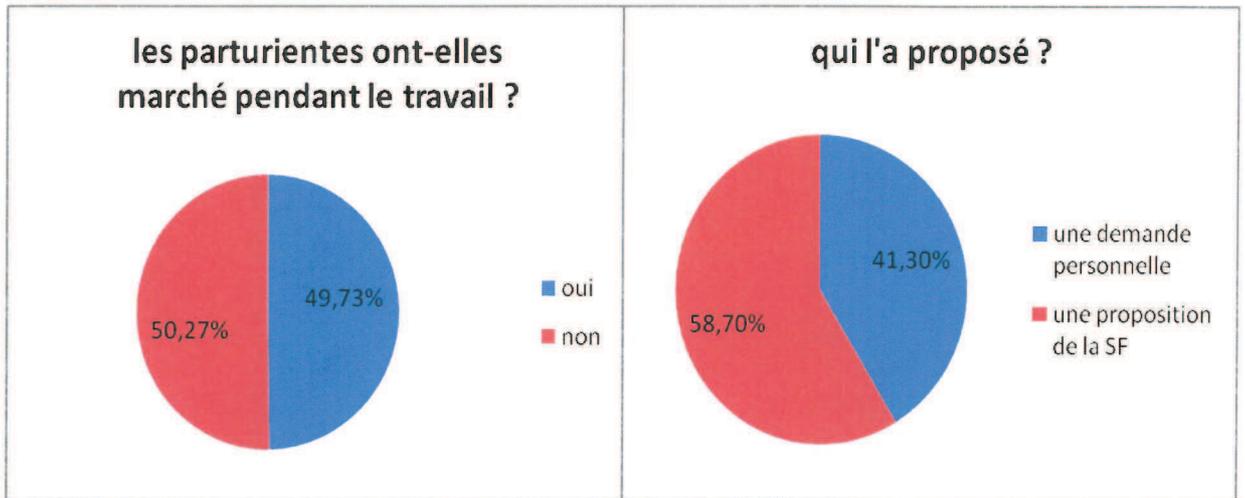
2.2.2. En salle de naissance

- Étiez-vous accompagnée pendant le travail ? Par qui ?

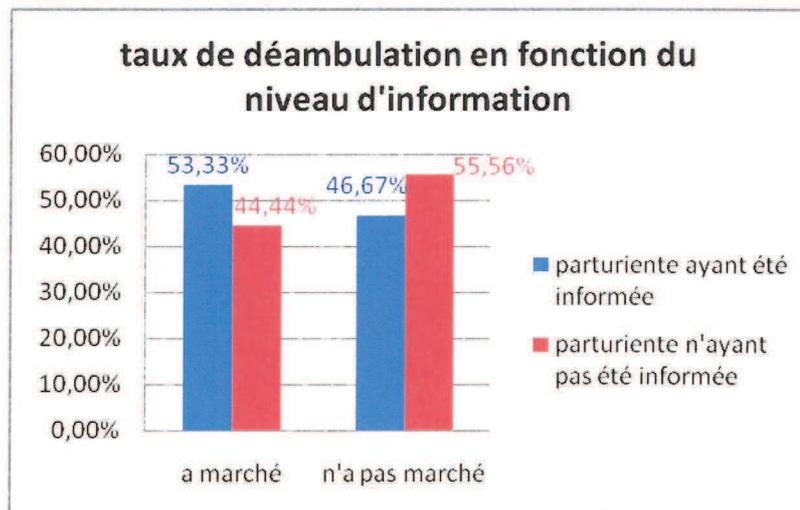


La grande majorité des parturientes sont accompagnées pendant le travail. Le conjoint est présent dans 95.98% des cas.

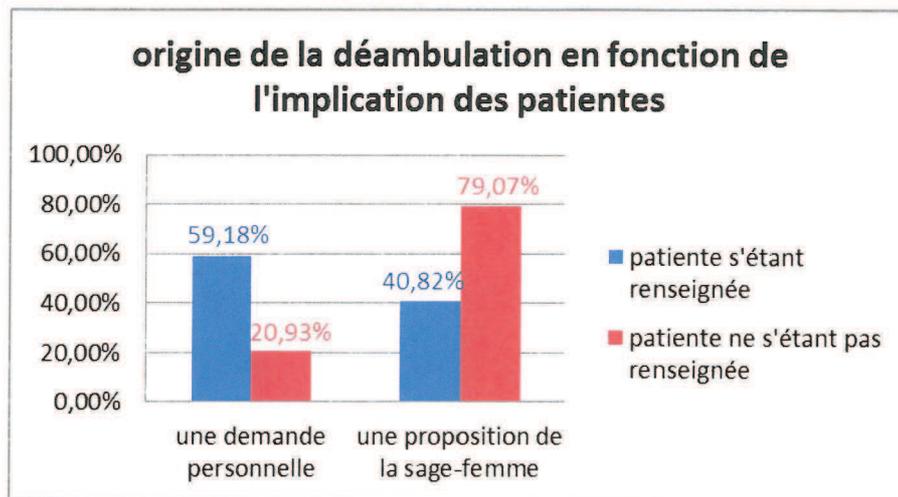
- Avez-vous marché, déambulé à un moment donné du travail ? Si oui, qui l'a proposé ?



49.73% des patientes interrogées, soit près d'une femme sur deux, ont déambulé à un moment donné du travail. Dans 58.70% des cas, il s'agissait d'une proposition de la sage-femme.

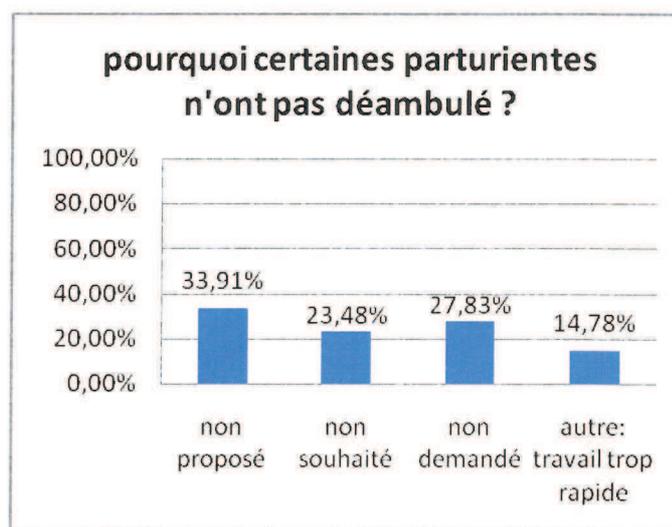


Il existe une différence significative entre les patientes ayant été informées pendant la grossesse sur les possibilités de marcher pendant le travail et celles ne l'ayant pas été dans le recours à la déambulation ($p=0.049$).

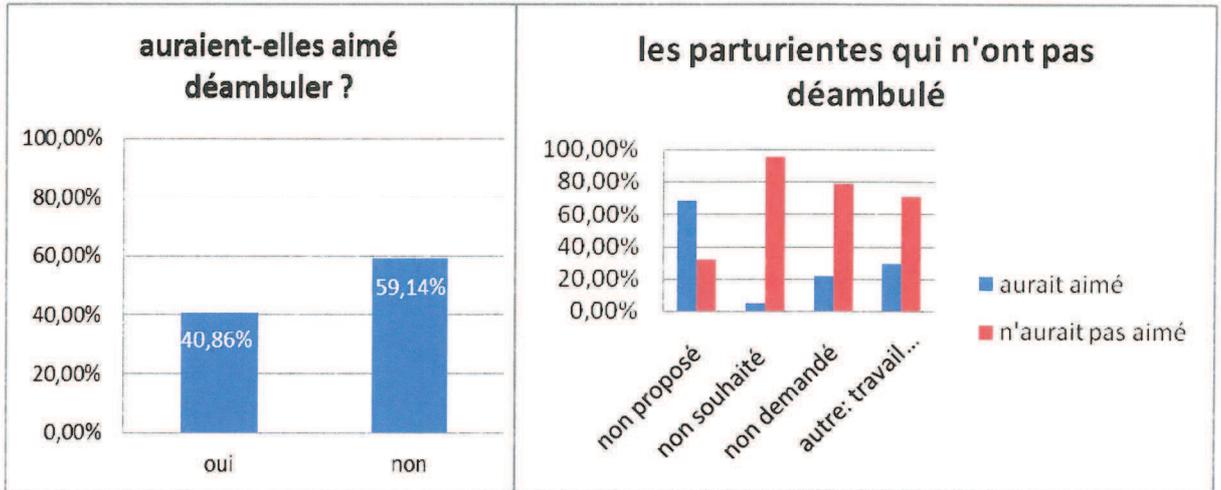


La déambulation en salle de naissance est davantage une demande personnelle des patientes quand celles-ci ont cherché à s'informer pendant la grossesse ; tandis que celles qui n'ont pas cherché d'informations personnellement déambulent plutôt suite à une proposition de la sage-femme. L'implication des parturientes en anténatal a une incidence significative sur le recours à la déambulation.

- Si vous n'avez pas marché pendant le travail, pour quelle raison ?
Auriez-vous aimé ?

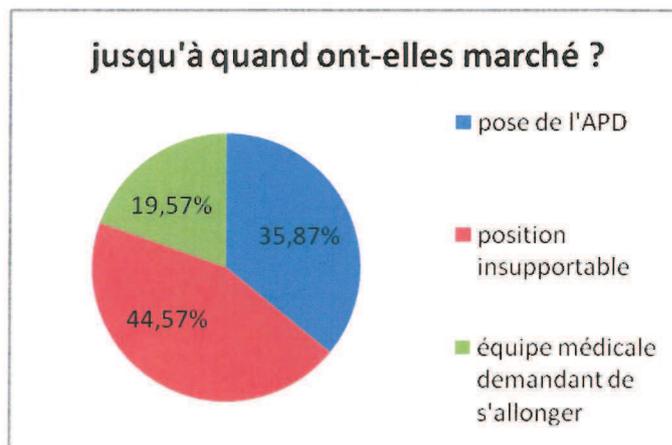


33.91% des parturientes déclarent ne pas avoir déambulé parce qu'on ne leur a pas proposé. 14.78% des femmes n'ont pas pu déambuler en raison d'un travail trop rapide.

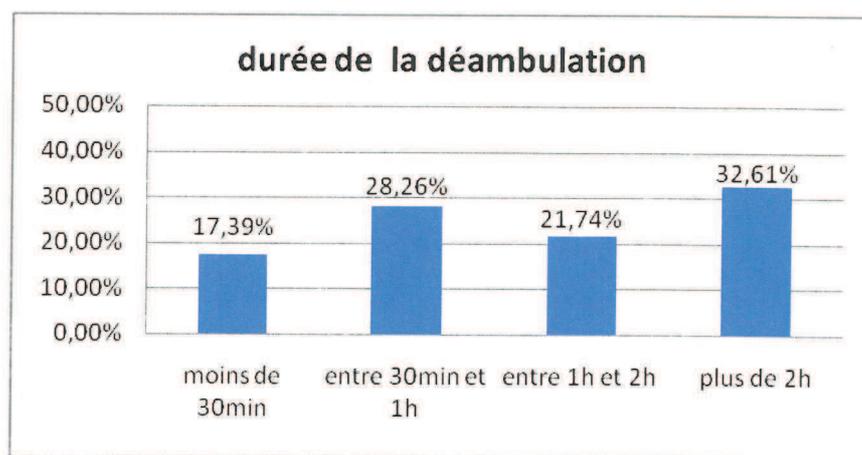


Les femmes ayant déclaré qu'on ne leur avait pas proposé de déambuler auraient pour 68.42% d'entre elles souhaité marcher. Toutefois la majorité des parturientes qui n'ont pas marché n'auraient pas aimé déambuler.

- Si vous avez déambulé, jusqu'à quand avez-vous pu marcher ?



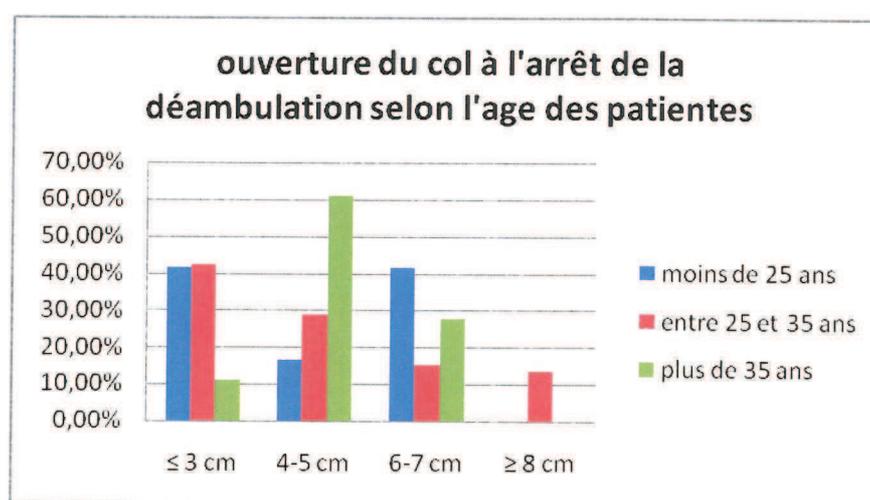
44.57% des femmes ont marché jusqu'à ce que la position devienne insupportable. La seconde raison ayant poussé les parturientes à arrêter de déambuler est la pose d'une analgésie péridurale.



Près d'un tiers des parturientes ont déambulé plus de 2h. Seulement 17.39% ont marché moins de 30min.

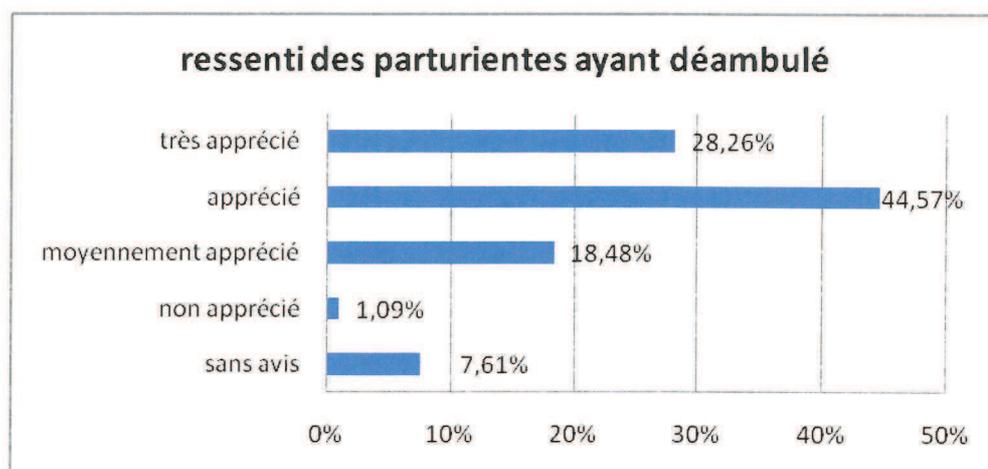
jusqu'à quelle dilatation ?	n=92
Moyenne \pm DS [Min,Max]	4,56 \pm 2,11 [2,10]

Les patientes interrogées ont arrêté de déambuler entre 2 et 10cm de dilatation. En moyenne les femmes ont marché jusqu'à 4,5cm de dilatation.

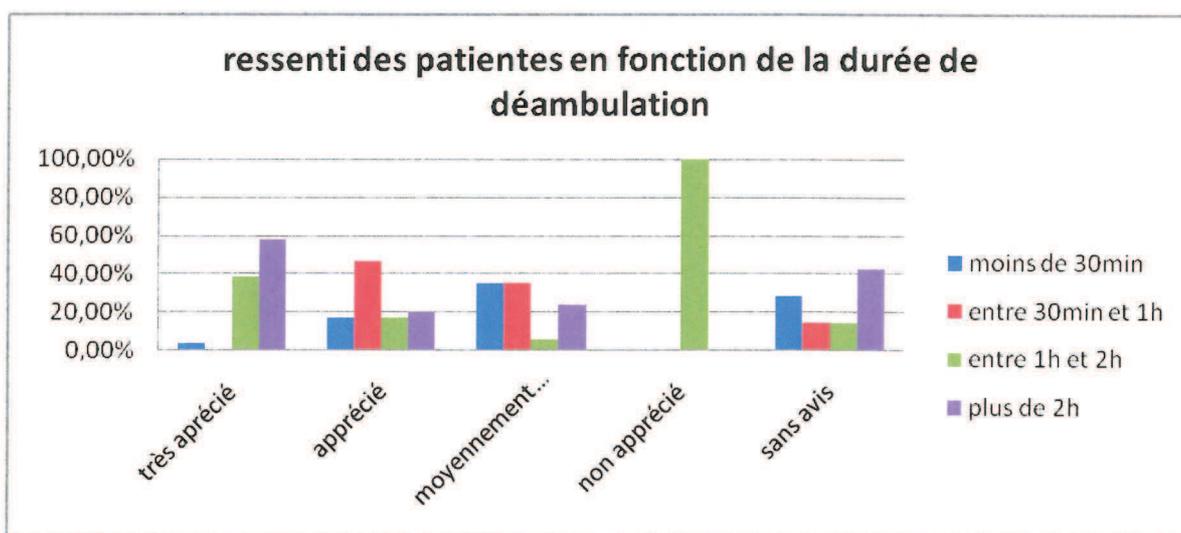


Il existe une différence significative concernant l'avancement du travail au moment de l'arrêt de la déambulation en fonction de l'âge des patientes ($p=0.030$). Seules les femmes entre 25 et 35 ans ont marché au-delà de 7cm de dilatation du col.

- Qu'en avez-vous pensé ?

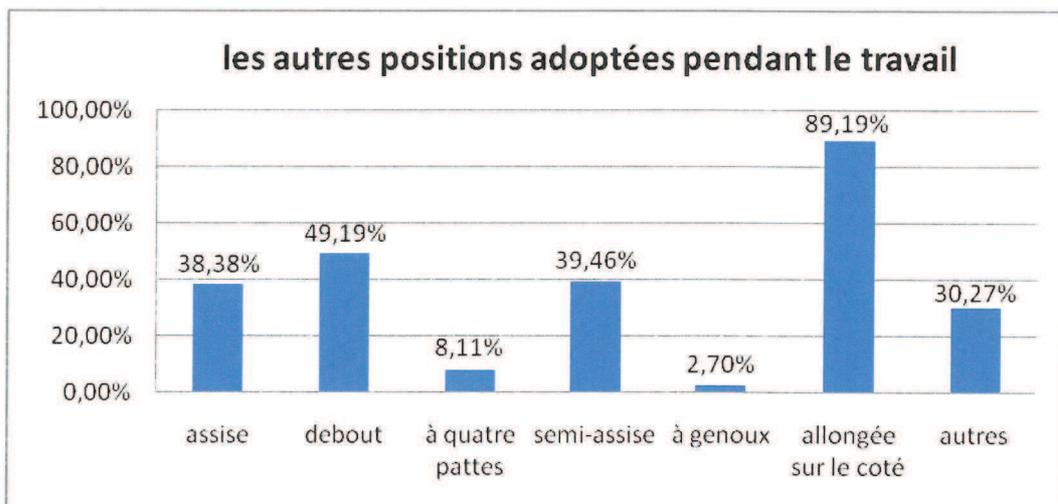


72.83% des femmes ont aimé déambuler. 28.26% ont même déclaré avoir très apprécié ce moment.



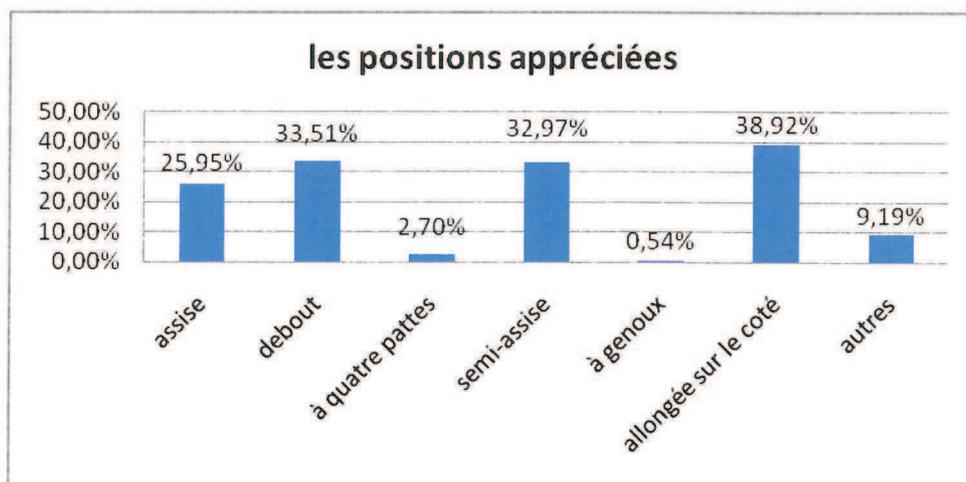
Les patientes ayant « très apprécié » la déambulation ont pour la majorité marché plus de 2h. Celles qui ont marché moins de 30min ont principalement déclaré avoir « moyennement apprécié » la déambulation. Il existe une différence significative concernant le ressenti des patientes en fonction de la durée de déambulation ($p=0.000$).

- Vous a-t-on proposé d'autres positions pendant le travail ?

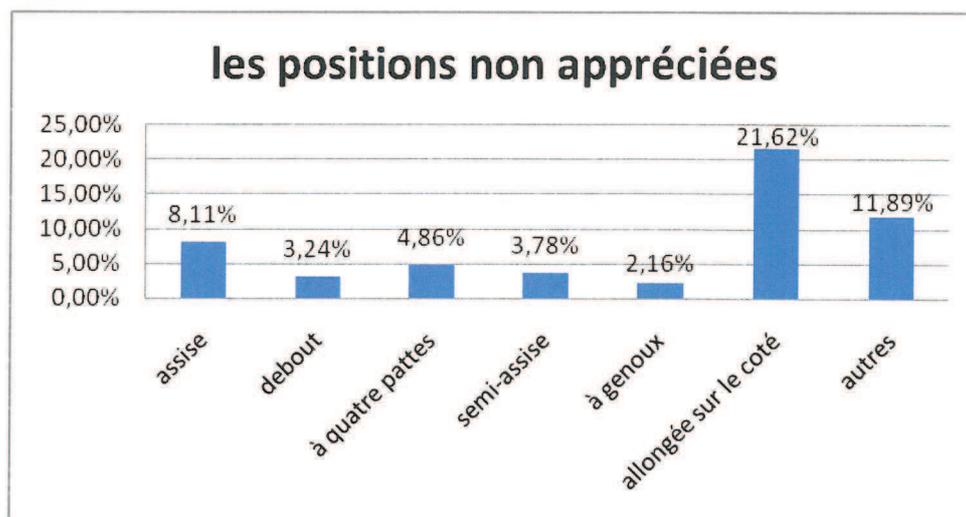


La principale autre position adoptée pendant le travail est une position horizontale, le décubitus latéral (89.19% cas). Les positions verticales viennent secondairement.

- Lesquelles avez-vous appréciées ? Lesquelles n'avez-vous pas appréciées ?



Parmi les positions adoptées par les parturientes pendant le travail, le décubitus latéral ainsi que les positions debout et semi-assise ont été particulièrement appréciés par un tiers des femmes. Dans les autres positions on retrouve le bain et la position suspendue.



Si plus d'un tiers des parturientes a apprécié le décubitus latéral, 21.62% n'a à l'inverse pas apprécié cette position. Vient ensuite le bain avec 11.89% des femmes déclarant ne pas avoir apprécié ce moment.

- Y a-t-il des positions que vous n'avez pas testé mais que vous auriez aimé essayer ?

Positions	nombre de femmes ayant souhaité essayer
quatre pattes	7
à genoux	4
assise sur un ballon	21
bain	9

Parmi les positions non testées par les parturientes mais qu'elles auraient aimé essayer, « être assise sur un ballon » est le plus fréquemment cité.

3. Discussion

3.1. Les sages-femmes

L'enquête a été réalisée dans sept maternités de Haute-Normandie proposant toutes des formations spécifiques sur la liberté posturale et les positions d'accouchement.

Les 97 sages-femmes ayant répondu à l'enquête ont été amenées à travailler en salle de naissance en 2011. Elles étaient donc les premières concernées par la déambulation en phase de latence.

Les conseils de posture et leur surveillance impliquent la nécessité d'une connaissance parfaite de la mécanique obstétricale et des effets induits par les différentes postures.

Les sages-femmes sont unanimes quant à l'impact de la déambulation sur le confort des parturientes. Selon elles, « marcher » permet une meilleure gestion de la douleur et est apprécié par les femmes. Le ressenti des sages-femmes lié à leur expérience professionnelle et aux échanges avec les parturientes confirme les travaux menés sur le sujet. Les études de l'équipe de Queensland en Australie, de B. Regaya au CHU de Sousse et de C. Pauffichet [7;11;19] déclarent que cette diminution de perception de la douleur est liée aux vaisseaux sanguins abdominaux qui sont moins comprimés. 70,10% des sages-femmes interrogées sont de cet avis. La majorité des sages-femmes ayant répondu à l'enquête (86,60%) pense également que déambuler modifie les dimensions du bassin. B. De Gasquet a mis en évidence une augmentation des dimensions du bassin lors de la déambulation [20]. Associée à la gravité, cela favorise la descente du fœtus. Cependant, quand il s'agit des effets de la déambulation sur les contractions utérines, une minorité de sages-femmes en connaît le réel impact. Selon C. Racinet et l'équipe de Queensland [7;14] marcher augmente l'intensité des contractions utérines sans en augmenter la fréquence. Uniquement 16 des 97 sages-femmes interrogées en ont connaissance soit 16,49%. Les études montrent également que cela a pour impact de diminuer les pressions que l'utérus subit. Seulement

31,96% des sages-femmes le savent. Et il apparaît que les sages-femmes formées aux positions à adopter en salle de naissance en ont davantage connaissance ($p=0.012$).

La majorité de ces effets n'est pas spécifique à la déambulation et est valable pour toutes les positions verticales.

Certaines positions comme être debout, en suspension ou encore accroupie, sont facilement identifiées par les sages-femmes comme étant des positions verticales (plus de 90% de bonnes réponses). D'autres positions comme assise ou à genoux, sont plus difficilement identifiées comme étant des positions verticales (entre 60 et 80% de bonnes réponses). Pourtant, tout comme la déambulation, elles permettent : d'enlever la pression au niveau du dos, de favoriser l'ouverture du bassin et d'aider à la descente du fœtus via la force de pesanteur. La position « quatre pattes » est dans la littérature souvent rattachée à la position à genoux du fait des effets produits, qui sont similaires. Elle est donc également considérée comme étant une position verticale. Hors seulement 5,15% des sages-femmes interrogées le savent. Le fait pour certaines sages-femmes d'avoir suivi une formation spécifique n'a pas d'impact sur le taux de bonnes réponses.

Le nombre de sages-femmes formées aux positions à adopter pendant le travail ne cesse d'augmenter. Cela s'inscrit dans la tendance actuelle qui est à la démedicalisation de l'accouchement et à la revalorisation du rôle de la parturiente. Sur les 97 sages-femmes ayant répondu à l'enquête, 70,10% ont reçu une formation spécifique. Comme précisé dans l'article 4 du code de déontologie, la formation continue des sages-femmes fait partie des obligations déontologiques : « les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances ». L'une des formations les plus plébiscitées est celle de B. De Gasquet développée dans les années 1990. Sur l'ensemble des sages-femmes formées, près de 80% ont bénéficié de la formation B. De Gasquet. Par ailleurs, de plus en plus d'écoles intègrent une formation sur les postures de travail dans leur programme. 14,71% des sages-femmes ont ainsi été formées durant leurs études. Un chiffre qui devrait augmenter dans les années à venir.

A noter qu'il existe une différence significative dans le recours à la formation sur les positions à adopter pendant le travail en fonction du niveau de la maternité

($p=0.045$). 88% des sages-femmes exerçant en niveau I sont formées contre seulement 58,33% des sages-femmes exerçant en niveau III. Plus le niveau de médicalisation est important, plus faible est le recours aux formations spécifiques sur les positions. Cela s'explique par les effectifs et les « mouvements » des sages-femmes beaucoup plus importants en niveau III. Lors de l'enquête, près de 89% des sages-femmes interrogées dans les maternités de niveau III avaient moins de 10 ans d'exercice. Les sages-femmes travaillant dans les maternités de niveau III ont également moins connaissance des possibilités de formation sur les positions à adopter pendant le travail. 25% d'entre elles déclarent à tort qu'il n'existe pas de formation spécifique dans la maternité où elles exercent. Par ailleurs, dans les maternités de niveau III, les sages-femmes travaillent en équipe alors que dans les maternités de niveau I, qui sont de plus petites structures, une seule sage-femme est présente en garde, en salle de naissance. De plus, certains professionnels médicaux ne sont pas toujours présents sur place ou sont présents en nombre restreint ce qui oblige à s'adapter et à travailler différemment.

Ceci nous amène à nous interroger sur l'impact du service dans le recours à la déambulation.

Depuis quelques années sont apparues des salles d'accouchement dites « nature » dans certains établissements. Sur les sept maternités interrogées, les trois plus grandes (disposant de 6 salles d'accouchement « classiques ») possèdent une voire deux salles « nature ». Il s'agit des deux maternités de niveau III et de l'une des deux maternités de niveau II. Les quatre autres établissements disposent de 3 à 5 salles d'accouchement mais pas de salle « nature ». Il existe donc une différence significative entre les maternités ($p=0.000$).

La création de salles « nature » est onéreuse ce qui peut expliquer leur absence dans les maternités de niveau I. Des accessoires moins coûteux existent. Des ballons, des galettes et des coussins sont présents dans toutes les maternités. Les sages-femmes en connaissent l'existence et n'hésitent pas à les utiliser. D'autres accessoires comme les arceaux sont également présents dans toutes les maternités hors moins de 80% des sages-femmes interrogées en ont connaissance. Ces résultats sont en lien avec une utilisation moins fréquente de cet accessoire. Tous ces objets ne nécessitent

aucune installation particulière ce qui peut expliquer le fait qu'on les retrouve en plusieurs exemplaires dans les services. Des accessoires comme les écharpes de suspension ou les baignoires nécessitent un aménagement particulier et ne sont présents que dans certains établissements. Une fois encore le niveau de la maternité a une influence. Peu présents voire absents dans les maternités de niveau I, nous les trouvons dans toutes les maternités de niveau III et dans une partie des maternités de niveau II.

Le niveau de la maternité a une influence sur la formation des sages-femmes, sur l'accès à des accessoires pour le travail mais aussi sur les appareils de surveillance du rythme cardiaque fœtal. Toutes les maternités de niveau II et III, ayant participé à l'enquête, possèdent de 1 à 3 appareils de surveillance du rythme cardiaque fœtal sans fils. Seulement l'une des trois maternités de niveau I dispose d'un monitoring sans fils. Il existe une fois de plus des disparités entre les établissements en matière d'équipement.

Cela est également valable pour les locaux. En effet, 72% des sages-femmes de niveau I interrogées considèrent que les locaux sont adaptés pour la déambulation contre 63,89% des sages-femmes de niveau II et seulement 44,44% des sages-femmes de niveau III. Les principales raisons invoquées pour expliquer l'inadaptabilité des locaux sont les suivantes:

- L'absence d'un lieu dédié aux parturientes souhaitant marcher, et le manque d'espaces verts et d'espaces où se « poser ».
- Les parturientes déambulent souvent dans les couloirs. Certaines sages-femmes les trouvent trop longs et peu agréables. Ce sont des lieux de passage ; ils ne disposent pas toujours de chaises pour s'asseoir ou de rambardes pour se tenir.
- Les salles de naissances quant à elles sont selon certaines sages-femmes interrogées, mal agencées voire trop petites.

Il existe une différence significative sur le fait de trouver ou non les locaux adaptés entre les sages-femmes qui ont été formées sur la liberté posturale et celles qui ne

l'ont pas été. En effet, 69,12% des sages-femmes formées interrogées considèrent que les locaux sont adaptés à la déambulation contre 34,48% des sages-femmes non formées ($p=0.002$). Les locaux ne représentent donc pas un frein dès lors que l'on sait se les approprier. Le nombre d'années d'expérience n'a quant à lui pas d'impact.

Concernant les protocoles de service, il en existe très peu sur la déambulation pendant le travail. De même il existe peu de recommandations sur le sujet. Sur les sept maternités interrogées, seulement deux disposent d'un protocole sur la déambulation pendant le travail. Et moins de 12% des sages-femmes concernées en connaissent l'existence. La prise en charge est souvent laissée à l'appréciation de la sage-femme d'où des disparités dans les pratiques.

La sage-femme semble avoir une influence sur le recours à la déambulation.

Sur l'ensemble des sages-femmes interrogées, la majorité (57,73%) a moins de 10 ans d'exercice. Cela peut s'expliquer par l'augmentation du numérus clausus depuis 2001. Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont entre moins d'un an et 36 ans d'expérience avec une moyenne de 8 ans d'exercice.

La quasi-unanimité des sages-femmes sont favorables à la déambulation. Seulement une personne sur les 97 interrogées a déclaré être contre. Selon elle, déambuler entraîne une « surcharge de travail » et « complique la surveillance » pour « des bénéfices modérés ».

Pour les sages-femmes favorables à la déambulation, trois grandes raisons ressortent:

- Déambuler est physiologique. Cela favorise le travail et le rend plus harmonieux. Les avantages mécaniques sont multiples : mobilisation du bassin, meilleure dynamique utérine, aide à la descente du fœtus, meilleure accommodation...
- Selon les sages-femmes, la déambulation procure un meilleur confort aux parturientes. Elles gèrent mieux leur douleur.

- Et cela permet à la femme d'être actrice de son accouchement et non spectatrice.

Tout cela se retrouve dans la pratique. 56,70% des sages-femmes déclarent souvent utiliser la déambulation. Il existe toutefois une différence significative dans le recours à la déambulation entre les sages-femmes ayant reçu une formation spécifique et celles n'en ayant pas bénéficié ($p=0.042$). La majorité des sages-femmes formées (63,24%) utilise très fréquemment la déambulation tandis que la majorité des sages-femmes non formées (51,72%) l'utilise occasionnellement. En outre, les sages-femmes qui ont moins de 10 d'exercice proposent d'avantage la déambulation.

Il existe une différence significative dans l'information donnée aux patientes en fonction de la formation reçue par les sages-femmes ($p=0.013$). 56,70% des sages-femmes interrogées n'informent pas systématiquement les parturientes sur la liberté posturale et les positions qu'il est possible d'adopter en salle de naissance. Ce taux passe à 75,86% chez les sages-femmes n'ayant pas reçu de formation spécifique. Le manque de renseignements fournis se ressent lorsque l'on demande aux sages-femmes si elles pensent que les patientes sont suffisamment informées. Elles sont 77,32% à déclarer « non ». La solution viendrait-elle dans la formation des professionnels ? En effet, la majorité des sages-femmes formées (51,47%) déclarent « toujours informer » les parturientes sur les possibilités de mouvement qui s'offrent à elles.

Une sage-femme a d'ailleurs déclaré : « Selon moi les patientes ne sont pas assez préparées à déambuler pendant le travail [...] il faudrait peut-être plus insister sur ce sujet en cours de préparation à la naissance ainsi qu'étendre les formations type B. De Gasquet au personnel de maternité (sages-femmes et médecins). »

Les connaissances des sages-femmes concernant les positions que l'on peut adopter pendant le travail, et notamment la marche, influencent leurs pratiques.

Quand il s'agit de proposer la déambulation, le principal critère pris en compte par les sages-femmes est la demande et l'implication de la parturiente. Des sages-femmes interrogées ont déclaré :

- « Même si nous avons dans l'optique la déambulation et la mobilisation des patientes, il s'agit de leur accouchement et c'est à elles de sentir ce qui est bien pour elles et leur bébé. »
- « L'adhésion des patientes est primordial pour mener à bien la déambulation pendant le travail [...] mais cela nécessite d'informer les patientes pendant la grossesse et de les conseiller pendant le travail. »

Il est important que les parturientes bénéficient d'une information claire pour pouvoir s'impliquer et demander à marcher. Hors les sages-femmes ont déclaré que les femmes manquaient de renseignements sur le sujet. On se retrouve donc devant un frein à la pratique de la déambulation. La douleur ressentie par la patiente est le second critère pris en compte quand il s'agit de proposer la déambulation. Si les facteurs obstétricaux viennent en troisième position (toutes sages-femmes confondues), ils ressortent comme occupant une place plus importante pour les professionnels ayant moins de 10 ans d'exercice. L'âge des patientes et la parité n'ont pas d'impact dans le recours à la déambulation.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est le principal obstacle rencontré dans le recours à la déambulation. Des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou des difficultés à le capter empêchent la parturiente de déambuler librement. Le second frein pour les sages-femmes est la passivité de la parturiente. On retrouve là une récurrence avec le principal critère pris en compte dans l'utilisation de la déambulation qui est : la demande et l'implication de la parturiente. Puis vient à nouveau la douleur ressentie par la parturiente. Il ressort également de l'étude que le surpoids voire l'obésité des patientes freine davantage la pratique des sages-femmes ayant moins de 10 ans d'expérience. L'absence de protocoles de service et la disposition des locaux ne sont pas considérées comme des freins par les sages-femmes, tout comme la pose d'une voie d'abord veineuse.

Pour 56,71% des sages-femmes, la voie d'abord veineuse sera posée en phase active. Seules 17,53% des sages-femmes préfèrent la poser avant la déambulation ; ce taux est plus élevé chez les sages-femmes ayant moins de 5 ans d'exercice (33,33%). Une alternative à cet acte médical, proposée dans 2,06% des cas, est la pose d'un

cathéter obturé avant la déambulation afin d'avoir un accès intraveineux rapide en cas de besoin.

Il ressort de l'enquête que la médicalisation de l'accouchement est perçue comme un frein à la mobilité des parturientes par 60,82% des sages-femmes. Ce taux passe à 100% au-delà de 20 ans d'expérience professionnelle. Les sages-femmes déclarent le plus souvent être gênées par « tous les fils » rattachés aux appareils de surveillance. La surveillance du rythme cardiaque fœtal et la présence d'une analgésie péridurale (posée de plus en plus précocement) sont des obstacles à la mobilisation. La passivité de la parturiente ayant l'image d'un accouchement médicalisé, n'osant pas bouger, est également un frein. Il existe néanmoins une différence significative concernant le point de vue des sages-femmes en fonction des maternités où elles exercent ($p=0.015$). En effet, le taux de sages-femmes pour qui la médicalisation est un frein à la mobilité est rabaissé à 44,44% dans les maternités de niveau III. Cela peut s'expliquer par une médicalisation plus poussée dans les maternités de niveau III où l'on retrouve davantage de pathologies. Les sages-femmes ont appris à s'adapter et à contourner les obstacles. Les appareils de surveillance sans fils, la pose d'un cathéter obturé ou encore l'analgésie déambulatoire permettent de maintenir une certaine liberté de mouvement. Les sages-femmes, grâce notamment aux formations reçues, ont appris à s'accommoder de la situation et à mobiliser autrement. Mais cela n'est possible que s'il y a un échange et une véritable communication avec la parturiente. La médicalisation doit être au service de la physiologie et non l'inverse.

Le questionnaire à destination des sages-femmes se concluait par une question ouverte permettant à celles qui le souhaitaient de s'exprimer sur le sujet. Il en ressort que l'analgésie péridurale semble avoir un impact important sur la pratique des sages-femmes :

- « J'éprouve toujours des regrets quand je vois une femme qui reste passive, allongée [...] n'attendant qu'une chose : qu'on puisse lui poser la péridurale pour pouvoir se reposer. Comment faisaient les femmes avant ? »
- « Les demandes importantes de péridurale en tout début de travail freinent la mobilisation. »

- « Les demandes d'analgésie péridurale étant quasi systématiques dès que le col le permet, la déambulation ne reste possible qu'en tout début de travail. »
- « La majorité des femmes ont une péridurale. Celles qui n'en ont pas ne peuvent pas rester immobiles donc la déambulation est nécessaire et je n'ai pas besoin de la proposer, cela va de soi. »
- « Certaines fois, après la déambulation elles sont à dilatation complète et donc n'ont pas d'analgésie péridurale. »

En outre, la formation des professionnels, qui selon l'étude a un impact bénéfique dans le recours à la déambulation, demande à être encouragée et développée :

- « Il faudrait intensifier les formations sur le sujet. »
- « Une formation à l'école de sages-femmes sur la déambulation pendant le travail serait très appréciée. »

3.2. Les patientes

La population de femmes interrogées a en moyenne entre 25 et 35 ans. Il s'agit majoritairement de multipares (54,05%) ayant accouché voie basse pour les grossesses précédentes.

Seulement 45,95% des patientes ont déclaré avoir bénéficié d'une information claire concernant les possibilités de mouvement en salle de naissance. Ce résultat concorde avec les 77,32% de sages-femmes ayant déclaré que les parturientes ne sont pas suffisamment informées.

Les renseignements fournis aux patientes proviennent essentiellement des sages-femmes en séances de préparation à la naissance (52,76%). C'est un moment privilégié pour aborder la mobilisation pendant le travail à travers des informations et des exercices. La physiologie du corps et du travail sont mis en avant. Cependant la participation à ces séances est facultative et se fait sur la base du volontariat. Toutes les parturientes n'y participent donc pas. Il existe une différence significative dans le recours à la préparation à la naissance en fonction de la parité ($p=0.010$). 70,91% des

parturientes ayant bénéficié d'une information lors des séances de préparation à la naissance sont des primipares. Si toutes les parturientes ne participent pas aux séances de préparation à la naissance, beaucoup sont amenées à rencontrer des sages-femmes en consultation. C'est un autre moment privilégié pour sensibiliser les femmes enceintes. Il faut les encourager à être actives pendant l'accouchement ; la passivité est encore enracinée dans la culture de la femme occidentale. Hors moins de 15% des parturientes ayant bénéficié d'une information sur les possibilités de mouvement en salle de naissance l'ont été par des sages-femmes en consultation. Les sages-femmes sont néanmoins la première source de renseignements. Leur formation axée sur la physiologie les place en première ligne quand il s'agit de permettre aux parturientes de se mobiliser.

51,53% des parturientes ont cherché à se renseigner personnellement. La population qui a majoritairement recherché des informations est la même que celle qui a participé aux séances de préparation à la naissance. Il s'agit des primipares et des femmes de moins de 25ans. Les primipares sont plus de 70% à s'être renseignées contre seulement 37.00% des multipares ($p=0.000$). 75.76% des femmes de moins de 25 ans se sont documentées contre 45.71% des femmes de plus de 35 ans ($p=0.017$). Il existe donc une différence significative dans le recours à l'information en fonction de l'âge et de la parité.

La principale source de renseignements pour les femmes enceintes est internet (26,63%) ce qui est en concordance avec la place importante qu'occupent les nouvelles technologies dans la vie quotidienne. Viennent ensuite les livres et autres revues. Les professionnels de santé n'arrivent qu'en troisième position (19,02%). S'informer auprès de professionnels n'est semble-t-il pas un automatisme comme peut l'être la recherche sur internet.

En salle de naissance, les parturientes étaient pour la plupart accompagnées de leur conjoint.

Près de la moitié des parturientes interrogées ont déambulé (49,73%). Ce taux reflète l'évolution actuelle des pratiques avec d'un côté des patientes passives pour qui l'accouchement rime avec allitement et de l'autre des femmes désireuses d'être

actrice de leur accouchement, à l'écoute de leur corps. Dans la majorité des cas, les parturientes décident de marcher suite à une proposition de la sage-femme. 41,30% des patientes interrogées ont déambulé suite à une demande personnelle. Près de 60% d'entre elles avaient reçu une information pendant la grossesse sur les possibilités de mouvement en salle de naissance. Il existe donc une différence significative dans le recours à la déambulation entre les patientes en fonction de leur degré d'information en anténatal ($p=0.049$). Les parturientes informées pendant la grossesse semblent les plus impliquées dans la mobilisation en per-partum.

14,78% des femmes interrogées, n'ayant pas marché, ont déclaré qu'elles n'avaient pas pu déambuler en raison d'un travail trop rapide. Parmi les parturientes ayant expliqué qu'elles n'avaient pas déambulé parce qu'on ne leur avait pas proposé, seulement 36,84% n'avaient pas reçu d'information pendant la grossesse. Cela signifie que même informées pendant la grossesse, les parturientes restent pour beaucoup « soumises » à la sage-femme en salle de naissance. Les femmes ayant déclaré qu'on ne leur avait pas proposé de déambuler auraient pour 68,42% d'entre elles souhaité marcher. Les renseignements apportés aux femmes enceintes pendant la grossesse doivent donc être à nouveau abordés lors de l'admission en salle de naissance pour être efficaces.

Concernant les parturientes ayant déambulé, près de 45% ont marché jusqu'à ce que la position devienne insupportable. La pose d'une analgésie péridurale arrive en second motif. Et moins d'une femme sur cinq a dû se rallonger en raison d'une demande médicale. 50% des parturientes ont marché entre 30min et 2h. Et près d'un tiers ont déambulé plus de 2h (32,61%).

15,73% des femmes interrogées ont marché au-delà de 6cm de dilatation du col. Le recours à l'analgésie péridurale a été tardif voire absent ce qui semble confirmer le fait que la douleur est mieux gérée en position verticale. L'étude de Queensland a montré que les femmes en position debout étaient 17% moins susceptibles de demander une analgésie péridurale [7].

La grande majorité des parturientes ont d'ailleurs déclaré avoir apprécié la déambulation (72,83%) :

- « J'ai apprécié car pour mon premier enfant je suis restée allongée en salle de naissance près de 20h donc là super ! Et en plus cela a facilité le travail. »
- « J'ai trouvé cet accouchement par rapport au premier beaucoup plus agréable grâce au fait de ne pas être immobilisée pendant des heures sur la table de travail. »

En moyenne lors de l'enquête, les parturientes ont marché jusqu'à 4-5cm de dilatation du col ce qui correspond au début de la phase active selon la courbe de Friedman [2]. Lors de l'étude, il est apparu que la parité et le niveau d'information en anténatal n'avaient pas d'influence significative sur la durée de la déambulation ($p > 0.05$).

Parmi les autres positions adoptées pendant le travail, le décubitus latéral arrive en tête. 89,19% des femmes interrogées ont essayé cette position. Ces résultats s'expliquent par le fait qu'elle permet d'amorcer plus facilement la descente du fœtus et qu'elle a pour avantage d'éviter la compression des axes vasculaires postérieurs. Cette position est donc très utilisée en phase active. Plus de 38% des femmes interrogées l'ont apprécié.

Les positions verticales sont quant à elles beaucoup moins employées. Les positions assise et debout sont les plus utilisées (38 à 50% des femmes interrogées les ont essayées) mais aussi les plus appréciées. Par ailleurs 18,42% des parturientes auraient aimé tester la position assise sur un ballon. Le « quatre pattes » et la position à genoux sont quant à eux employés dans moins de 10% des cas. Cela peut s'expliquer par le fait que ces deux positions sont peu appréciées par les parturientes. Les positions verticales, très utilisées dans les pays en voie de développement, ne font pas partie de la culture des pays industrialisés. L'image de la femme couchée dans la représentation occidentale de l'accouchement est un frein à la mobilité des parturientes. Le défi est de réussir à modifier cette idée préconçue.

Le questionnaire à destination des patientes se terminait pas une question ouverte permettant à celles qui le souhaitaient de laisser un commentaire sur le sujet. Il en ressort pour celles qui se sont exprimées, qu'elles apprécient que les sages-femmes soient à leur écoute, les conseils mais les laissent libres de leur mouvement :

- « On a tenu compte de mon avis, on m'a écouté. Mes choix ont été respectés pendant le travail, la relation était humaine avant tout. »
- « C'est important de proposer aux mamans différentes positions mais aussi que la maman participe !!! »
- « Les sages-femmes donnent confiance. Tout le personnel médical est mobilisé pour qu'on puisse vivre pleinement l'accouchement. »

Mais les femmes soulignent aussi un réel manque d'information sur le sujet notamment pendant la grossesse :

- « Il est très important d'informer les futurs parents sur l'importance et l'impact de la déambulation. »
- « Je trouve qu'il y a un manque d'information sur le sujet. »
- « Il faudrait développer l'information en amont de l'accouchement, lors des consultations.»
- « c'est quelque chose de bien alors il ne faut pas en parler qu'en préparation à la naissance car beaucoup de femmes n'y vont pas quand c'est leur 2ème, 3ème ou 4ème enfant. »
- « Il faudrait le proposer davantage. »
- « pourquoi ne pas en parler systématiquement comme c'est fait pour la péridurale. »

CONCLUSION

Lors de l'enquête, il est apparu que le comportement individuel de la sage-femme conditionnait grandement le recours à la déambulation et le principal facteur influençant les pratiques est la formation spécifique des sages-femmes. Or, nous avons pu voir que l'ensemble des maternités dans lesquelles a eu lieu l'étude propose des formations spécifiques. Par ailleurs, les maternités se sont également équipées en matériels permettant aux parturientes de se mobiliser selon leur gré. Toutefois, il existe des disparités en fonction des maternités et le niveau d'équipement varie en fonction du niveau de la maternité. Enfin, nous avons très largement pu constater que les parturientes appréciaient la déambulation mais également qu'elles manquaient d'informations à ce sujet pendant la grossesse, leur principale source de renseignement restant la préparation à la naissance.

Il convient donc de poursuivre, voire d'accentuer la formation continue des sages-femmes en ce qui concerne la mobilisation des patientes, mobilisation qui apporte bénéfices et confort pour la patiente. Pour cela, un certain niveau d'équipement dans les maternités est nécessaire et le rôle important de la préparation à la naissance doit être valorisé et reconnu. Le retour à la physiologie doit pouvoir rimer avec une réappropriation par la patiente de son propre accouchement et cela, dans un contexte cadré par le rôle primordial de la sage-femme.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES :

1. MARPEAU L., LANSAC J., TEURNIER F., NGUYEN F., Traité d'obstétrique, Paris, éditions Elsevier MASSON, 2010, 657pages
2. MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J., Précis d'obstétrique, Paris, éditions MASSON, 2001, 6^{ème} édition, 597pages
3. DE GASQUET B., Trouver sa position d'accouchement, Paris, édition HACHETTE, 2009, 127 pages
4. PAYEN J.F., FRENEAS S., CHIROSSEL C., Déambulation pendant le travail, Paris, édition MAPAR-ARNETTE, 2002, p91-96
5. ROBERTS JE., WODELL DA., "The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency", Birth, 1983, 10, p243-249
6. CALAIS-GERMAIN B., VIVES PARES N., Bouger en accouchant, Borgo San Dalmazzo, éditions DESIRIS, 2009, 175 pages

ARTICLES :

7. WILEY J. & SONS, « maternal positions and mobility during first stage labour », The Cochrane Collaboration review, 2009, n°3934, p162-166
8. HENDRICKS CH., BRENNER WE., KRAUS G., "Normal cervical dilatation pattern in late pregnancy and labour", Am J Obstet Gynecol, 1970, n°106, p1065-1082
9. ZHANG J., TROENDLE JF., YANCEY MK., « Réévaluer la courbe du travail chez les femmes nullipares », Am J Obstet Gynecol, 2002, n°87, p824-828
10. NEAL L., LOWE K., AHIJEVYCH L., PATRICK E., CABBAGE A., CORWIN J., "Active labor duration and dilation rates among low-risk, nulliparous women with spontaneous labor onset: a systematic review", Journal of Midwifery and Women's Health, 2010 Jul-Aug, n°55, p308-318
11. BEN REGAYA L., « Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. », Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2010, volume 39, n°77, p656-662
12. BREMENT S., GIARD C., RACINET C., « Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et périnatals », La revue Sage-Femme, 2005, volume 4, n°3, p115-123
13. RACINET C., BREMENT S., LUCAS C., « analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement », Profession Sage-Femme, 2009, n°154, p20-25

14. RACINET C., « positions maternelles pour l'accouchement », Gynécologie obstétrique et fertilité, 2005, n°33, p533-538
15. BERARD, « La liberté posturale pendant le travail et la naissance. L'expérience de Montceau-les-Mines. », Vocation Sage-Femme, 09/2005, n°0034, p16-19
16. HUGUET JB., « L'influence des postures obstétricales sur la douleur en pré-travail », Les dossiers de l'obstétrique, 12/2009, volume 36, n°388, p4-11
17. BLOOM L., MCINTIRE D., BEIMER L., BURPO H., GARCIA A., LEVENO J., "Lack of Effect of Walking on Labor and Delivery", The New England Journal of Medicine, 1998, n°339, p76-79
18. MELZACK R., BELANGER E., LACROIX R., « Labor pain: effect of maternal position on front and back pain", J Pain Symptom Manage, 1991, n°6, p476-480
19. PAUFICHET C., « Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail », La revue Sage-Femme, 2004, volume 3, n°5, p197-203
20. DE GASQUET B., « Il faut encourager la mobilité des femmes », Profession Sage-Femme, 2005, n°117, p40-41
21. SAUVAGEON E., "L'enregistrement continu de l'ERCF est-il indispensable pendant le travail physiologique?", Les dossiers de l'obstétrique, 01/2001, n°290, p33-34
22. ROBERTS CL., ALGERT CS., OLIVE E., "Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia.", Am J Obstet Gynecol, 2004, n°44, p489-494
23. GUPTA JK., NIKODEM VC., ANESH K., "Maternal posture in labor", European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology, 2000, n°2, p273-277
24. CALAIS GERMAIN B., VIVES PARES N., « Il faut laisser les femmes libres de bouger... ou pas », Profession Sage-Femme, 12/2009, n°161, p36-38
25. DE GASQUET B., « Installation de la parturiente et postures pendant le travail », Profession Sage-Femme, 12/2000, n°71, p22-26

TEXTES OFFICIELS:

26. Plan gouvernemental périnatalité, "humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007"
27. « Enquête nationale périnatale 2010 »

MEMOIRES :

28. GOURY N., « La rotation des fémurs : incidence sur les détroits moyens et inférieurs du bassin », Strasbourg, 2001
29. HARPET A., « J'accouche ou vous m'accouchez », Dijon, 2002
30. MOUYEAUX V., « Parturientes à bas risque, quelle prise en charge dans les maternités de type II pour l'année 2008 ? », Metz, 2008
31. NOIRCLERE D., « La mobilité des parturientes en salle de naissances : La pratique actuelle des sages-femmes... », Metz, 2010
32. MIKELIC T., « Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni », Lyon 1, 2007
33. ABADIE O., « La mobilisation des primipares pendant le travail », Rouen, 2003

INTERNET :

34. http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/5eme/actualite_de_la_peridurale_F-MERCIER.pdf, « Actualité de l'analgésie péridurale pour le travail », FJ. Mercier, consulté en avril 2011
35. <http://www.femmesensante.ca/news> , consulté en mai 2011
36. <http://www.lagrandeepoque.com/LGE/Sante-et-bien-etre/Les-bienfaits-de-l'accouchement-debout.html>, « Les bienfaits de l'accouchement debout », Dr. J. Briffa, consulté en avril 2011
37. <http://www3.chu-rouen.fr/Internet/connaitreCHU/activites/rapportactivite/> , rapport d'activité 2009 du CHU-hôpitaux de Rouen, consulté en mars 2011
38. <http://www.edimark.fr/publications/articles/mobilite-maternelle-et-accouchement/3870>, « Mobilité maternelle et accouchement », B. De Gasquet, consulté en septembre 2011
39. <http://www.infosaccouchement.org/articles.php?lng=fr&pg=25> , « installation de la parturiente et postures pendant le travail », B. De Gasquet, consulté en aout 2011
40. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/14.pdf>, "Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pre-testing of an instrument", Davim RMB, Torres GV, Melo E, consulté en octobre 2011
41. <http://afar.info/>, « Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté », consulté en septembre 2011

AUTRES SOURCES :

42. « postures maternelles et position d'accouchement ou l'accommodation inverse », RENNER JP., 5^{ème} journée du collège national des sages-femmes, 2007
43. « Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement », OMS, 22-26 Avril 1985
44. « Les soins liés à un accouchement normal », OMS, 1997
45. « Compte-rendu des états généraux de la naissance », CNGOF, juin 2003 et septembre 2006
46. « Recommandations pour la pratique médicale », CNGOF, 12/2007
47. « Modalités de surveillance fœtale pendant le travail-recommandations », CNGOF, 2007
48. Table ronde de l'hôtel Dieu, Lyon, 2000, p107-112
49. Société française d'anesthésie et de réanimation, « recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale », 1992
50. Atelier des 36^{èmes} assises nationales des sages-femmes, Marseille, 2008

ANNEXES

ANNEXE I : LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

*Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à
l'accouchement
Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985*



World Health Organization

Conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réunissant une soixantaine de participants.

Principales recommandations formulées :

1. Les ministères de la santé devraient établir des politiques spécifiquement axées sur l'introduction de la technologie dans les services de santé et sur les marchés commerciaux.
2. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.
3. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.
4. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment eu égard à la naissance.
5. Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.
6. La Formation en matière de soins à donner pendant l'accouchement devrait viser à faire mieux connaître les aspects sociaux, culturels, anthropologiques et éthiques de la question.
7. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement.
8. L'évaluation de la technologie devrait revêtir un caractère multidisciplinaire et relever de tous les types de prestataires de soins qui l'utilisent, des épidémiologistes, des spécialistes des sciences sociales ainsi que des autorités sanitaires. Il faudrait que les femmes visées par la technologie participent à la

planification de son évaluation puis à évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Ces résultats devraient être communiqués à tous ceux qui ont permis de les obtenir, ainsi qu'aux collectivités au sein desquelles la recherche a été conduite.

9. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).

10. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la période postnatale.

11. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.

12. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement

13. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne.

14. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par voie basse chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.

15. Il n'est pas prouvé que le monitoring foetal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du foetus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring foetal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du foetus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.

16. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.

17. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.

18. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres

méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.

19. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10 %.

20. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication.

21. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

ANNEXE II : Questionnaire sages-femmes

I. Connaissances générales (cochez les réponses exactes)

1. Quels sont les effets de la déambulation ?

- augmente la fréquence des contractions utérines
- augmente l'intensité des contractions utérines
- n'a pas d'effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs
- n'améliore pas le confort maternel
- permet une meilleure gestion de la douleur
- favorise la descente du fœtus
- ne modifie pas les dimensions du bassin
- l'utérus subit moins de pressions

2. Quelles sont les positions verticales parmi ces propositions ?

- assise
- allongée
- debout
- en suspension
- accroupie
- à genoux
- à quatre pattes
- autre :
- ne sais pas

3. Avez-vous été formée aux diverses positions à adopter pendant le travail ?

- Oui
- Non

Si oui, quand ?

Par qui ?

II. Votre maternité et son fonctionnement (cochez les réponses exactes)

4. Dans quel niveau de maternité exercez-vous ?

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

5. La maternité dans laquelle vous exercez propose-t-elle des formations sur la liberté posturale et les positions d'accouchement (type formation de De Gasquet) ?

- Oui
- Non

6. De combien de salles de naissance disposez-vous ?

.....

7. Existe-t-il des salles d'accouchement dites « nature » ?

- Oui
- Non

Si oui, combien ?

8. Quels matériels avez-vous à disposition ?

- ballons galettes
 coussins de confort (ou coussins d'allaitement)
 arceaux écharpes de suspension (accrochées au plafond)
 autres : ... ne sais pas

9. Existe-t-il des appareils de monitoring sans fils ?

- Oui Non

Si oui, combien ?

10. Vos locaux vous semblent-ils adaptés pour la déambulation des parturientes ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ?

11. Existe-t-il dans votre maternité un protocole de prise en charge concernant la mobilisation et la déambulation en salle de naissance ?

- Oui Non Ne sais pas

III. Votre pratique personnelle

12. Depuis combien d'années exercez-vous ?

13. Êtes-vous favorable à la déambulation ?

- Oui Non

Pourquoi ?

14. A quelle fréquence l'utilisez-vous ?

- très fréquemment occasionnellement
 rarement jamais

15. Parlez-vous de la liberté posturale et des positions qu'il est possible d'adopter avec les parturientes ?

- toujours parfois jamais

16. Les parturientes sont-elles, selon vous, suffisamment informées sur ces pratiques ?

- Oui Non Ne sais pas

17. Quand il s'agit de proposer la déambulation, quels critères vous influencent ?
 Classez les 6 principaux par ordre croissant d'importance (de 1 à 6, 6 étant le plus important)

la parité	
la présence du conjoint ou d'un tiers	
l'âge maternel	
la préparation à la naissance pendant la grossesse	
la relation établie avec la parturiente	
la demande et l'implication de la parturiente	
la charge d'activité dans le service	
l'évolution du travail	
la hauteur de la présentation fœtale	
l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal	
la fréquence des contractions utérines	
la douleur ressentie par la parturiente	

18. Quels éléments vous « freinent » dans la pratique de la déambulation ? Classez les 6 principaux par ordre croissant d'importance (de 1 à 6, 6 étant le principal frein)

les protocoles du service	
l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal	
la passivité de la parturiente	
le poids de la parturiente (obésité)	
la disposition des locaux	
la charge d'activité dans le service	
l'absence du conjoint ou d'un tiers	
la douleur ressentie par la parturiente	
la présence d'une voie d'abord veineuse	
la surveillance des contractions utérines par tocométrie	

19. Votre parturiente est en phase de latence et vous décidez de la mobiliser : quand poser vous la voie d'abord veineuse (VAV) ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> avant de la faire déambuler | <input type="checkbox"/> juste après qu'elle ait déambulé |
| <input type="checkbox"/> en phase active | <input type="checkbox"/> à dilatation complète |
| <input type="checkbox"/> pas de nécessité de VAV | <input type="checkbox"/> ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> autre : | |

20. La médicalisation de l'accouchement est-elle, selon vous, un frein à la mobilité des femmes ?

Oui Non

Expliquez :

21. Avez-vous des remarques ou commentaires en rapport avec le sujet ?

.....

Merci de votre participation

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE PATIENTES

I. Renseignements généraux : (cochez la/les bonnes réponses)

1. Quel âge avez-vous ?
 < 25 ans entre 25 et 35 ans > 35 ans
2. A combien d'enfants avez-vous donné naissance (y compris l'accouchement pour lequel vous êtes hospitalisée actuellement) ?
 1 2 3 4 et plus
3. Si ce n'est pas votre 1^{er} enfant, comment avez-vous accouché les fois précédentes ?
 par les voies naturelles par césarienne les deux
4. Vous a-t-on parlé durant la grossesse des possibilités de mobilisation en salle de naissance ?
 Oui, on m'a expliqué Oui, on m'en a parlé mais brièvement
 Non, pas du tout Ne sais pas

Si oui, qui vous en a parlé ?

- la sage-femme en consultation
 - la sage-femme en préparation à la naissance
 - le médecin obstétricien la sage-femme de salle de naissance
 - autres :
5. Vous êtes vous personnellement renseignée pendant la grossesse sur ce qu'il était possible de faire en salle de naissance (marcher, prendre un bain, bouger à sa guise...) ?
 Oui Non

Si oui, quelles ont été vos sources d'information ?

- Internet brochure ou site internet de la maternité
- famille et proches professionnels de santé,
- livres, magazines, revues... autres :

II. En salle de naissance :

6. Étiez-vous accompagnée pendant le travail ?
 Oui Non

Si oui, par qui ?

- conjoint parent proche ami(e) autre

7. Avez-vous marché, déambulé à un moment donné du travail ?

- Oui Non

Si oui, était-ce :

- Une demande personnelle Une proposition de la sage-femme

Si vous n'avez pas marché pendant le travail, pour quelle raison ?

- non proposé non demandé
 non souhaité autre :

Auriez vous aimé marcher/déambuler ? Oui Non

Pour les questions suivantes, si vous avez n'avez pas marché passez directement à la n°10

8. Jusqu'à quand avez-vous pu marcher ?

- pose de l'analgésie péridurale
 position insupportable, envie de se rallonger
 équipe médicale demandant de s'allonger
 autre :

Si vous vous souvenez de la dilatation du col, jusqu'à quelle dilatation avez-vous pu marcher ?

Au total cela aura représenté (environ):

- < 30 min entre 30min et 1h
 entre 1 et 2h > 2h

9. Qu'en avez-vous pensé ?

- très apprécié apprécié moyennement apprécié
 non apprécié sans avis

10. Vous a-t-on proposé d'autres positions pendant le travail ? (plusieurs réponses possibles)

- assise (sur un siège, un ballon...) semi-assise
 debout à genoux
 à quatre pattes allongée sur le coté
 autres :

Lesquelles avez-vous apprécié ? (plusieurs réponses possibles)

- assise (sur un siège, un ballon...) semi-assise
 debout à genoux
 à quatre pattes allongée sur le coté
 autres :

A l'inverse, lesquelles n'avez-vous pas apprécié ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assise (sur un siège, un ballon...) | <input type="checkbox"/> semi-assise |
| <input type="checkbox"/> debout | <input type="checkbox"/> à genoux |
| <input type="checkbox"/> à quatre pattes | <input type="checkbox"/> allongée sur le côté |
| <input type="checkbox"/> autres : | |

11. Y a-t-il des positions que vous n'avez pas testé mais que vous auriez aimé essayer en cours de travail ?

.....

12. Avez-vous des remarques ou des commentaires sur le sujet ?

.....

Merci de votre participation

Titre : La déambulation en phase de latence, état des lieux dans sept maternités de Haute-Normandie

Résumé : Notre étude s'est intéressée à faire un état des lieux des pratiques actuelles afin de savoir s'il existe des disparités dans le recours à la déambulation en phase de latence. Trois hypothèses ont été posées : les parturientes manquent d'informations sur le sujet, le comportement individuel de la sage-femme conditionne le recours à la déambulation, et le fonctionnement du service influence les pratiques de la sage-femme. Il ressort de l'étude que le principal facteur influençant les pratiques des sages-femmes est la formation spécifique qu'elles reçoivent. Les services se sont équipés en matériels permettant aux parturientes de se mobiliser mais il existe des disparités en fonction du niveau de la maternité. Il apparaît également que les parturientes manquent d'informations pendant la grossesse. Leur principale source de renseignement est la préparation à la naissance.

Mots clés : déambulation – mobilisation – parturiente – per-partum – sages-femmes