



HAL
open science

Étude des pratiques posturales maternelles au cours du premier stade de travail

Clémence Lucas

► **To cite this version:**

Clémence Lucas. Étude des pratiques posturales maternelles au cours du premier stade de travail. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01539632

HAL Id: dumas-01539632

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539632>

Submitted on 15 Jun 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**
UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ETUDE DES PRATIQUES POSTURALES
MATERNELLES AU COURS DU PREMIER STADE DU
TRAVAIL**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU LE 2/09/2016

Clémence LUCAS

Née le 20/12/1989

Sous la direction de Mme PARAYRE Inès
Sage-femme enseignante de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**
UNIVERSITE DE CLERMONT - AUVERGNE

**ETUDE DES PRATIQUES POSTURALES
MATERNELLES AU COURS DU PREMIER STADE DU
TRAVAIL**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU LE 2/09/2016

Clémence LUCAS

Née le 20/12/1989

Sous la direction de Mme PARAYRE Inès
Sage-femme enseignante de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

Remerciements

A Inès Parayre, sage-femme enseignante à l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand :
Merci pour votre qualité d'enseignement et toute la bienveillance que vous avez pu avoir à mon égard. Je vous suis très reconnaissante pour le temps que vous avez consacré à ce travail. Ce fût un honneur de vous avoir eu en temps que Directrice de Mémoire. J'espère ne pas vous avoir déçue.

A Bruno Pereira, biostatisticien à la Délégation de recherche clinique et d'innovation :
Merci pour votre disponibilité et votre aide précieuse dans l'analyse de mes données.

Au service de maternité du CHU de ClermontFerrand pour leur participation à ce travail en m'ayant permis de recueillir des données auprès de leurs patientes.

A toutes les participantes de cette étude grâce à qui, ce mémoire a été rendu possible.

Au CH d'Aubenas pour son accord à la prise de photographies au sein de leur maternité afin d'illustrer ce travail.

A toute l'équipe enseignante de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand pour la formation dont j'ai bénéficié, votre encadrement et votre soutien dans les moments difficiles.

A ma famille, en particulier à mes parents, ma sœur et mon frère, pour avoir toujours été là à m'encourager et croire en moi.

A Benoit, pour son soutien indéfectible et son amour, dans les bons et moins bons moments durant ces années d'études.

Enfin un très grand merci à toute la promotion avec qui nous avons tellement partagé. Je garderai de ces quelques années des souvenirs inoubliables.

GLOSSAIRE

APD : Analgésie Péridurale

bpm : battements par minute

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

OIDA : Occipito-iliaque droite antérieure

OIDP : Occipito-iliaque droite postérieur

OIGA : Occipito-iliaque gauche antérieur

OIGP : Occipito-iliaque gauche postérieur

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RCF : Rythme cardiaque fœtal

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE.....	2
1 L'évolution des pratiques au cours du temps.....	2
2 Les recommandations.....	6
3 Les différentes positions.....	7
4 Les différentes phases d'un accouchement.....	10
5 Les avantages du travail corporel sur la mécanique de l'accouchement.....	15
6 La préparation à la naissance et à la parentalité.....	30
METHODE.....	36
1 Type d'étude.....	36
2 Patientes.....	37
3 Méthode.....	38
RESULTATS.....	41
1 Taux de participation.....	41
2 Présentation de la population.....	41
3 La pratique des techniques de travail corporel.....	45
4 Critères étudiés influençant la mobilisation des patientes pendant le premier stade du travail.....	49
DISCUSSION.....	56
1 Limites de l'étude.....	56
2 Points forts de l'étude.....	57
3 Les caractéristiques de la population.....	57
4 Les pratiques posturales maternelles au cours du premier stade du travail.....	60
5 Critères étudiés influençant la mobilisation des patientes pendant le premier stade du travail.....	62
6 Projet d'action.....	63
CONCLUSION.....	65
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	67
ANNEXES.....	74

INTRODUCTION

La naissance est un moment clé pour l'enfant, la mère et le couple. Un des enjeux liés au vécu de la naissance est la qualité du lien mère/enfant et en corolaire la douleur et son souvenir potentiellement traumatique.

Longtemps médicalisé, l'accouchement connaît un retour à des pratiques physiologiques, suivant l'évolution de la demande des femmes.

Dans le même temps la prise en charge et l'acceptation de la douleur évoluent et conduisent, dans la grande majorité des cas, à faire appel à l'analgésie péridurale.

J'ai observé pendant mes études les effets bénéfiques de la mobilisation des femmes pendant le travail, effets bénéfiques sur la douleur, le vécu de la naissance et la mécanique obstétricale.

L'image d'Epinal véhicule aujourd'hui majoritairement des scènes de naissance où la mère est allongée sur le dos mais qu'en est-il de la réalité des pratiques aujourd'hui ?

Lors de la phase de travail, les femmes ont instinctivement tendance à bouger pour diminuer la douleur et faciliter la mécanique obstétricale mais quelle conscience ont elles des différentes mobilisations possibles ?

Lors de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, ces questions sont-elles abordées de façon systématique ?

Quelle liberté accorde-t-on aux femmes dans la recherche des postures leur correspondant le mieux lors de l'accouchement ?

Dans quelle mesure les sages-femmes imposent elles leur vision de l'accouchement aux parturientes ?

Cette étude a pour ambition d'établir un état des lieux de la pratique des postures pendant le premier stade du travail afin de constater le chemin à parcourir pour aider les femmes à vivre au mieux et librement leur accouchement.

REVUE DE LA LITTERATURE

1 L'évolution des pratiques au cours du temps

1.1 Historique des pratiques

Historiquement la mobilité et la verticalité prédominent quant aux positions utilisées par les femmes au cours du travail et de l'expulsion.

Les données de la littérature depuis l'antiquité, ont permis de montrer une variété considérable de positions adoptées par les femmes afin de minimiser la douleur de l'accouchement. Ainsi, dans les sociétés primitives de nombreuses positions étaient prises pour enfanter (assise en Nouvelle-Guinée, à genoux chez les Zoulous...) et des accessoires permettant une suspension ou un appui (pieu) ont été constatés. Par la suite, de nombreux modèles de chaises obstétricales ont vu le jour au Moyen-Age [1].

Puis c'est au XVIIème siècle que Mauriceau recommande l'accouchement couché sur le dos afin de permettre un meilleur accès au périnée et faciliter la pratique de manœuvres obstétricales. Le décubitus dorsal est ce qu'il y a de plus confortable pour l'accoucheur mais aussi pour la femme qui respire mieux, elle a plus de force pour l'expulsion et se sent sécurisée. L'influence de Mauriceau va généraliser cette position qui va peu à peu s'imposer comme la position « normale » pour accoucher. Au même moment, outre-manche c'est le décubitus latéral qui est préconisé par les obstétriciens [1,2].

Depuis la fin du XXème siècle, une « redécouverte » des positions d'accouchement est observée. Ainsi de multiples études scientifiques évaluent l'impact des positions adoptées lors de l'accouchement et analysent les bénéfices et les risques pour les femmes et les nouveaux nés [2].

1.2 Médicalisation de la naissance en France

Dans la deuxième partie du XXème siècle, la naissance a été largement médicalisée dans un but sécuritaire, appuyée par la pression médico-légale ainsi que l'organisation des professionnels de santé.

L'analgésie péridurale

L'analgésie péridurale (APD) est une technique d'anesthésie locorégionale, ayant pour but de bloquer les transmissions des influx douloureux provenant des nerfs de l'utérus. Cependant, les parturientes conservent leurs propriétés proprioceptives. Elles sont alors limitées dans les positions utilisables, elles sont contraintes de rester sur la table d'accouchement et dans certains cas la mobilisation est rendue difficile par une sensation de jambes lourdes. Néanmoins, il est possible pour les patientes de se mobiliser et de varier les positions de travail corporel. Aujourd'hui, se développe l'analgésie péridurale ambulatoire, permettant aux femmes de se lever de la table d'accouchement et ainsi d'avoir recours à un grand nombre de postures [3,4].

La Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) recommande pour la pose d'une APD, au minimum une mesure automatique de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle maternelle et une surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) pour le fœtus. La prise de ces constantes réduit de fait la liberté de mouvement et le recours à certaines postures au cours du travail [4,5].

Elle permet ainsi de diminuer ou de supprimer les douleurs de l'accouchement. Cela répond aux attentes d'une majorité de femmes qui souhaitent une prise en charge efficace de leurs douleurs. Mais son intérêt principal est de limiter les risques liés à une anesthésie générale en cas de complications. Elle est donc recommandée chez les parturientes présentant un risque de dystocies [4,5].

En France, le pourcentage d'accouchement sous APD est en constante augmentation : 3,9% en 1981, 48,6% en 1995, 74,9% en 2003 et 81,4% en 2010 [6,7]. D'autre part, la France possède l'un des taux d'APD les plus élevés d'Europe, en 2003 : 10% aux Pays-Bas, 30% en Suède, 40% en Allemagne et 50% en Grande-

Bretagne. En Espagne, le taux d'APD est supérieur, le nombre d'accouchement effectué sous APD était de 98% en 2007 [8,9].

En 2010, en France, 77% des accouchements par voie basse se déroulaient sous analgésie péridurale. Hors, une étude de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) a montré qu'au cours de leurs grossesses, un quart des femmes ne souhaitaient pas avoir recours à une APD pour leur accouchement. Finalement 52% d'entre elles en ont bénéficié. Certaines ont pu changer d'avis en cours de travail mais pour le reste, il a été mis en évidence que le désir d'un accouchement moins médicalisé chez des patientes à bas risque obstétrical était moins respecté en cas de surcharge de travail pour les sages-femmes ainsi qu'en cas de recours à de l'ocytocine pendant le travail [10,11].

La surveillance cardiotocographique

La surveillance cardiotocographique a pour but de mesurer le rythme cardiaque fœtal ainsi que l'activité utérine afin de s'assurer du bien-être fœtal. En effet, cela peut permettre d'évaluer les risques d'hypoxie et d'hypoxémie nécessitant une prise en charge rapide afin de limiter le risque de séquelles. L'enregistrement peut être réalisé en continu ou de manière discontinue [12–14].

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) préconise pour l'auscultation intermittente, la présence d'une sage-femme par parturiente ; cette surveillance ne pouvant être réalisée uniquement chez des patientes à bas risque. L'auscultation intermittente devant être réalisée toutes les 15 minutes pendant au moins une minute et immédiatement après une contraction selon le CNGOF. Etant donné les effectifs de sages-femmes et l'absence de formation à l'auscultation intermittente, le CNGOF recommande une surveillance cardiotocographique continue en phase active du travail [15,16].

Cependant le monitoring continu peut limiter le travail corporel des femmes, en effet au cours de la mobilisation, les pertes de signal du rythme cardiaque fœtal peuvent compliquer l'interprétation de l'enregistrement. Sans compter que si l'appareil est filaire, l'espace sera alors restreint et cela même sans APD [4].

Au Canada, l'auscultation intermittente est recommandée par la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) pour la surveillance fœtale pendant le travail des femmes ne présentant pas de facteurs de risque (tels qu'un travail prématuré, une grossesse prolongée, le recours à une APD ou encore un utérus cicatriciel) pouvant induire des conséquences périnatales indésirables. Ainsi, la SOGC recommande une évaluation régulière de la fréquence cardiaque fœtale afin de vérifier qu'elle reste autour des mêmes valeurs à la suite d'une contraction qu'au cours des précédentes évaluations. La fréquence d'auscultation varie au cours du travail : pendant le premier stade, elle doit être effectuée toutes les heures en phase latente et toutes les 15 à 30 minutes en phase active puis toutes les cinq minutes pendant le deuxième stade. En cas de fréquence cardiaque fœtale anormale (<110 ou >160 bpm, changeante ou présentant des décélérations) il faut l'ausculter à la suite de la contraction suivante pour confirmer les données, évaluer les raisons potentielles, vérifier la tension artérielle, le pouls et la température maternelle et réaliser un examen vaginal si nécessaire. En fonction de ces évaluations il s'agit d'essayer d'éliminer ou d'atténuer l'impact de ce problème en améliorant la circulation utérine, ombilicale, l'oxygénation maternelle et en atténuant l'activité utérine. Si malgré cela, la fréquence cardiaque fœtale reste anormale, il est recommandé de mettre en place une surveillance cardiotocographique continue ainsi que d'autres interventions si besoin (mesure des pH au scalp, extraction fœtale) [17].

Que ce soit la France ou le Canada, il s'agit de pays développés où la prise en charge en termes de santé est excellente alors comment expliquer qu'ils s'opposent quant aux recommandations sur la surveillance cardiotocographique. Les modalités d'accompagnement des patientes per partum sont différentes. Le Canada tout comme les pays Anglo-Saxons ont depuis longtemps optés pour la possibilité d'accompagnements individualisés au sein de maisons de naissance ou bien à domicile. Les professionnels sont plus disponibles pour soutenir les femmes et effectuer une surveillance intermittente des constantes fœtales. De plus, les différentes études réalisées afin de comparer la surveillance continue et intermittente du rythme cardiaque fœtal ont permis de mettre en évidence les avantages et inconvénients de ces méthodes.

Ainsi la méta-analyse de Vintzileos et al. [18] réalisée en 1995 et incluant 18 561 femmes issues de neuf études randomisées ont conclu que l'utilisation en continue du rythme cardiaque fœtal augmente le taux de césarienne, l'utilisation de la ventouse et des forceps. Elle ne réduit pas le taux global de décès néonataux mais diminue le taux de décès causés par l'asphyxie néonatale.

Une méta-analyse de Alfirevic et al. [19] publiée dans la Cochrane Library en 2013 a démontré que le recours au monitoring continu permettait une réduction mais non significative, de la mortalité périnatale et une diminution significative de la survenue de convulsions néonatales. Aucune différence n'était détectée concernant la paralysie cérébrale. Cependant, le taux de césariennes dans le groupe monitoring continu était significativement plus élevé, ainsi que le taux d'extraction instrumentale.

2 Les recommandations

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié un guide pratique concernant « *Les soins liés à un accouchement normal* » où il est indiqué que « *aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail. (...) les femmes peuvent adopter la position qu'elles désirent bien qu'il soit préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale. Elles devraient être encouragées à essayer la position qui leur paraît la plus confortable et elles devraient être soutenues dans leur choix. Les accoucheurs/accoucheuses ont besoin d'une formation pour encadrer et mener à bien les accouchements des femmes ayant choisi des positions autres que la position dorsale afin de ne pas inhiber le choix de la position.* »

L'OMS a également répertorié sous quatre grandes catégories les pratiques lors d'un accouchement normal, c'est à dire à bas risque obstétrical.

Ainsi parmi celles qui sont utiles et qu'il convient de favoriser, sont retrouvées : les « *méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation* », la « *surveillance fœtale avec auscultation intermittente* », la « *liberté de choisir la position*

et de bouger pendant tout le travail » et l'« encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail ».

De plus, « l'utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers » ainsi que « la position dorsale pendant le travail » sont classées dans la catégorie des pratiques inefficaces à exclure.

Sont répertoriées dans la catégorie des pratiques utilisées à tort le « traitement de la douleur par l'analgésie épidurale » ainsi que le « monitoring électronique du fœtus » [12].

Selon le CNGOF, au cours du travail, il faut encourager les femmes à utiliser différentes postures et à se mobiliser, « le bon sens et la physiologie vont dans ce sens ». Cependant la littérature est difficile à analyser et les méta-analyses dont les résultats ne vont pas toujours dans le sens de la mobilisation « ne reflètent peut-être pas la réalité » [20].

3 Les différentes positions

Au cours du travail, la femme peut avoir recours à un très grand nombre de postures différentes. Établir une liste exhaustive de chacune d'entre elles semble compliqué. Les positions peuvent être séparées en deux groupes en fonction de l'angle entre l'horizontale et la ligne reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires [20]. Toutes les positions peuvent varier grâce à la rotation des hanches et à l'asymétrie potentielle des membres inférieurs [21].

3.1 Positions horizontales

Les positions horizontales sont définies par un angle inférieur à 45° entre la ligne reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires et l'horizontale [20]. Les principales postures horizontales sont :

- Le décubitus dorsal : la femme est allongée sur le dos, ce qui permet aux patientes de se reposer et simplifie les procédures médicales (surveillance cardiotocographique, touchers vaginaux, APD) ce qui explique que cette position soit fréquemment utilisée dans les hôpitaux. En effet depuis que Mauriceau a recommandé l'accouchement sur le dos au XVIIème siècle afin de faciliter les manœuvres obstétricales au praticien, le décubitus dorsal s'est imposé comme position de référence pour l'accouchement [1,2]. Toujours est-il que dans cette position, la gravité n'est pas favorable à l'engagement et le sacrum est moins mobile. Les diamètres opportuns sont donc diminués pour l'engagement et favorisent les malpositions fœtales.
- Le décubitus latéral : la femme est allongée sur le côté, elle peut alors se reposer. L'utérus bien orienté et le sacrum libre facilitent l'engagement dans le détroit supérieur ainsi que la rotation du fœtus. De plus, il est possible de masser ou bien d'exercer des pressions sur le sacrum afin de diminuer la douleur [2,21,22].

3.2 Positions verticales

Les positions verticales sont définies par un angle supérieur à 45° entre la ligne reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires et l'horizontale [20]. Les principales postures verticales sont :

- Debout : les pieds sont dans l'axe du bassin, les genoux et les hanches légèrement fléchis, le haut du corps prend appui sur un support tel qu'un mur, une personne, une suspension... Tout comme avec la position à « quatre pattes », le bassin est libre ; ainsi ces deux postures présentent les mêmes avantages. De plus, la position debout permet au bassin de s'antéverser et se rétroverser sans gênes. Enfin, grâce à la pesanteur le mobile fœtal s'engage correctement dans le bassin. Etre debout est adapté à toutes les phases du travail mais cela peut devenir fatiguant à maintenir. La suspension peut faciliter cette position.
- Assise : la femme assise sur les ischions peut alterner entre antéversion et rétroversion du bassin. Associé à la pesanteur, l'engagement du mobile fœtal dans l'excavation pelvienne est facilité. Cette position est très favorable à la progression du

travail. Cependant, elle nécessite le maintien de la posture qui peut s'avérer compliqué en cas de fatigue.

- Accroupie : la femme est accroupie, le haut du corps penché en avant, il est possible qu'elle soit maintenue ou bien qu'elle soit suspendue. Cette position est favorable à la deuxième phase du travail. La pesanteur et les contractions utérines sont coordonnées et le détroit inférieur est agrandi. Chez certaines populations, la position accroupie est fréquemment utilisée pour de multiples tâches de la vie quotidienne. Chez ces dernières, il est alors naturel d'y avoir recours lors de l'expulsion. En ce qui concerne notre culture occidentale, l'utilisation de la position accroupie est bien moins courante, nécessitant de l'équilibre. De plus, la fatigue la rend plus difficile malgré la possibilité de suspension, et l'ampliation périnéale est très importante ce qui peut paraître trop rapide pour certaines femmes.

- La position « à quatre pattes » : en effet, d'après la définition retenue, le « quatre pattes » fait partie des positions horizontales. Cependant, le CNGOF classe cette position dans les positions verticales comme étant une variante de la position à genoux. La femme est donc en appui sur ses genoux qui sont fléchis et sur ses mains, ses bras ou son thorax. Le fœtus est alors entraîné par la pesanteur vers le pubis. Cette posture permet de soulager les douleurs lombo-sacrées. Cependant, cette posture est moins favorable à l'engagement du mobile fœtal dans le bassin de par cet appui vers l'avant et par le fait que le sacrum et le rachis ne soient pas alignés. Une fois engagée, le passage de la tête fœtale dans l'excavation est favorisé. Le bassin étant seulement en appui sur les cotyles fémoraux, c'est dans cette position que l'adaptation des diamètres du bassin au fœtus est la meilleure [21,23].

4 Les différentes phases d'un accouchement

Le travail d'accouchement est un processus physiologique, correspondant à un ensemble de phénomènes dynamiques et mécaniques, aboutissant à l'expulsion du fœtus et des annexes. Il est divisé en trois étapes [22,24].

4.1 Premier stade du travail

Au cours du premier stade du travail, ce sont les phénomènes dynamiques qui permettent l'effacement et la dilatation cervicale [22]. Il dure du début du travail jusqu'à dilatation complète du col. De plus, il est caractérisé par des contractions utérines régulières et douloureuses dont la fréquence et l'intensité augmentent avec le travail. Le durcissement utérin peut alors être palpé aisément. Ce stade est subdivisé en deux phases : la phase de latence et la phase active [24].

La phase de latence

La phase de latence correspond aux modifications permettant au muscle utérin de se contracter. Des mécanismes de maturation se mettent en place en fin de grossesse, ils vont alors s'emballer en début de travail. Les facteurs déterminant l'induction du travail ne sont que partiellement connus. Néanmoins le rôle des prostaglandines dans la maturation cervicale et la contractilité utérine est avéré. Sécrétées par la décida, les membranes et le myomètre, leur production est stimulée par les contractions. Ainsi, le mécanisme en place, le phénomène s'accroît. L'ocytocine quant à elle n'est pas un facteur inducteur du travail, mais une fois le travail en place, le nombre de récepteurs utérins augmente considérablement. Cela va venir renforcer le potentiel contractile du myomètre.

Chez la femme nullipare, l'effacement du col va précéder sa dilatation ; alors que chez la femme multipare, ils peuvent-être concomitants. Ainsi, la durée de cette phase de latence est très variable et assez longue, les modifications cervicales étant lentes et progressives. En effet, plus le col sera mature, plus la phase sera rapide. Elle dure en

moyenne 8,6 heures chez une nullipare et 5,3 heures chez une multipare et correspond à une dilatation de zéro à trois centimètres du col de l'utérus [24–26].

La phase active

La phase active correspond à une dilatation du col de trois à dix centimètres. Il n'y a pas de modifications majeures des contractions utérines mais le col qui a énormément évolué est alors très réactif et permet une dilatation cervicale plus rapide. Généralement, le mobile fœtal amorce son engagement progressivement dans l'excavation pelvienne au fur et à mesure de l'avancée de la dilatation. La durée moyenne de la phase active est de 5,8 heures chez la femme nullipare et de 2,5 heures chez la femme multipare. La dilatation est de l'ordre de 1,5 centimètres par heure dans la phase active [24,26,27].

Les valeurs de durée ont été établies par Friedman au début des années 50. Il a donc établi une courbe (figure 1), celle-ci a une allure sinusoïdale avec trois phases :

- Phase 1 : vitesse de dilatation lente
- Phase 2 : vitesse maximale de dilatation
- Phase 3 : vitesse de dilatation en décélération (après huit centimètres de dilatation) [25,27].

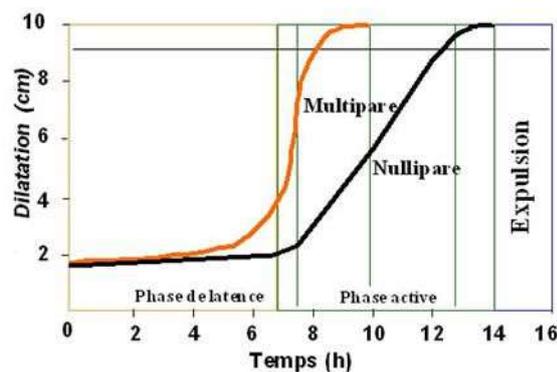


Figure 1 : Courbe de Friedman [26]

4.2 Deuxième stade du travail

Le deuxième stade du travail commence lorsque la dilatation est complète et se termine au moment de la naissance de l'enfant. Ce temps correspond aux phénomènes mécaniques permettant l'engagement, la descente et l'expulsion du fœtus. A la fin du premier stade et au début du deuxième stade la douleur des contractions est plus intense, puis les douleurs sont moins importantes à la fin du deuxième stade [22,24,25].

L'engagement

L'engagement du mobile fœtal signifie que la plus grande circonférence de la présentation a franchi l'axe du détroit supérieur du bassin. Lorsqu'il s'agit d'une présentation fléchie du sommet, l'engagement correspond au passage du détroit supérieur par le diamètre sous-occipito-bregmatique. Il est possible grâce à la force générée par la poussée utérine. L'axe de poussée ne correspond pas à l'axe d'engagement (perpendiculaire au plan du détroit supérieur) lorsque la femme est en décubitus dorsal, position de référence en obstétrique. Ainsi l'axe de poussée utérine est incliné plus en avant que l'axe d'engagement. Ils se croisent selon un angle variant entre 30 et 50° (figure 2). Cette variation est liée à la position de l'utérus, aux mouvements de nutation et de contre-nutation et à une éventuelle hyperlordose lombaire. La présentation est donc poussée en avant sur l'arc pubien, le sommet doit donc s'accommoder aux obstacles osseux auxquels il est confronté [22,24,25,28]. Néanmoins, ces axes peuvent être concordants grâce à l'utilisation d'autres positions permettant notamment la rétroversion et la nutation du bassin [2,22,23,29].

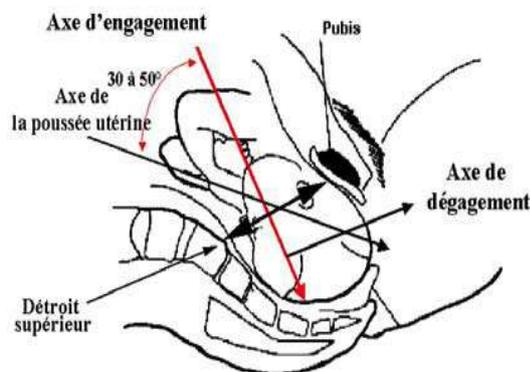


Figure 2 : Axes lors de l'engagement [30]

Descente et rotation intra-pelvienne

L'engagement de la présentation s'effectue selon un axe oblique du détroit supérieur alors que le dégagement s'effectue selon un axe antéro-postérieur au niveau du détroit inférieur, ce qui est lié à l'anatomie périnéale. En conséquence, le sommet doit réaliser une rotation dans l'excavation pelvienne (figure 3). Au cours de cette rotation, la présentation descend selon l'axe ombilico-coccygien.



Figure 3 : Rotation intra-pelvienne [22]

Il existe différents types de rotations du sommet en fonction des variétés d'engagement et de dégagement de la présentation.

Les axes obliques du détroit supérieur permettent quatre variétés d'engagement : OIGA, OIDP, OIDA et OIGP (énumérées par ordre de fréquence décroissante).

L'axe antéro-postérieur du détroit inférieur ne permet que deux variétés de dégagement : occipito-pubienne et occipito-sacrée.

Dans la majorité des cas, le dégagement s'effectue en occipito-pubien, les variétés antérieures (OIGA, OIDA) doivent alors réaliser une rotation de 45° (figure 4), alors que les variétés postérieures (OIDP, OIGP) effectuent majoritairement une rotation de 135° (figure 5), alors que seulement 3 % d'entre elles effectuent une rotation de 45° en occipito-sacrée [22,25,28].

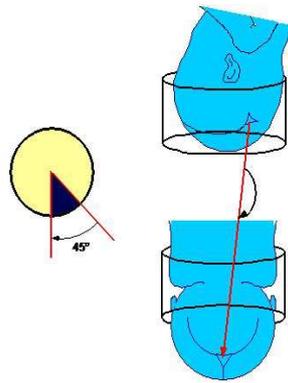


Figure 4 : Rotation de 45° (31)

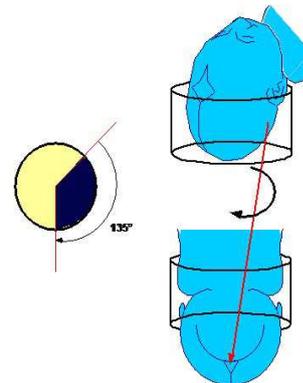


Figure 5 : Rotation de 135° (31)

Le dégagement

Le dégagement correspond au passage par le mobile fœtal du détroit inférieur puis de l'orifice vulvaire, il s'agit de l'expulsion. La présentation du sommet évolue selon un axe autour de la symphyse pubienne. La tête fléchie au cours de la descente selon l'axe de ombilico-coccygien va se heurter au coccyx et à la résistance musculaire du périnée ; l'axe de progression devient alors horizontal si la femme se trouve en décubitus dorsal puis oblique en haut et en avant lors du passage de l'anneau vulvaire. De plus, la présentation fléchie va caler l'occiput sous la symphyse pubienne. C'est alors que la tête se défléchie laissant apparaître à la vulve les bosses pariétales, le front, les yeux, le nez, la bouche puis le menton (figure 6).

Une fois la tête dégagée, l'occiput revient dans le prolongement du dos fœtal, c'est la restitution. Puis l'accouchement des épaules, du tronc et du siège suivent les mêmes étapes [25,28].

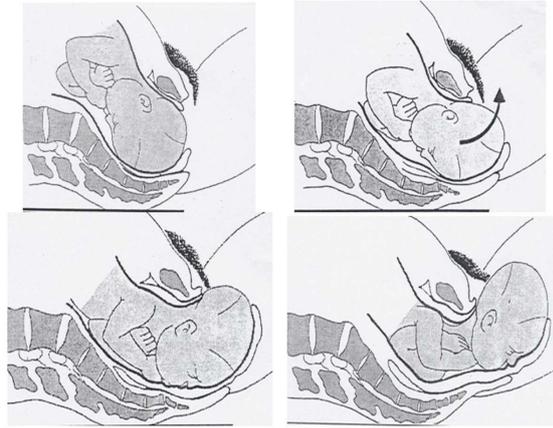


Figure 6 : Dégagement (32)

4.3 Troisième stade du travail

Le troisième stade du travail correspond à l'expulsion des annexes fœtales, il est communément appelé « la délivrance ». Deux étapes le constituent, tout d'abord la séparation entre le placenta et les parois utérines puis son expulsion hors de la filière génitopelvienne (24).

5 Les avantages du travail corporel sur la mécanique de l'accouchement

5.1 Bassin obstétrical

Anatomie

Classiquement le bassin est divisé en 3 parties (détroit supérieur, excavation pelvienne, détroit inférieur) dont la traversée constitue l'essentiel de l'accouchement. Il est constitué de quatre os (figure 7) :

- Les deux os iliaques situés antérieurement et latéralement qui sont embryologiquement issus de la fusion de trois os : l'ilium, l'ischium et le pubis.
- Le sacrum est un os triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur situé postérieurement entre les deux os iliaques. Issu de la fusion de cinq vertèbres sacrées, il appartient à la colonne vertébrale. La première vertèbre sacrée

s'articule avec la dernière vertèbre lombaire et forme alors une saillie dans la cavité pelvienne appelée promontoire.

- Le coccyx prolonge le sacrum caudalement et constitue également la colonne vertébrale [4,29,33,34].

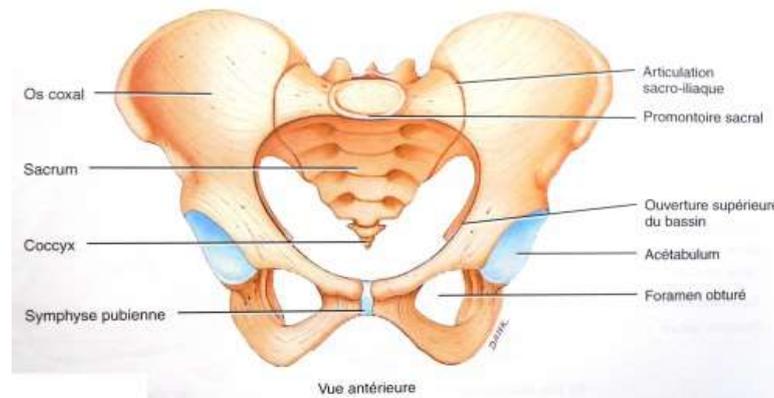


Figure 7 : Bassin osseux de face [35]

Les os du bassin osseux sont reliés entre eux grâce à quatre articulations :

- Les deux articulations sacro-iliaques en postérieur et latéralement entre le sacrum et les deux os iliaques. Il s'agit d'une articulation synoviale permettant un léger degré de mouvement.
- La symphyse pubienne en antérieur est une articulation cartilagineuse dont les mouvements ne sont que minimes.
- L'articulation synoviale sacro coccygienne postérieure et caudale permet des mouvements de flexion et d'extension. Son extension augmente alors le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur.

Pendant la grossesse, la flexibilité des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne est augmentée sous l'effet de la progestérone et de la relaxine.

Le bassin osseux permet l'union entre le tronc et les membres inférieurs, ainsi il est articulé avec le tronc via l'articulation sacro-lombaire et ce sont les articulations coxo-fémorales qui le relient aux membres inférieurs [29,33,34].

Détroit supérieur

Le détroit supérieur est limité en arrière par le promontoire et les ailes du sacrum, par les lignes arquées de l'ilium latéralement et par le bord supérieur de la symphyse pubienne, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées en avant. La forme du bassin chez la femme est habituellement gynécoïde, il a globalement la forme d'un cœur. Il est constitué d'un arc antérieur et de deux arcs postérieurs appelés les sinus sacro-iliaques qui sont séparés par le promontoire.

Les dimensions des différents diamètres du détroit supérieur conditionnent l'accouchement par voie basse. Les valeurs moyennes des différents diamètres sont (figure 8) :

- Promonto-Rétro-Pubien = 10,5 à 11 centimètres (1)
- Transverse médian ou utile = 12 cm à 12,5 centimètres (2)
- Transverse maximal = 13,5 centimètres (3) : ce diamètre est trop postérieur pour jouer un rôle dans l'engagement.
- Diamètres obliques gauche et droit = 12,5 cm à 13 centimètres (4 et 4') : le promontoire gêne la présentation fœtale et l'oblige à s'engager dans l'un de ces diamètres. C'est le diamètre oblique gauche qui est le plus courant lors de l'engagement.
- Diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = neuf centimètres (5 et 5') [4,29,36,37].

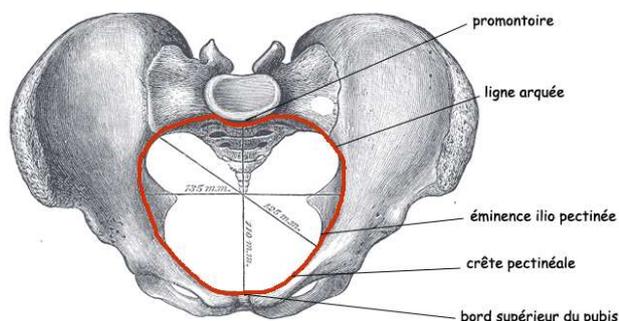


Figure 8 : Détroit supérieur [29]

Excavation pelvienne

L'excavation pelvienne est la région comprise entre le détroit supérieur en haut et le détroit inférieur en bas. Elle est limitée par la face postérieure de la symphyse pubienne en avant, par les surfaces quadrilatères et les échancrures sacro-sciatiques latéralement et par la face antérieure du sacrum en arrière. L'excavation pelvienne a la forme d'un segment de cylindre courbe dont le diamètre interne est de 12 centimètres (figure 9). C'est au travers de ce canal que la présentation fœtale effectue sa descente et sa rotation. Le détroit moyen correspond à un rétrécissement de l'excavation pelvienne, qui est caractérisé par les épines sciatiques. Le diamètre bi-sciatique mesure dix à onze centimètres [4,29,36,37].

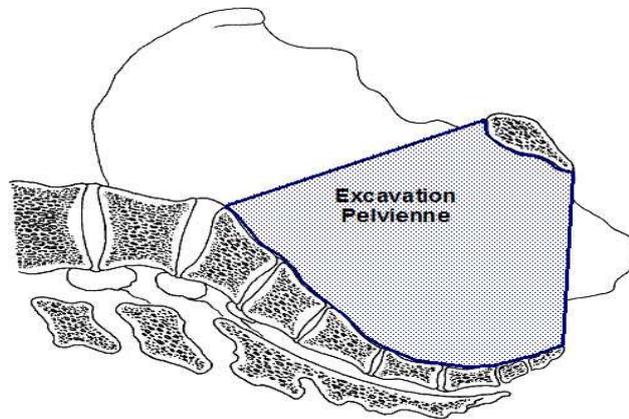


Figure 9 : Excavation pelvienne [38]

Détroit inférieur

Ressemblant globalement à un losange, le détroit inférieur est limité par le bord inférieur de la symphyse pubienne en avant, par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et des tubérosités ischiatiques ainsi que les grands ligaments sacro-sciatiques latéralement et par la pointe inférieure du coccyx en arrière.

Le plus grand axe est antéro-postérieur, il s'agit du diamètre coccy-sous-pubien qui mesure 9,5 centimètres mais pouvant mesurer 11,5 centimètres grâce à la rétropulsion du coccyx. Le diamètre bi-ischiatique quant à lui mesure 11 à 12 centimètres (figure 10) [4,29,36,37].

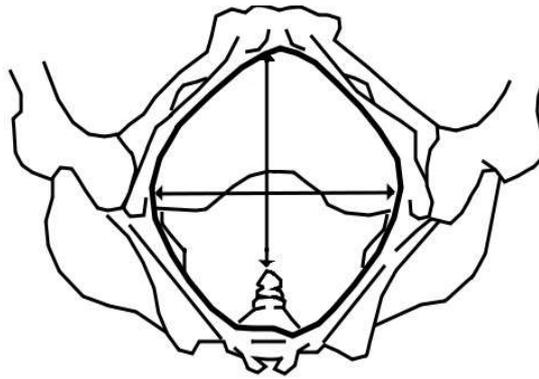


Figure 10 : Détroit inférieur (29)

Mobilité du bassin

Les différentes articulations du bassin sont rigides et leurs mouvements limités. Cependant la progestérone et la relaxine sécrétées en fin de grossesse augmentent la flexibilité des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne. La mobilité du bassin joue un rôle dans l'engagement, la descente et rotation intra-pelvienne et le dégagement du mobile fœtal, et ce via différents mouvements :

- Au niveau des articulations sacro-iliaques, des mouvements de nutation et de contre-nutation (figure 11) :

La nutation du bassin est obtenue par la flexion des hanches ainsi que lorsque la femme se penche en avant. Elle consiste en une bascule de la symphyse pubienne vers le haut, un rapprochement des ailes iliaques et un éloignement des tubérosités ischiatiques. Le promontoire bascule en avant et le coccyx en arrière. Le diamètre promonto-rétropubien est donc légèrement réduit mais l'engagement est facilité grâce à une meilleure concordance des axes de poussée utérine et du détroit supérieur. Le dégagement est également facilité. En effet, la nutation permet d'augmenter le diamètre du détroit inférieur grâce à l'augmentation des diamètres sacro-pubien et bi-ischiatique.

La contre-nutation quant à elle a lieu lors de l'extension des hanches. La symphyse pubienne bascule alors vers le bas, les ailes iliaques s'éloignent, les tubérosités ischiatiques se rapprochent et le promontoire pivote en arrière et le coccyx en avant. Il est vrai que la contre-nutation ne favorise pas la concordance de l'axe de poussée utérine

et de l'axe d'engagement mais elle facilite l'engagement grâce à l'augmentation du diamètre promonto-rétro-pubien.

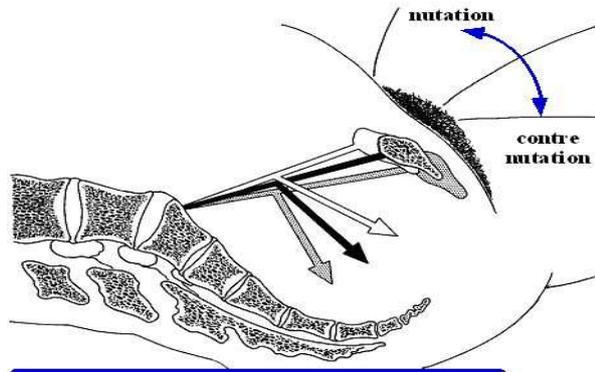


Figure 11 : Nutation et contre-nutation [39]

- L'antéversion et la rétroversion (figure 12) du bassin présentent différents avantages. L'antéversion qui consiste en une bascule en avant du bassin permet l'orientation du mobile fœtal avec l'axe de la concavité du bassin. Elle est donc favorable à la descente et à la rotation intra-pelvienne. La rétroversion est une bascule en arrière du bassin et permet quant à elle un rapprochement des axes de poussée utérine et d'engagement. De ce fait elle facilite l'engagement du mobile fœtal en réduisant l'hyperlordose. Le recours au ballon permet ainsi de varier les positions et l'appui sur le sacrum est moins important que dans une position assise classique. La position accroupie permet également facilement l'alternance des orientations.

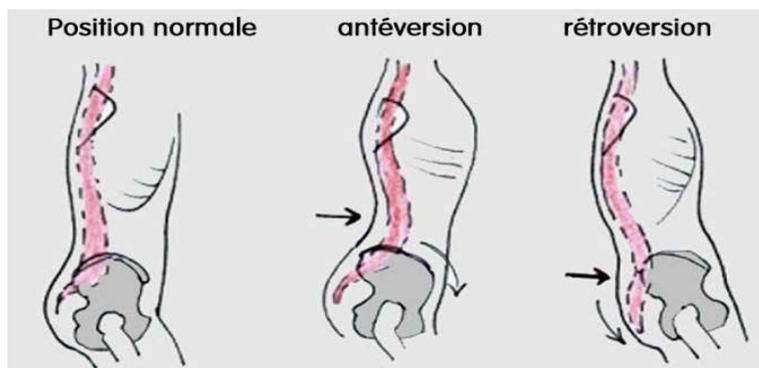


Figure 12 : L'antéversion et la rétroversion du bassin [40]

- La mobilisation de l'articulation coxo-fémorale via la rotation des fémurs présente différents intérêts : la rotation externe des fémurs engendre une diminution du diamètre bi-ischiatique et une augmentation du détroit supérieur. Cependant, les dimensions des détroits moyen et inférieur sont réduites. Elle facilite alors la phase d'engagement alors que la rotation interne des fémurs facilite les phases de descente, de rotation intra-pelvienne et de dégagement. En effet, les tubérosités ischiatiques s'éloignent permettant alors l'agrandissement des détroits moyen et inférieur alors que le diamètre du détroit supérieur est diminué.

- La rétropulsion du coccyx permet l'augmentation du diamètre coccy-sous-pubien au passage du mobile fœtal ce qui augmente le détroit inférieur et favorise ainsi le dégagement (figure 13) [2,22,23,25,29,41].

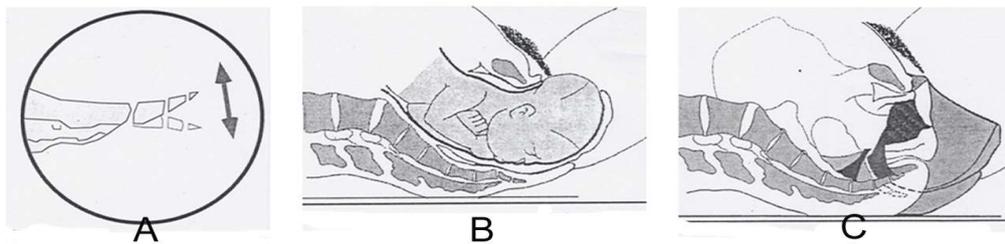


Figure 13 : La rétropulsion du coccyx [32]

5.2 Impact sur le travail

L'état hémodynamique maternel et placentaire

Certaines positions maternelles génèrent un effet compressif sur les axes vasculaires postérieurs qui sont l'aorte et la veine cave inférieure.

En décubitus dorsal, la gravité peut engendrer une compression de ces axes sous le poids de l'utérus (au cours ou en dehors d'une contraction utérine). Il en résulte une diminution du débit cardiaque, de la tension artérielle et de la perfusion utéroplacentaire ce qui peut entraîner une hypoxie fœtale.

Le recours à des positions verticales, au décubitus latéral et à la position « à quatre pattes » diminue quant à lui le risque de compression vasculaire. De plus la

mobilisation des membres inférieurs limite la stase veineuse. De ce fait la déambulation semble adaptée et favorise le retour veineux [22,41–43].

La durée du travail

En ce qui concerne l'impact de la mobilisation sur la durée du travail, la littérature est contradictoire.

Le CNGOF conclut que la déambulation des femmes au cours du premier stade du travail ne permet pas d'en réduire la durée [20]. En effet, la méta-analyse de Roberts publiée en 2004 [44] ne permet pas de mettre en évidence de différence significative quant à la durée du travail entre le décubitus dorsal et la déambulation ou les positions verticales en se basant sur cinq essais randomisés contrôlés où 1160 femmes sous APD ont été incluses.

En 1993, dans l'étude randomisée d'Allahbadia G.-N. et de Vaidya P.-R. [45], 200 femmes ont été réparties dans deux groupes de chacun 100 femmes : l'un n'ayant recours qu'aux positions horizontales et l'autre maintenues dans des positions ambulatoires. Cette étude a permis de mettre en évidence une réduction de la durée du premier stade du travail pour le groupe de femmes autorisées à déambuler par rapport au groupe de femmes maintenues en décubitus dorsal.

En 2004, Paufichet C. [46] a réalisé une enquête prospective sur huit mois au sein de deux maternités dans lesquelles trois groupes ont été comparés. Le premier groupe comprenait des femmes qui sont restées en décubitus dorsal ou latéral. Le deuxième incluait des femmes qui ont alterné les positions sur la table d'accouchement. Et le troisième était composé des femmes qui ont alterné les positions et ayant eu recours au ballon et/ou à la baignoire. Dans cette étude, la durée totale du travail était diminuée de 44% chez les femmes des deuxièmes et troisièmes groupes par rapport aux femmes du premier groupe.

Par la suite, en 2009, Lawrence A. [47] a effectué une méta-analyse à partir de 21 essais randomisés et 3 706 patientes. Il cherchait à étudier les avantages des positions verticales (déambulation, position assise et à genoux) par rapport aux positions horizontales (décubitus dorsal et latéral et position semi-assise). Le premier stade du

travail chez les femmes randomisées dans le groupe des positions verticales était globalement plus court d'une heure que chez les femmes en positions horizontales. Cependant les différentes positions n'ont pas eu d'influence sur la durée du deuxième stade du travail, le mode d'accouchement ou le bien-être maternel ou fœtal.

De plus, dans le rapport final de l'étude du Royal College of Midwives sur les positions utilisées au cours du travail et de l'accouchement [42], il a également été mis en évidence la réduction de la durée du premier stade du travail grâce au recours aux positions verticales et à la déambulation.

La douleur des parturientes

En 1983, Roberts et al. [48] ont réalisé une étude comprenant neuf essais randomisés soit 929 femmes afin d'évaluer le confort des femmes pendant la phase de dilatation. Cette étude a permis d'observer que les femmes préféraient utiliser une position verticale jusqu'à six centimètres de dilatation et qu'après elles préféraient utiliser une position horizontale afin de se reposer.

En 1991, Melzack R. et al. [49] ont effectué une étude auprès de 60 femmes qui ont eu recours aux positions verticales et horizontales en alternance en début de travail, de deux à cinq centimètres de dilatation. Ainsi le score de douleur a été significativement diminué en position verticale (35% des femmes ressentaient moins les douleurs abdominales, 50% ressentaient moins les douleurs postérieures et parmi celles qui ont eu une douleur postérieure en continu, 83% d'entre elles ont été soulagées en position verticale).

5.3 Impact sur les dimensions du bassin

Les positions utilisées par la parturiente vont avoir un effet sur les dimensions pelviennes en fonction de la mise en jeu d'une nutation du sacrum plus ou moins importante. En effet, la nutation diminue le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur de trois millimètres en moyenne cependant, les dimensions de la cavité

pelvienne et les diamètres antéro-postérieurs et transversaux des détroits moyen et inférieur sont considérablement augmentés [23].

En 2001, Goury N. [50] a réalisé une étude afin de mesurer les dimensions du bassin via scanner et imagerie par résonance magnétique (IRM). Ainsi les mesures ont tout d'abord été effectuées en décubitus dorsal avec une rotation externe des fémurs (les genoux et pieds sont dirigés vers l'extérieur) puis avec une rotation interne des fémurs (les genoux et pieds sont orientés vers l'intérieur). Dans un deuxième temps ces mêmes mesures ont été réalisées dans une position assimilée à quatre pattes, à genoux, les fesses sur les talons et la colonne vertébrale étirée. En décubitus dorsal, le passage de la rotation externe à interne des fémurs a permis de mettre en évidence un bénéfice moyen de 6,5 millimètres pour le diamètre bi-sciatique (détroit moyen) et de 4,2 millimètres pour le diamètre bi-ischiatique (détroit inférieur) ; et dans la position à quatre pattes, le passage de la rotation externe à interne des fémurs permet d'observer un bénéfice moyen de 6,6 millimètres pour le diamètre bi-sciatique et de 4,7 millimètres pour le diamètre bi-ischiatique grâce au scanner. L'IRM a montré une augmentation du diamètre bi-sciatique moyenne de 5,6 millimètres et pouvant aller jusqu'à neuf millimètres lors du passage de la rotation externe à interne des fémurs ainsi qu'une légère diminution du détroit supérieur de 1,1 millimètres en moyenne atteignant 2,2 millimètres au maximum.

Les différentes positions peuvent avoir différentes incidences sur les dimensions pelviennes :

- **En décubitus dorsal :**
 - Avec légère flexion des articulations coxo-fémorales : pas de modifications des détroits du bassin.
 - Semi-assise : pas de modifications des détroits du bassin.
 - Avec grande flexion des articulations coxo-fémorales et rotation externe des fémurs (figure14) : augmentation du diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur et diminution du diamètre transverse.



Figure 14 : Décubitus dorsal avec grande flexion des articulations coxo-fémorales et rotation externe des fémurs

- Avec grande flexion des articulations coxo-fémorales et rotation interne des fémurs (figure 15) : augmentation des diamètres sagittal et transverse des détroits moyen et inférieur [21].



Figure 15 : Décubitus dorsal avec grande flexion des articulations coxo-fémorales et rotation interne des fémurs

• **En décubitus latéral :**

- Avec petite flexion des articulations coxo-fémorales : pas de modification des détroits mais ils peuvent être modifiés par le fœtus.
- Avec la jambe inférieure en flexion et celle supérieure en extension : les trois détroits sont alors asymétriques, cette position est très intéressante pour permettre la rotation de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne.
- Avec la jambe inférieure en extension et celle supérieure en flexion et rotation interne (figure 16) : le diamètre bi-sciatique du détroit moyen est augmenté et le détroit inférieur est asymétrique ainsi son ouverture est maximale.



Figure 16 : Décubitus latéral avec la jambe inférieure en extension et celle supérieure en flexion et rotation interne

- Avec la jambe inférieure en extension et celle supérieure en flexion et rotation externe (figure 17) : le diamètre bi-sciatique du détroit moyen est augmenté et le détroit inférieur est asymétrique et donc augmenté [21].



Figure 17 : Décubitus latéral avec la jambe inférieure en extension et celle supérieure en flexion et rotation externe

- **En position assise** : cette position s'accompagne en général d'une gêne à la rétropulsion du sacrum et donc une limitation de la nutation.
- Sur l'avant ou l'arrière des ischions : pas de modification des détroits mais ils peuvent être modifiés par le fœtus.
- Sur un ballon : les détroits sont modifiés grâce aux mouvements de grande amplitude [21,23].

- **En position « à quatre pattes »** : les positions à genoux et à quatre pattes sont assez favorables et offrent des avantages mécaniques proches de ceux de la position accroupie.
 - Avec les jambes parallèles et symétriques : pas de modification des détroits mais ils peuvent être modifiés par le fœtus.
 - Avec les fémurs en rotation interne (figure 18) ou externe (figure 19) : les diamètres antéro-postérieurs des détroits moyen et inférieur sont augmentés en rotation interne et sont réduits en rotation externe.



Figure 18 : A quatre pattes avec les fémurs en rotation interne

Figure 19 : A quatre pattes avec les fémurs en rotation externe

- Avec une asymétrie des fémurs, l'un en flexion et l'autre en extension (figure 20) : les trois détroits sont alors asymétriques et l'alternance des positions des jambes facilite la descente de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne [21,23].



Figure 20 : A quatre pattes avec une asymétrie des fémurs

- **En positions debout :**
 - Avec les hanches semi-fléchies : pas de modification des détroits mais ils peuvent être modifiés par le fœtus.
 - Avec une rotation interne ou externe des fémurs : en rotation externe, le diamètre du détroit supérieur est augmenté alors qu'en rotation interne, ce sont les détroits moyen et inférieur qui sont agrandis.
 - Avec une asymétrie des fémurs, l'un en flexion et l'autre en extension (figure 21) : plus la hanche est en extension plus les détroits sont modifiés, ainsi la descente de la tête fœtale dans l'excavation pelvienne est facilitée [21].



Figure 21 : Debout avec une asymétrie des fémurs

- **En position accroupie :** que la position soit simple ou bien avec une rotation interne ou externe des fémurs, c'est le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur qui est particulièrement augmenté (jusqu'à deux centimètres). Ce diamètre est également bien augmenté au niveau du détroit moyen mais dans une moindre mesure. La position accroupie permet une meilleure mobilisation des articulations pelviennes afin d'optimiser les dimensions du bassin [21,23].

5.4 Impact sur l'accouchement

En 1998, Venditelli F. [51] a recensé 17 essais randomisés comparant 2 405 accouchements horizontaux et 2 401 accouchements verticaux au cours de la deuxième phase du travail. Les effets favorables qui ont été mis en évidence lors des accouchements verticaux ont été une diminution des déchirures graves, une diminution des anomalies du RCF et d'une manière non significative, une diminution des extractions instrumentales et des scores d'Apgar inférieurs à sept. Le seul effet négatif retrouvé a été une augmentation des hémorragies de la délivrance et notamment lors du recours aux positions assises.

En 2005, une étude de Brément S. et al. [52] évalue l'impact de la formation professionnelle « Naissance physiologique et prévention des prolapsus » initiée par B. De Gasquet. Elle a pour but d'améliorer le vécu de l'accouchement et d'encourager l'eutocie grâce à différents principes : la respiration abdominale, l'étirement de la colonne vertébrale, le recours aux postures qui facilitent la mécanique obstétricale et permettent de diminuer la douleur, l'utilisation de la position suspendue et du réflexe d'expulsion physiologique, la prise de conscience du périnée et la poussée en expiration. Deux groupes de 123 et 153 femmes qui ont respectivement accouchées avant et après le recours à la formation pour le personnel ont alors été comparés, ce qui a permis de montrer une augmentation significative des périnées intacts et notamment grâce au recours au décubitus latéral.

6 La préparation à la naissance et à la parentalité

6.1 Historique

L'apparition des méthodes psychoprophylactiques

Dans les années 1930, l'anglais Grantley Dick Read, lors de son expérience auprès d'une parturiente londonienne refusant l'accouchement sous chloroforme car elle affirmait ne pas souffrir, s'interroge sur l'origine des douleurs de l'accouchement. La peur en est selon lui l'origine, engendrant une tension qui crée la douleur. Il faut alors rompre le cercle vicieux peur-tension-douleur. Pour cela, il faut d'après lui expliquer aux femmes les différentes phases de l'accouchement et qu'elles soient physiquement entraînées. Ses publications sont reconnues et mises en pratique aux Etats-Unis.

En France, c'est le médecin accoucheur Fernand Lamaze qui s'est intéressé aux travaux des docteurs soviétiques Velvoski et Nikolaïev. Ils ont utilisé les résultats de Pavlov sur les réflexes physiques et psychiques des femmes enceintes pour éduquer et conditionner à déconnecter les centres de la douleur du cerveau. D'après eux, toute parturiente peut accoucher sans douleur si elle est bien accompagnée. En 1951, Fernand Lamaze est bouleversé par l'accouchement auquel il a assisté lors d'une mission en URSS. De retour en France, il instaure à la maternité des Bleuets une méthode basée sur trois principes :

- L'enseignement de l'accouchement grâce à des schémas et des films afin d'abolir la peur de l'inconnu et de la douleur ;
- L'éducation physique basée sur six séances d'apprentissage de la relaxation et de la respiration légère au cours des deux derniers mois de la grossesse ;
- L'éducation psychique pour diminuer l'anxiété ainsi que la perception de la douleur par le cerveau, voire à la supprimer.

A partir de 1952 aux Bleuets, ont lieu des accouchements sans douleurs et la méthode se répand grâce à de nombreuses conférences malgré des professionnels considérant la méthode comme trop coûteuse en personnel, locaux et moyens.

Ainsi en 1956, la Sécurité Sociale et le remboursement de six séances de préparation (puis huit dans les années 1960) sont obtenues pour les femmes. En parallèle le pape Pie XII reconnaît que l'accouchement sans douleur ne va pas contre la morale chrétienne [53].

Evolution vers la préparation à la naissance et à la parentalité

Entre 1962 et 1975, une femme sur deux a recours aux séances de préparation, la femme est actrice de son accouchement et l'accouchement sans douleur est très courant.

Après 1970, la préparation à la naissance se diversifie, apparaissent la sophrologie, le yoga, la piscine, l'haptonomie... De plus l'APD commence à apparaître et la douleur n'est alors plus la principale inquiétude des femmes. La prise en charge devient plus globale, la méthode psychoprophylactique devient la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Le couple est abordé en tant que futurs parents et des connaissances sont apportées sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. La grossesse a des effets sur différentes dimensions : physiques, psychologiques, affectives et sociales, qui sont toutes abordées en vue d'une préparation complète. La préparation devient alors personnalisée et la participation active des femmes et des couples leur permettent d'acquérir de la confiance [54].

6.2 Les objectifs de la préparation à la naissance et à la parentalité

La PNP a pour but d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés. Elle est destinée à chaque femme enceinte ou couple afin de renforcer l'estime de soi, la capacité de prise de décision et d'action.

En 2002, l'OMS a détaillé les objectifs de la PNP et son importance afin de favoriser une bonne santé de la femme ainsi que de l'enfant à venir.

En 2005, la HAS a publié des recommandations professionnelles concernant la PNP à la suite du plan de périnatalité de 2005-2007. Elles offrent aux professionnels de santé une démarche préventive, éducatives et d'orientation ayant pour but de préparer le

couple à la naissance et à l'arrivée de leur enfant, de repérer les difficultés du couple précocement, d'accompagner les couples notamment dans des états de vulnérabilité afin de favoriser la relation parents-enfant, de soutenir la parentalité et de favoriser une bonne coordination des professionnels autour de la femme et du couple tout au long de la grossesse et en postnatal. Les compétences qu'il s'agit de développer sont : la compréhension et l'utilisation des informations, l'apprentissage des techniques de travail corporel et le développement des ressources personnelles et des compétences parentales. Pour cela différentes compétences sont à développer chez la femme ou le couple au cours de leur PNP :

- Savoir exprimer ses besoins, ses connaissances, son projet de naissance mais aussi ses attentes, préoccupations, émotions ainsi que ses besoins d'information.
- Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, les interventions en cours de travail et les suites de couche ; savoir expliquer les modifications physiques et psychologiques de la grossesse ainsi de le changement de statut, le passage de femme à mère. Comprendre les risques liés au mode de vie, avoir des repères sur le développement et l'éveil de l'enfant et connaître les répercussions familiales et sociales liées à l'arrivée d'un enfant.
- Savoir analyser une situation à risque et repérer les symptômes et les signes d'alertes qui nécessitent une consultation en urgence, que ce soit pendant la grossesse ou bien après la naissance pour la mère et l'enfant.
- Connaître les soins qui ont lieu après la naissance et savoir y participer, décider de l'accompagnant présent durant l'accouchement mais également du mode d'alimentation du nouveau-né, de suivre les principes d'une alimentation saine pour l'enfant afin de prévenir les risques d'allergie alimentaire et d'obésité. Savoir faire face à une difficulté que ce soit pour la mère ou l'enfant grâce à des conduites à tenir, décider d'effectuer une consultation, d'aller aux urgences et connaître les différents recours possibles en de difficultés ou bien d'urgence.
- Comprendre les buts de la prévention des facteurs de risques et des comportements pour sa propre santé et celle de son enfant, aménager un environnement et un mode de vie favorable, organiser un retour à domicile avec

les professionnels de santé et l'entourage afin qu'il ait lieu dans des conditions optimales et résoudre les difficultés d'allaitement.

- Mettre en œuvre une technique de travail corporel en fonction de ses besoins, pratiquer des exercices afin de retrouver sa condition physique antérieure à la grossesse et savoir réaliser après l'accouchement les soins d'hygiène pour la mère et le bébé.
- Adapter le mode de vie pour prévenir les risques infectieux, modifier son régime alimentaire en fonction des conseils diététiques et s'ajuster aux besoins de l'enfant.
- Savoir qui appeler en cas d'inquiétudes ou d'urgence et où trouver une information utile et crédible, connaître les éléments de suivi médicale pour la femme et le bébé, savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement et faire valoir ses droits (maternité, travail).

Parmi les techniques de travail corporel qu'il est recommandé d'enseigner aux femmes, sont retrouvées :

- Les exercices permettant de mieux connaître son corps et d'accompagner les modifications physiques liées à l'état de grossesse ;
- Les différentes postures et techniques de détente et respiration qui favorisent le travail et l'accouchement ;
- Les positions de protection du dos au cours de la grossesse mais également en postnatal [54–56].

6.3 Les différentes méthodes

Il existe différents types de PNP, l'offre est de plus en plus variée :

La méthode classique

Aussi appelée préparation psychoprophylactique à l'accouchement, il s'agit de la première méthode mise en place par le Dr Lamaze dans les années 1950. Elle est basée sur des cours théoriques afin de réduire les angoisses, les peurs en permettant aux

femmes de connaître leur anatomie, les différentes étapes de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couche et d'avoir des conseils sur l'allaitement. Une partie théorique est également réalisée pour enseigner les différentes méthodes de respiration qui permettent de gérer la douleur ainsi que les différentes méthodes de poussées au moment de l'expulsion, les différentes positions à utiliser pour soulager les douleurs dorsales et lombaires, pour basculer les bassins et permettre aux femmes de prendre conscience de leur périnée [54,57].

La sophrologie

La sophrologie a été créée en 1960 par Caycedo, un neuropsychiatre espagnol. Elle s'appuie sur l'hypnose et permet d'atteindre différents stades de la conscience ainsi les séances vont permettre aux femmes d'apprendre à relâcher leurs muscles, de travailler la respiration. Les femmes vont prendre conscience des différentes parties de leur corps et visualiser leurs actions lors de l'accouchement. Cette méthode permet de visualiser et d'imaginer le déroulement de l'accouchement jusqu'à l'expulsion de l'enfant et ce d'une manière positive ce qui dédramatise l'accouchement en favorisant la relaxation physique et mentale [54,57].

Le yoga

Le yoga est une méthode de PNP basée sur le recours à différentes postures qui permettent aux femmes de trouver des positions adaptées à la grossesse en libérant le dos et à l'accouchement afin d'ouvrir le bassin. De plus, il permet la libération du diaphragme via la respiration. Les exercices de relaxation et de concentration sont utilisés pour aider les femmes à relâcher leur corps et à se concentrer sur leur relaxation dans le but d'apprendre à gérer la douleur [54,57].

La préparation en piscine

La PNP en piscine apporte aux femmes une grande détente mentale et physique en leur permettant de se libérer du poids du corps et ainsi de libérer les tensions musculaires et ligamentaires et de lutter contre les problèmes circulatoires et dorsolombaires. De plus elle offre une grande liberté de mouvements. La respiration est souvent développée lors de ces séances qui sont réalisées collectivement [54,57].

L'haptonomie

Crée par Frans Veldman, un médecin néerlandais, il s'agit d'une préparation au lien parents-enfant et à l'accueil de l'enfant plutôt qu'une préparation à l'accouchement. Il s'agit donc d'un contact psychoaffectif via le contact physique qui permet une rencontre et un dialogue avec le futur enfant et son épanouissement en tant que personne à part entière et ce dès la vie in-utéro. La préparation haptonomique s'effectue nécessairement avec le couple ou bien une tierce personne si le père est absent et doit être débutée au plus tôt dans la grossesse [54,57].

Le chant prénatal

Le chant prénatal vient de la psychophonie développée dans les années 70 par Marie-Louise Aucher. Cette discipline travaille sur le corporel grâce aux vibrations des vocalises que la femme ressent dans les différentes zones de son corps, ce qui lui permet de prendre conscience des muscles qui peuvent-être sollicités au cours d'un accouchement. Elle travaille également sur le psychologique car les vibrations sont également ressenties par le bébé ce qui favorise le lien mère-enfant. De plus le chant permet de développer la respiration et la relaxation et ainsi faciliter la gestion de la douleur pendant le travail et l'accouchement [54,57].

METHODE

1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale au sein de la maternité de type III de la région Auvergne du 12 novembre 2015 au 10 janvier 2016.

L'objectif principal de cette étude était de mesurer la pratique des techniques de travail corporel chez les parturientes pendant le premier stade de l'accouchement à la maternité après leur admission.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de patientes ayant eu recours à des techniques de travail corporel au cours de l'accouchement, pendant le premier stade du travail.

L'objectif secondaire était de déterminer les critères l'influençant la mobilisation pendant le premier stade du travail et plus particulièrement, l'influence de la préparation à la naissance et à la parentalité effectuée pendant la grossesse.

Le critère de jugement secondaire était le lien entre les pratiques posturales maternelles pendant le premier stade du travail et les différents critères étudiés.

2 Patientes

2.1 Population cible

Toutes les femmes hospitalisées en post-partum à la maternité de type III de la région Auvergne.

2.2 Population source

Les patientes hospitalisées en post-partum à la maternité de type III de la région Auvergne, répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion des sujets

Ont été incluses dans l'étude toutes les accouchées hospitalisées en post-partum dans le service de maternité de type III de la région Auvergne.

Ont été exclues de l'étude :

- Les patientes ne sachant pas lire et écrire le français.
- Les patientes ayant accouché à domicile.
- Les patientes ayant eu recours à une césarienne programmée.
- Les patientes ayant accouché d'un enfant qui n'était pas en présentation céphalique.
- Les patientes ayant eu une grossesse gémellaire.
- Les patientes qui ont accouché prématurément avant 37 semaines d'aménorrhées.
- Les patientes qui ont accouché d'un enfant mort-né où bien qui présentait une pathologie grave nécessitant une hospitalisation dans une unité de soins néonatale.

3 Méthode

3.1 Le recueil des données

Les femmes ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire anonymisé (Annexe I) distribué au cours de leur séjour en maternité permettant de recueillir différentes variables :

- Renseignements généraux : l'âge, la situation familiale, le niveau d'étude et l'origine géographique.
- Accouchement : la parité, le mode de début du travail (déclenché ou spontané), le mode de déclenchement éventuel, la dilatation cervicale à l'admission, le recours à une analgésie péridurale.
- Travail corporel : les recours aux différentes techniques de travail corporel ; le souhait éventuel de mobilisation chez les patientes qui n'ont pas utilisé ces techniques de travail corporel ; la proposition de mobilisation par un ou plusieurs professionnels ; la présence d'un accompagnant et son aide à la posture ; l'utilisation de matériel et son obtention.
- Préparation à la naissance et à la parentalité : le recours à la PNP au cours de la grossesse ainsi que le type de PNP effectué ; l'information reçue sur le travail corporel et l'aide éventuelle que cela a apporté ; le recours à la PNP au cours d'une précédente grossesse ainsi que le type de PNP effectuée ; la réalisation d'un projet de naissance.

3.2 Aspects éthique et réglementaire

L'autorisation des responsables de pôle a été obtenue préalablement à la diffusion du questionnaire.

Chaque patiente correspondant aux critères de l'études a été informée de l'objet de ce travail avant tout recueil de données. Ainsi l'information était délivrée via une lettre d'information (Annexe II).

Le caractère anonyme de leur participation et le respect de la confidentialité de leurs résultats ont été clairement expliqués et respectés. Ainsi la participation des femmes était basée sur le principe du volontariat.

3.3 L'informatisation

Les données ont été saisies et codées sur un tableur excel. A chaque questionnaire, un numéro a été attribué afin de contrôler les données, de ne pas avoir d'oubli ou bien de doublons.

3.4 L'analyse des données

Les patientes ont été réparties dans trois groupes en fonction des postures adoptées au cours du premier stade du travail.

Le premier groupe intitulé «Pas de position» est celui des femmes ayant utilisé des postures horizontales (définies par un angle inférieur à 45° entre la ligne reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires et l'horizontale (20)) et qui sont restées en décubitus dorsal tout le temps du travail.

Le deuxième groupe intitulé «Positions horizontales» est celui des femmes ayant utilisé des postures horizontales (définies par un angle inférieur à 45° entre la ligne reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires et l'horizontale (20)) et qui se sont positionnées intégralement ou partiellement en décubitus latéral pendant le premier stade du travail.

Le troisième groupe intitulé «Positions verticales» est celui des femmes ayant utilisé toutes les postures verticales (définies par un angle supérieur à 45° entre la ligne reliant le centre des troisième et cinquième vertèbres lombaires et l'horizontale(20)). Ainsi, dans ce groupe, ont été répertoriées les femmes ayant utilisé les positions assises, debout, à quatre pattes, accroupies et toutes leurs variantes.

Au cours de l'analyse, le premier groupe « Pas de position » a pu être comparé à l'ensemble composé du deuxième et du troisième groupe.

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5% sous le logiciel Stata (version 13, StataCorp, College Station US).

Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha=5\%$).

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne (+/- écart-type associé) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk).

Les comparaisons entre groupes indépendants ont été réalisées par test de Student (ou anova) ou test de Mann-Whitney (ou test de Kruskal-Wallis) si conditions du t-test étaient non respectées ((1) normalité et (2) homoscedasticité étudiée par le test de Bartlett) pour les variables quantitatives. Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres de nature catégorielle ont été réalisées par le test du Chi2 ou le cas échéant par le test exact de Fisher.

RESULTATS

1 Taux de participation

Au cours de cette enquête, 277 questionnaires ont été distribués et 229 d'entre eux ont été récupérés entre le 12 novembre 2015 et le 10 janvier 2016. Ainsi le taux de participation à cette étude était de 82,7%.

Cependant 12 questionnaires ont été exclus : six étaient mal remplis et donc inexploitable, trois femmes avaient eu recours à une césarienne programmée, deux avaient accouché à domicile et l'une d'entre elle, a accouché par le siège.

L'échantillon comprenait 217 questionnaires et le taux de données exploitables était donc de 78,3%.

2 Présentation de la population

2.1 Les caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des patientes incluses était de 30,09 (+/- 4,82) ans, la femme la plus jeune de cette population avait 19 ans alors que la plus âgée avait 46 ans. L'âge médian de l'échantillon était de 30 ans (Tableau I).

La parité moyenne était de 1,79 (+/- 0,9) enfant par femme à l'issue de l'accouchement.

Dans cet échantillon, 97,7% des femmes vivaient en couple ou bien étaient mariées (Tableau I).

Concernant le niveau d'étude, 29% de l'échantillon interrogé présentait un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat, 3,6% avait un niveau inférieur ou égal au collège, 67,7% avait poursuivi des études supérieures (post-baccalauréat) (Tableau I).

Quant à l'origine géographique, 79,7% de la population était d'origine française et 20,3% des femmes étaient d'origine étrangère (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

		Pourcentage de la population concernée (%)	Effectif de la population concernée (n)
Age (en années) <i>n = 217</i>	20 ou moins	0,92%	2
	21 à 25	18,43%	40
	26 à 30	35,94%	78
	31 à 35	32,72%	71
	36 à 40	10,14%	22
	plus de 40	1,84%	4
Parité <i>n = 217</i>	Primipare	45,62%	99
	Multipare	54,38%	118
Situation maritale <i>n = 217</i>	Célibataire	2,30%	5
	Divorcée/séparée	0,00%	0
	Mariée	42,40%	92
	En couple	30,88%	67
	Pacsée	24,42%	53
Niveau scolaire <i>n = 217</i>	Non scolarisée	0,46%	1
	Primaire	0,00%	0
	Collège	2,76%	6
	Professionnel court (CAP/BEP)	12,90%	28
	Lycée (baccalauréat)	16,13%	35
	Baccalauréat +1 ou 2 ans	18,89%	41
	Baccalauréat +3 ou 4 ans	26,73%	58
	Baccalauréat +5 ans ou plus	22,12%	48
Origine géographique <i>n = 217</i>	France métropolitaine	76,04%	165
	France Dom Tom	3,69%	8
	Europe	5,07%	11
	Maghreb	6,91%	15
	Afrique subsaharienne	3,23%	7

2.2 Les caractéristiques de l'accouchement

Lors de l'admission en salle de naissance des parturientes en travail spontané, la dilatation cervicale moyenne était de 4,55 (+/- 1,90) cm, allant d'un col de l'utérus fermé à un col à dilatation complète. La dilatation médiane était de 4 centimètres (Tableau II).

Parmi les patientes interrogées, 87,10% avaient bénéficié d'une analgésie loco régionale (ALR). La dilatation cervicale moyenne lors de la pose de l'ALR était 4,89 (+/- 1,75) cm, allant d'un col de l'utérus ouvert à un doigt à un col à dilatation complète selon les déclarations des patientes. La dilatation médiane était de 5 centimètres (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques des accouchements de la population étudiée

		Pourcentage de la population concernée (%)	Effectif de la population concernée (n)
Accouchement <i>n = 217</i>	Voie basse spontanée	83,41%	181
	Voie basse instrumentale	9,22%	20
	Césarienne en urgence	7,37%	16
Travail <i>n = 217</i>	Spontané	76,50%	166
	Déclenché	23,50%	51
Dilatation au moment de l'admission <i>n = 166</i>	< 3 cm	9,64%	16
	Entre 3 et 5 cm	63,25%	105
	≥ 6 cm	25,90%	43
	Ne savent pas	1,20%	2
ALR * <i>n = 217</i>	Non	12,90%	28
	Oui	87,10%	189
Dilatation au moment de la pose de l'ALR <i>n = 189</i>	< 5 cm	47,09%	89
	Entre 5 et 7 cm	40,74%	77
	≥ 8 cm	8,47%	16
	Ne savent pas	3,70%	7

* Analgésie Loco Régionale

2.3 La réalisation de la préparation à la naissance et à la parentalité

Plus de la moitié des femmes (54,38%) ayant participé à cette étude ont effectué une préparation à la naissance et à la parentalité (Tableau III). Parmi elles, 93,22% déclaraient avoir été informées sur le travail corporel au cours de l'accouchement.

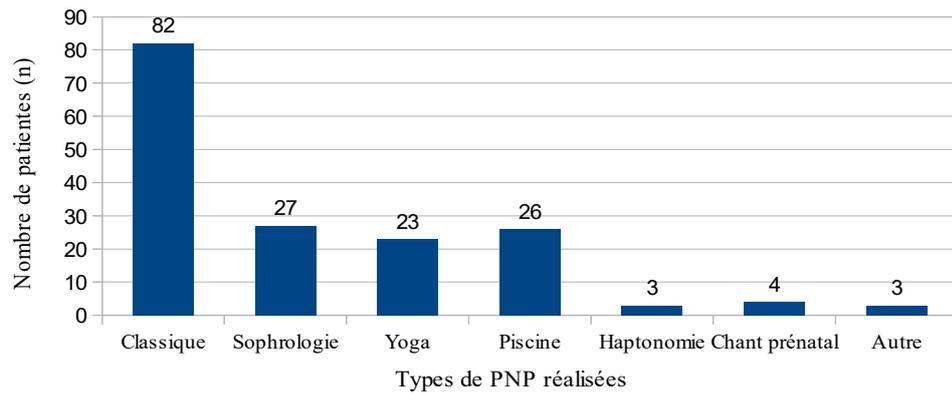
Les informations reçues au cours des séances de PNP ont permis d'aider 85,32% des patientes interrogées à se mobiliser pendant le travail.

Tableau III : La préparation à la naissance et à la parentalité

	Pourcentage de la population concernée (%)	Effectif de la population concernée (n)
PNP *		
<i>n = 217</i>		
oui	54,38%	118
non	45,62%	99
PNP * chez les primipares		
<i>n = 99</i>		
oui	79,80%	79
non	20,20%	20
PNP * chez les multipares		
<i>n = 118</i>		
oui	33,05%	39
non	66,95%	79

* Préparation à la Naissance et à la parentalité

Cette préparation à la naissance et à la parentalité a été réalisé pour 40,68% des femmes via la méthode classique, 29,66% des participantes ont bénéficié d'une autre méthode et 29,66% des préparations alliaient la méthode classique à une ou plusieurs méthodes.



Graphique 1 : La pratique des différentes méthodes de PNP par les participantes

2.4 La réalisation d'un projet de naissance

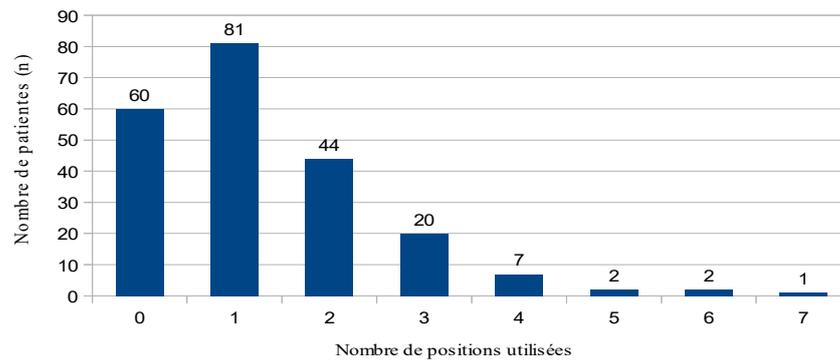
Seulement 5,99% des femmes incluses dans l'étude avaient rédigé un projet de naissance.

3 La pratique des techniques de travail corporel

Au cours du premier stade du travail, les parturientes avaient majoritairement (72,35%) recours à des techniques posturales (Tableau IV). Les femmes avaient utilisé en moyenne 1,32 (+/- 1,26) positions (Graphique 2). Parmi les parturientes interrogées, 27,19% avaient uniquement eu recours à des positions horizontales alors que 20,28% avaient utilisé seulement des positions verticales et 24,88% des femmes avaient utilisé des positions verticales et horizontales.

Tableau IV : Descriptif de la mobilisation au cours du premier stade du travail

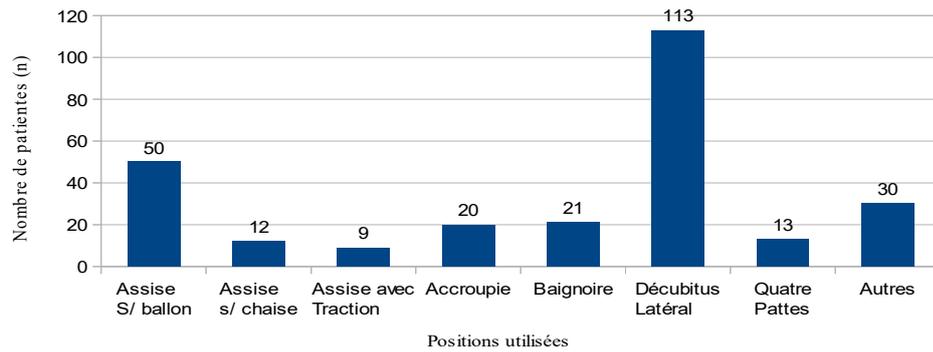
	Pourcentage de la population concernée (%)	Effectif de la population concernée (n)
Décubitus dorsal	27,65%	60
Positions	72,35%	157
≤ 3 positions différentes	66,82%	145
≥ 4 positions différentes	5,53%	12



Graphique 2 : Le nombre de positions utilisées par les parturientes au cours du premier stade du travail

3.1 Les différentes postures réalisées

La position la plus couramment utilisée dans cette population était le décubitus latéral à 52,6% (Graphique 3). Le recours aux autres positions proposées dans le questionnaire était relativement homogène : assise sur un ballon à 23,3%, assise sur une chaise en appui sur le dossier à 5,6%, assise en traction à 4,2%, accroupie à 9,3%, dans une baignoire à 9,8%, à quatre pattes à 6% et d'autres positions à 14% (déambulation, assise en tailleur).



Graphique 3 : Recours aux différentes postures au cours du premier stade du travail

3.2 Mobilisation spontanée ou motivée par les professionnels

Parmi les patientes interrogées, 65,44% s'étaient mobilisées suite à la proposition d'un professionnel de santé. Dans 9,68% des cas, les femmes s'étaient mobilisées spontanément sans aucune proposition d'un tiers (Tableau V). Parmi les 54 parturientes qui n'ont pas eu recours à des positions, 56,67% (n=34) déclaraient ne pas avoir eu envie de se mobiliser et 43,33% (n=26) auraient souhaité se posturer. Les freins à cette mobilisation posturale souhaitée par les patientes mais non réalisée, étaient dus à un manque de temps (42,31%), à un manque d'information (11,54%), à une raison médicale (7,69%), à une raison personnelle (3,85%). Dans 34,62% des cas, les patientes n'avaient pas déclaré de raison.

Tableau V : Proposition de mobilisation et mobilisation spontanée

	Pourcentage de la population concernée (%)	Effectif de la population concernée (n)
Pas de proposition	24,88%	54
Proposition	65,44%	142
- Sage-femme	39,63%	86
- Etudiante sage-femme	3,23%	7
- Obstétricien	0,00%	0
- Interne	0,00%	0
- Autre	0,00%	0
- Sage-femme + étudiante sage-femme	15,67%	34
- Sage-femme + mobilisation spontanée	4,15%	9
- Sage-femme + obstétricien	0,46%	1
- Etudiante sage-femme + mobilisation spontanée	0,46%	1
- Interne + mobilisation spontanée	0,46%	1
- Autre + mobilisation spontanée	0,46%	1
- Sage-femme + étudiante sage-femme + mobilisation spontanée	0,46%	1
- Sage-femme + étudiante sage-femme + interne	0,46%	1
Mobilisation spontanée	9,68%	21

3.3 Mobilisation assistée par du matériel

Les femmes s'étant mobilisées ont eu recours dans 47,13% des situations à du matériel (ballon, galette, suspension).

Dans 52,70% des cas, le matériel avait été obtenu suite à la proposition d'un professionnel, dans 29,73% des situations, le matériel était présent dans la pièce, dans 10,81% des cas, suite à une demande de la parturiente. Le matériel appartenait à la parturiente dans 6,76% des situations.

3.4 L'accompagnement des parturientes

Au cours du travail, 94,01% des parturientes étaient accompagnées. Dans 96,57% des cas, leur conjoint était présent. Les patientes accompagnées déclaraient pour 73,93% d'entre elles, avoir été aidées par la présence d'un accompagnant pour leur mobilisation. Toutefois, 26,48% se sont mobilisées seules, sans aide, malgré la présence d'un accompagnant.

4 Critères étudiés influençant la mobilisation des patientes pendant le premier stade du travail

La réalisation d'une préparation à la naissance et à la parentalité pendant la grossesse n'a pas influencé significativement le recours à des techniques de travail corporel pendant le premier stade du travail ($p=0,086$) (Tableau VI). La présence d'un accompagnant ($p<0,05$), l'utilisation de matériel ($p<0,001$), le fait d'avoir reçu une information sur la mobilisation préalablement à l'accouchement pendant la PNP ($p<0,05$) ont influencé favorablement la pratique de postures maternelles différentes pendant l'accouchement.

Tableau VI : Lien entre les différents critères de l'étude et le recours au travail corporel

	Cohorte	Pas de position n = 60 (27,65%)	Positions (horizontales et/ou verticales) n = 157 (72,35%)	P-value
Age (en années)	<i>n = 217</i>			
Moyenne *	30,09 [4,82]	30,75 [5,18]	29,84 [4,67]	0,238
Situation familiale	<i>n = 217</i>			
Célibataire	5 (2,30 %)	1 (1,67 %)	4 (2,55 %)	0,699
En couple	212 (97,70 %)	59 (98,33 %)	153 (97,45 %)	
Niveau d'étude	<i>n = 217</i>			
< Baccalauréat	7 (3,23 %)	1 (1,67 %)	6 (2,23 %)	0,218
Baccalauréat	62 (28,57 %)	22 (36,67 %)	40 (25,48 %)	
> Baccalauréat	148 (68,20 %)	37 (61,67 %)	111 (70,70 %)	
Origine géographique	<i>n = 217</i>			
France métro	165 (76,04 %)	43 (71,67 %)	122 (77,71 %)	0,571
DOM-TOM	8 (3,69 %)	4 (6,67%)	4 (2,55 %)	
Europe	11 (5,07 %)	3 (5,00 %)	8 (5,10 %)	
Maghreb	15 (6,91 %)	5 (8,33 %)	10 (6,37 %)	
Autre	18 (8,30 %)	5 (8,33 %)	13 (8,28 %)	

<i>(suite Tableau VI)</i>	Cohorte	Pas de position n = 60 (27,65%)	Positions (horizontales et/ou verticales) n = 157 (72,35%)	P-value
Parité	n = 217			
Primipare	99 (45,62 %)	22 (36,67 %)	77 (49,04 %)	0,102
Multipare	118 (54,38 %)	38 (63,33 %)	80 (50,96 %)	
Dilatation à l'admission	n = 164			
≤ 2 cm	16 (9,76 %)	2 (4,26 %)	14 (11,97 %)	0,162
Entre 3 et 5 cm	105 (64,02 %)	29 (61,70 %)	76 (64,96 %)	
≥ 6 cm	43 (26,22 %)	16 (34,04 %)	27 (23,08 %)	
Accouchement	n = 217			
Voie basse spontanée	181 (83,41 %)	53 (88,33 %)	128 (81,53 %)	0,342
Voie basse instrumentale	20 (9,22 %)	5 (8,33 %)	15 (9,55 %)	
César en urgence	16 (7,37 %)	2 (3,33 %)	14 (8,92 %)	
Travail	n = 217			
Spontané	166 (76,50 %)	48 (80,00 %)	118 (75,16 %)	0,452
Déclenché	51 (23,50 %)	12 (20,00 %)	39 (24,84 %)	
ALR **	n = 217			
Avec	189 (87,10 %)	48 (80,00 %)	141 (89,81 %)	0,054
Sans	28 (12,90 %)	12 (20,00 %)	16 (10,19 %)	
Dilatation à la pose de l'ALR **	n = 182			
≤ 5 cm	119 (65,38 %)	27 (60,00 %)	92 (67,15 %)	0,431
Entre 6 et 7 cm	47 (25,82 %)	12 (26,67 %)	35 (25,55 %)	
≥ 8 cm	16 (8,79 %)	6 (13,33 %)	10 (7,30 %)	
Présence d'un accompagnant	n = 217			
	204 (94,01 %)	53 (88,33 %)	151 (96,18 %)	<0,05
Utilisation de matériel	n = 217			
	74 (34,10 %)	5 (8,33 %)	69 (43,95 %)	<0,001
PNP *** réalisée	n = 217			
	118 (54,38 %)	27 (45,00 %)	91 (57,96 %)	0,086
Information mobilisation pendant la PNP ***	n = 118			
Oui	110 (93,22 %)	23 (95,83 %)	87 (95,60 %)	<0,05
Non	8 (6,78 %)	4 (14,81 %)	4 (4,40 %)	
PNP *** réalisée lors d'une grossesse précédente	n = 118			
	80 (68,75 %)	25 (67,57 %)	55 (68,75 %)	0,898
Réalisation d'un projet de naissance	n = 217			
	13 (5,99 %)	5 (8,33 %)	8 (5,1 %)	0,369

* moyenne [\pm écart type associé]

** Analgésie Loco Régionale

*** Préparation à la Naissance et à la parentalité

Le recours à une analgésie loco-régionale dans le premier stade du travail ($p < 0,01$) a influencé favorablement la pratique de postures maternelles horizontales. L'utilisation de matériel ($p = 0,064$) n'a pas influencé de manière significative le recours à des positions horizontales (Tableau VII).

Tableau VII : Lien entre les différents critères et le recours aux positions horizontales

	Cohorte	Pas de position horizontale n = 104 (47,93%)		Positions horizontales (hors décubitus dorsal) n = 113 (52,07%)		P-value	
Age	<i>n = 217</i>						
Moyenne *	30,09	[4,82]	30,25	[5,14]	29,95	[4,53]	0,647
Situation familiale	<i>n = 217</i>						
Célibataire	5	(2,30 %)	1	(0,96 %)	4	(3,54 %)	0,206
En couple	212	(97,70 %)	103	(99,04 %)	109	(96,46 %)	
Niveau d'étude	<i>n = 217</i>						
< Baccalauréat	7	(3,23 %)	3	(2,88 %)	4	(3,54 %)	0,167
Baccalauréat	62	(28,57 %)	36	(34,62 %)	26	(23,01 %)	
> Baccalauréat	148	(68,20 %)	65	(62,50 %)	83	(73,45 %)	
Origine géographique	<i>n = 217</i>						
France métro	165	(76,04 %)	77	(74,04 %)	88	(77,88 %)	0,739
DOM-TOM	8	(3,69 %)	6	(5,77 %)	2	(1,77 %)	
Europe	11	(5,07 %)	4	(3,85 %)	7	(6,19 %)	
Maghreb	15	(6,91 %)	8	(7,69 %)	7	(6,19 %)	
Autre	18	(8,30 %)	9	(8,65 %)	9	(7,96 %)	
Parité	<i>n = 217</i>						
Primipare	99	(45,62 %)	43	(41,35 %)	56	(49,56 %)	0,225
Multipare	118	(54,38 %)	61	(58,65 %)	57	(50,44 %)	
Dilatation à l'admission	<i>n = 164</i>						
≤ 2 cm	16	(9,76 %)	6	(7,89%)	10	(11,36 %)	0,474
Entre 3 et 5 cm	105	(64,02 %)	47	(61,84 %)	58	(65,91 %)	
≥ 6 cm	43	(26,22 %)	23	(30,26 %)	20	(22,73 %)	
Accouchement	<i>n = 217</i>						
Voie basse spontanée	181	(83,41 %)	91	(87,50 %)	90	(79,65 %)	0,053
Voie basse instrumentale	20	(9,22 %)	10	(9,62 %)	10	(8,85 %)	
César en urgence	16	(7,37 %)	3	(2,88 %)	13	(11,50 %)	
Travail	<i>n = 217</i>						
Spontané	166	(76,50 %)	77	(74,04%)	89	(78,76 %)	0,412
Déclenché	51	(23,50 %)	27	(25,96 %)	24	(21,24 %)	
ALR **	<i>n = 217</i>						
Avec	189	(87,10 %)	84	(80,77 %)	105	(92,92 %)	<0,01
Sans	28	(12,90 %)	20	(19,23 %)	8	(7,08 %)	
Dilatation à la pose de l'ALR **	<i>n = 182</i>						
≤ 5 cm	119	(65,38 %)	49	(62,03 %)	70	(67,96 %)	0,269
Entre 6 et 7 cm	47	(25,82 %)	20	(25,32 %)	27	(26,21 %)	
≥ 8 cm	16	(8,79 %)	10	(12,66 %)	6	(5,83 %)	

<i>(suite Tableau VII)</i>	Cohorte	Pas de position horizontale n = 104 (47,93%)	Positions horizontales (hors décubitus dorsal) n = 113 (52,07%)	P-value
Présence d'un accompagnant	<i>n = 217</i>			
	204 (94,01 %)	96 (92,31 %)	108 (95,58 %)	0,311
Utilisation de matériel	<i>n = 217</i>			
	74 (34,10 %)	29 (27,88 %)	45 (39,82 %)	0,064
PNP *** réalisée	<i>n = 217</i>			
	118 (54,38 %)	54 (51,92 %)	64 (56,64 %)	0,486
Information mobilisation pendant la PNP ***	<i>n = 118</i>			
Oui	110 (93,22 %)	51 (91,07 %)	59 (95,16 %)	0,410
Non	8 (6,78 %)	5 (8,93 %)	3 (4,84 %)	
PNP *** réalisée pour grossesse précédente	<i>n = 118</i>			
	80 (68,75 %)	39 (65,00 %)	41 (71,93 %)	0,420
Réalisation d'un projet de naissance	<i>n = 217</i>			
	13 (5,99 %)	7 (6,73 %)	6 (5,31 %)	0,659

* moyenne [\pm écart type associé]

** Analgésie Loco Régionale

La réalisation d'une préparation à la naissance et à la parentalité pendant la grossesse ($p < 0,01$) et le fait d'avoir reçu une information sur la mobilisation à l'accouchement ($p < 0,05$) au cours de celle-ci, ainsi, que l'utilisation de matériel ($p < 0,001$) au cours du premier stade de l'accouchement ont influencé favorablement la pratique de postures maternelles verticales pendant l'accouchement (Tableau VIII).

Tableau VIII : Lien entre les différents critères et le recours aux positions verticales

	Cohorte	Pas de positions verticales n = 119 (54,84%)	Positions verticales n = 98 (45,16%)	P-value
Age (en années)	<i>n = 217</i>			
Moyenne *	30,09 [4,82]	30,09 [5,04]	30,09 [4,57]	0,999
Situation familiale	<i>n = 217</i>			
Célibataire	5 (2,30 %)	3 (2,52 %)	2 (2,04 %)	0,814
En couple	212 (97,70 %)	116 (97,48 %)	96 (97,96 %)	
Niveau d'étude	<i>n = 217</i>			
< Baccalauréat	7 (3,23 %)	4 (3,36 %)	3 (3,06 %)	0,306
Baccalauréat	62 (28,57 %)	39 (32,77 %)	23 (23,47 %)	
> Baccalauréat	148 (68,20 %)	76 (63,87 %)	72 (73,47 %)	

<i>(suite Tableau VIII)</i>	Cohorte	Pas de positions verticales n = 119 (54,84%)		Positions verticales n = 98 (45,16%)		P-value
Origine géographique	<i>n = 217</i>					
France métro	165 (76,04%)	88 (73,95%)	77 (78,57%)			
DOM-TOM	8 (3,69%)	4 (3,36%)	4 (4,08%)			
Europe	11 (5,07%)	5 (4,20%)	6 (6,12%)			0,336
Maghreb	15 (6,91%)	11 (9,24%)	4 (4,08%)			
Autre	18 (8,30%)	11 (9,24%)	7 (7,14%)			
Parité	<i>n = 217</i>					
Primipare	99 (45,62%)	52 (43,70%)	47 (47,96%)			0,530
Multipare	118 (54,38%)	67 (56,30%)	51 (52,04%)			
Dilatation à l'admission	<i>n = 164</i>					
≤ 2 cm	16 (9,76%)	8 (8,70%)	8 (11,11%)			
Entre 3 et 5 cm	105 (64,02%)	58 (63,04%)	47 (65,28%)			0,739
≥ 6 cm	43 (26,22%)	26 (28,26%)	17 (23,61%)			
Accouchement	<i>n = 217</i>					
Voie basse spontanée	181 (83,41%)	104 (87,39%)	77 (78,57%)			
Voie basse instrumentale	20 (9,22%)	8 (6,72%)	12 (12,24%)			0,215
César en urgence	16 (7,37%)	7 (5,88%)	9 (9,18%)			
Travail	<i>n = 217</i>					
Spontané	166 (76,50%)	94 (78,99%)	72 (73,47%)			0,340
Déclenché	51 (23,50%)	25 (21,01%)	26 (26,53%)			
ALR **	<i>n = 217</i>					
Avec	189 (87,10%)	106 (89,08%)	83 (84,69%)			0,338
Sans	28 (12,90%)	13 (10,92%)	15 (15,31%)			
Dilatation à la pose de l'ALR **	<i>n = 182</i>					
≤ 5 cm	119 (65,38%)	67 (66,34%)	52 (64,20%)			
Entre 6 et 7 cm	47 (25,82%)	27 (26,73%)	20 (24,69%)			0,607
≥ 8 cm	16 (8,79%)	7 (6,93%)	9 (11,11%)			
Présence d'un accompagnant	<i>n = 217</i>					
	204 (94,01%)	109 (91,60%)	95 (96,94%)			0,099
Utilisation de matériel	<i>n = 217</i>					
	74 (34,10%)	21 (17,65%)	53 (54,08%)			<0,001
PNP *** réalisée	<i>n = 217</i>					
	118 (54,38%)	55 (46,22%)	63 (64,29%)			<0,01
Information mobilisation pendant la PNP ***	<i>n = 118</i>					
Oui	110 (93,22%)	48 (87,27%)	62 (98,41%)			<0,05
Non	8 (6,78%)	7 (12,73%)	1 (1,59%)			
PNP réalisée pour grossesse précédente	<i>n = 118</i>					
	80 (68,75%)	46 (69,70%)	34 (66,67%)			0,727
Réalisation d'un projet de naissance	<i>n = 217</i>					
	13 (5,99%)	7 (5,88%)	6 (6,12%)			0,941

* moyenne [\pm écart type associé]

** Analgésie Loco Régionale

*** Préparation à la Naissance et à la parentalité

En conclusion, le fait d'avoir bénéficié d'une analgésie loco-régionale ($p < 0,05$) a favorisé significativement la pratique de positions horizontales, la réalisation d'une préparation à la naissance et à la parentalité pendant la grossesse ($p = 0,06$) semble avoir favorisée le recours aux positions verticales de façon non significative et le recours à du matériel ($p < 0,001$) a été un élément favorisant la mobilisation pendant le travail quelque soit la position utilisée.

Tableau IX : Lien entre les différents critères et le recours aux différentes positions

	Décubitus dorsal N = 60 (27,65 %)		Positions horizontales n = 59 (27,19 %)		Positions verticales n = 44 (20,28 %)		Positions horizontales et verticales n = 54 (24,88 %)		P-value
Age (en années)	<i>n = 217</i>								
Moyenne *	30,75	[5,18]	29,42	[4,84]	29,57	[5,06]	30,52	[4,13]	0,365
Situation familiale	<i>n = 217</i>								
Célibataire	1	(1,67 %)	2	(3,39 %)	0	(0,00 %)	2	(3,70 %)	0,588
En couple	59	(98,33 %)	57	(96,61 %)	44	(100,00 %)	52	(96,30 %)	
Niveau d'étude	<i>n = 217</i>								
< Baccalauréat	1	(1,67 %)	3	(5,08 %)	2	(4,55 %)	1	(1,85 %)	0,253
Baccalauréat	22	(36,67 %)	17	(28,81 %)	14	(31,82 %)	9	(16,67 %)	
> Baccalauréat	37	(61,67 %)	39	(66,10 %)	28	(63,64 %)	44	(81,48 %)	
Origine géographique	<i>n = 217</i>								
France métro	43	(71,67 %)	45	(76,27 %)	34	(77,27 %)	43	(79,63 %)	0,572
DOM-TOM	4	(6,67 %)	0	(0,00 %)	2	(4,55 %)	2	(3,70 %)	
Europe	3	(5,00 %)	2	(3,39 %)	1	(2,27 %)	5	(9,26 %)	
Maghreb	5	(8,33 %)	6	(10,17 %)	3	(6,82 %)	1	(1,85 %)	
Autre	5	(8,33 %)	6	(10,17 %)	4	(9,10 %)	3	(5,56 %)	
Parité	<i>n = 217</i>								
Primipare	22	(36,67 %)	30	(50,85 %)	21	(47,73 %)	26	(48,15 %)	0,422
Multipare	38	(63,33 %)	29	(49,15 %)	23	(52,27 %)	28	(51,85 %)	
Dilatation à l'admission	<i>n = 164</i>								
≤ 2 cm	2	(4,26 %)	6	(13,33 %)	4	(13,79 %)	4	(9,30 %)	0,644
Entre 3 et 5 cm	29	(61,70 %)	29	(64,44 %)	18	(62,07 %)	29	(67,44 %)	
≥ 6 cm	16	(34,04 %)	10	(22,22 %)	7	(24,14 %)	10	(23,26 %)	
Accouchement	<i>n = 217</i>								
Voie basse spontanée	53	(88,33 %)	51	(86,44 %)	38	(86,36 %)	39	(72,22 %)	0,112
Voie basse instrumentale	5	(8,33 %)	3	(5,08 %)	5	(11,36 %)	7	(12,96 %)	
César en urgence	2	(3,33 %)	5	(8,47 %)	1	(2,27 %)	8	(14,81 %)	
Travail	<i>n = 217</i>								
Spontané	48	(80,00 %)	46	(77,97 %)	29	(65,91 %)	43	(79,63 %)	0,318
Déclenché	12	(20,00 %)	13	(22,03 %)	15	(34,09 %)	11	(20,37 %)	

<i>(suite Tableau IX)</i>	Décubitus dorsal N = 60 (27,65 %)	Positions horizontales n = 59 (27,19 %)	Positions verticales n = 44 (20,28 %)	Positions horizontales et verticales n = 54 (24,88 %)	P-value
ALR **	<i>n = 217</i>				
Avec	48 (80,00 %)	58 (98,31 %)	36 (81,82 %)	47 (87,04 %)	<0,05
Sans	12 (20,00 %)	1 (1,69 %)	8 (18,18 %)	7 (12,96 %)	
Dilatation à la pose de l'ALR **	<i>n = 182</i>				
≤ 5 cm	27 (60,00 %)	40 (71,43 %)	22 (64,71 %)	30 (63,83 %)	0,501
Entre 6 et 7 cm	12 (26,67 %)	15 (26,79 %)	8 (23,53 %)	12 (25,53 %)	
≥ 8 cm	6 (13,33 %)	1 (1,79 %)	4 (11,76 %)	5 (10,64 %)	
Présence d'un accompagnant	<i>n = 217</i>				
	53 (88,33 %)	56 (94,92 %)	43 (97,73 %)	52 (96,30 %)	0,165
Utilisation de matériel	<i>n = 217</i>				
	5 (8,33 %)	16 (27,12 %)	24 (54,55 %)	29 (53,70 %)	<0,001
PNP *** réalisée	<i>n = 217</i>				
	27 (45,00 %)	28 (47,46 %)	27 (61,36 %)	36 (66,67 %)	0,06
Information mobilisation pendant la PNP ***	<i>n = 118</i>				
Oui	23 (95,83 %)	24 (89,29 %)	28 (96,55 %)	35 (97,22 %)	0,129
Non	4 (14,81 %)	2 (10,71 %)	1 (3,45 %)	1 (2,78 %)	
PNP *** réalisée lors d'une grossesse précédente	<i>n = 118</i>				
	25 (67,57 %)	21 (72,41 %)	14 (60,87 %)	20 (71,43 %)	0,813
Réalisation d'un projet de naissance	<i>n = 217</i>				
	5 (8,33 %)	2 (3,39 %)	2 (4,55 %)	4 (7,41 %)	0,648

* moyenne [± écart type associé]

** Analgésie Loco Régionale

*** Préparation à la Naissance et à la parentalité

DISCUSSION

1 Limites de l'étude

Le premier point est celui de la taille de la cohorte qui est de 217 patientes interrogées, ce qui peut expliquer en partie la non significativité de certains résultats.

Le deuxième point est celui du manque d'informations médicales concernant le déroulement du travail (la durée du travail, le recours aux ocytociques, les anomalies de rythme cardiaque fœtal, la présentation fœtale, les dystocies éventuelles) des parturientes. En effet, il aurait été intéressant d'intégrer ces données aux résultats comme par exemple l'étude de Lepleux F. et Riou C. [58] réalisée en 2012 au CHU de Caen qui avait mis en évidence le lien significatif entre la dystocie au cours du travail et la mobilisation des femmes. Cependant, nous étions dans l'incapacité par manque de temps, de ressources humaines et de faisabilité de recueillir et intégrer ces données.

Le troisième point est celui de l'uni centrisme de cette étude. La comparaison multicentrique de l'analyse du travail corporel aurait été très intéressante afin de comparer les différents niveaux des maternités. La prise en charge de la mobilisation diffère peut-être selon la maternité, son activité, la formation éventuelle des sages-femmes ?

Le quatrième point est un biais de mémorisation. Certaines parturientes ont pu avoir du mal à se souvenir des différentes positions utilisées notamment lorsque le travail a été long et douloureux.

Le dernier point est le fait qu'il n'est pas possible de déterminer précisément si l'utilisation des différentes positions ont eu lieu lors du premier stade du travail ou lors du deuxième pour favoriser l'engagement.

2 Points forts de l'étude

Le taux de réponse au questionnaire (82,7%) et le taux de données exploitables (78,3%) étaient satisfaisants. Ces résultats sont probablement expliqués par le fait que la distribution des questionnaires a été réalisée en mains propres associée à la présentation du travail de recherche aux participantes. De plus, la régularité et la fréquence des distributions ont permis l'obtention d'un nombre de réponses correctes.

3 Les caractéristiques de la population

3.1 Les caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen de notre population était de 30,09 ans, il était donc représentatif de la moyenne nationale qui était de 30,3 ans en 2013 [59].

La parité moyenne de cet échantillon était de 1,79 enfants par femme à l'issue de l'accouchement. Ce taux est légèrement inférieur à celui de la population générale française qui était de 1,99 enfants par femme en 2014 [60]. Cette différence peut s'expliquer par une baisse du taux de fécondité ou par nos critères d'inclusion. D'autre part, le pourcentage de primipares donnant naissance était de 45,62% dans notre étude, il était donc proche du taux national de 43,4% en 2010 [7].

La majorité des femmes vivaient en couple au moment de la naissance, 97,7% dans notre population et 42,40% d'entre elles étaient mariées. Au niveau national, en 2010, les femmes vivant en couple représentaient 92,8% et 47,3% étaient mariées [7]. Il existe une légère différence dans ces résultats qui peut s'expliquer par l'échantillonnage de la population et/ou l'évolution de la société.

Parmi les femmes ayant répondu au questionnaire, 83,87% d'entre elles étaient titulaires du baccalauréat et 67,74% avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat. En 2010, 51,8% des parturientes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat au niveau national [7]. Cette différence s'explique probablement par l'unicentrisme de cette étude. Le niveau d'étude est supérieur dans les grandes aires urbaines où l'on

retrouve majoritairement les fonctions liées aux prestations intellectuelles, à la conception, à la recherche, au commerce inter-entreprises et à la gestion [61].

Les femmes d'origine étrangère représentaient 20,3% des réponses ce qui est proche du taux de 18,2% au niveau national en 2010 [7].

3.2 Les caractéristiques de l'accouchement

Dans notre population, les accouchements par voie basse spontanée représentaient 83,41%, les accouchements par voie basse instrumentale représentaient 9,22% et les accouchements par césarienne 7,37%. En 2010, dans la population nationale, les accouchements par voie basse spontanée, par voie basse instrumentale et par césarienne représentaient respectivement 66,9%, 12,1% et 21,0% [7]. Cette différence notable peut s'expliquer par les critères d'exclusion de notre étude. En effet, ont été exclues toutes les parturientes ayant accouché prématurément, par césarienne programmée ou ayant accouché d'une présentation non céphalique. Ainsi, la situation de bas risque obstétrical permet une diminution du nombre de césarienne et d'extraction instrumentale.

Presque deux tiers des femmes admises à la maternité en travail spontané étaient arrivées entre trois et cinq centimètres de dilatation du col de l'utérus et un quart des femmes ont été admises à six centimètres ou plus. Cela signifie que ces parturientes ont eu à gérer leur début de travail et les premières contractions à domicile et elles n'ont pas été interrogées sur cette phase de leur travail.

Le travail a été induit chez 23,5% des parturientes de notre population. Ce résultat est cohérent avec les 22,7% des femmes déclenchées en 2010 [7].

Les femmes de cette étude ont bénéficié à 87,1% d'une analgésie loco-régionale. Ce résultat n'est pas représentatif du taux national de 81,4% en 2010 [7]. Cette différence s'explique probablement par l'unicentrisme de cette étude. En effet, la maternité de niveau III de la région Auvergne bénéficie d'un médecin anesthésiste réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24 dans l'unité d'obstétrique, ce qui n'est pas le cas dans toutes les unités d'obstétrique [62].

La pose de l'analgésie loco-régionale a été réalisée au début du premier stade du travail (avant 5 centimètres de dilatation du col de l'utérus) pour près de la moitié des femmes en ayant bénéficié (47,09%) et pour 40,74% des parturientes, la pose a eu lieu entre 5 et 7 centimètres de dilatation. D'après la dilatation cervicale moyenne à l'admission (4,55 cm) et lors de la mise en place de l'ALR (4,89 cm), l'ALR a été mise en place rapidement après l'admission pour la majorité de la population.

3.3 La réalisation de la préparation à la naissance et à la parentalité

Plus de la moitié des femmes interrogées avaient effectué une préparation à la naissance et à la parentalité. Pour 93,22% des parturientes ayant effectué une PNP, une information sur le travail corporel avait été réalisée. La raison pour laquelle les femmes n'ont pas bénéficié de cette information ne leur a pas été demandé. Il n'est donc pas possible de savoir si l'information n'a pas été communiquée au cours de la PNP ou bien que les séances de PNP n'ont pas été suivies dans leur totalité. Cette information sur le travail corporel s'avère utile car 85,32% des femmes en ayant bénéficié ont déclaré que leur mobilisation avait été aidée par celle-ci.

Notons que les primipares (79,80%) ont plus facilement recours à des séances de PNP que les multipares (33,05%). Les femmes ont probablement plus tendance à se diriger vers une préparation à la naissance pour leur première grossesse. Au niveau national, en 2010, une PNP a été réalisée par 73,2% des primipares et 28,5% des multipares [7]. Le pourcentage supérieur de participation dans notre population s'explique certainement par les critères d'exclusions et principalement l'exclusion des accouchements prématurés pour qui la PNP est moins réalisée.

La préparation à la naissance et à la parentalité la plus couramment effectuée était de type classique (40,68%), elle était fréquemment associée à une autre méthode (29,66%). Parmi les autres types de méthodes, ce sont les PNP via la sophrologie, le yoga ou la piscine qui ont été les plus suivies alors que l'haptonomie et le chant prénatal ont été peu pratiqués. La répartition des différentes méthodes est certainement liée aux propositions des sages-femmes qui effectuent la PNP ainsi qu'à l'accessibilité et la

proximité géographique des différentes offres des sages-femmes que ce soit en libéral ou en hospitalier [63].

4 Les pratiques posturales maternelles au cours du premier stade du travail

Les femmes qui ont utilisé des postures au cours du premier stade du travail étaient majoritaires (72,35%). Cependant, le nombre moyen de positions utilisées était de 1,32 (+/- 1,26) et les parturientes avaient utilisé entre une et trois positions différentes seulement pour 66,82% des patientes interrogées.

La position la plus utilisée dans notre étude était le décubitus latéral (52,6%), les positions assises ont été régulièrement utilisées, sur le ballon (23,3%), sur une chaise (5,6%) et avec une traction (4,2%). L'utilisation de la baignoire (9,8%), de la position accroupie (9,3%) et de la position à « quatre pattes » (6%) ont été retrouvées moins fréquemment. D'autres positions diverses ont également été pratiquées (14%).

Dans leur étude prospective, Lepleux F. et Riou C. [58] avaient interrogé 1 906 patientes quant à leur mobilisation pendant le travail. Selon leur définition (au moins trois changements de position), 43,4% des femmes s'étaient mobilisées. Suivant cette même définition, seulement 14,75% des patientes interrogées dans notre étude ont utilisé au moins trois positions. Lepleux F. et Riou C. avaient observé dans leur étude que les positions les plus utilisées étaient : la position assise aménagée (26,81%), le décubitus latéral aménagé (20,94%) et la position assise non aménagée (19,30%). Les positions les moins utilisées étaient : accroupie suspendue (0,83%), à quatre pattes (1,89%) et la position de Rosa (2,59%). Ces différences s'expliquent en partie par le fait que Lepleux F. et Riou C. avaient exclu de leur population les femmes admises avec une dilatation cervicale supérieure à 6 cm. D'autre part, il est possible que les équipes de la maternité informées de l'étude aient été plus vigilantes à la mobilisation des femmes et à l'alternance des positions.

En 2010, le Royal College of Midwives [42] avait réalisé une étude auprès de 24 maternités et 929 femmes afin de déterminer les positions utilisées par les femmes pendant le travail. Le décubitus latéral a été utilisé chez 3% des femmes, les positions

assises sur un ballon chez 13% des participantes et chez 4% sur une chaise. La position debout en traction (20%), la position accroupie (4%) et la position à quatre pattes (22%) étaient les postures principalement utilisées dans l'enquête du Royal College of Midwives. Les différences observées avec les résultats de notre étude peuvent être en partie expliquées par les pratiques obstétricales différentes au Royaume-Uni : « One To One » (une sage-femme pour chaque patiente), un suivi individualisé et l'importante place des accouchements en maison de naissance et à domicile [64]. Dans l'étude du Royal College of Midwives, 26% des parturientes ont accouché dans une maison de naissance et 1% à domicile. D'autre part le recours à l'analgésie péridurale au Royaume-Uni est de 50% [8] contre 87,10% dans notre étude. Cependant, le taux de recours à l'analgésie péridurale n'est pas documenté dans l'étude du Royal College of Midwives.

D'autre part, il apparaît clairement qu'une fois admises à la maternité, les parturientes s'étaient mobilisées majoritairement suite à la proposition d'un professionnel de santé (65,44%). Dans la plupart des cas, c'est la sage-femme qui a été à l'origine de cette mobilisation. Dans 39,63% des propositions, elle était seule alors que dans 15,67% des cas, la sage-femme était à l'origine de la mobilisation avec une étudiante sage-femme. Ces données soulignent l'importance d'un accompagnement des parturientes individualisé.

Le recours à du matériel a eu lieu dans la moitié des situations de mobilisation. Là encore, la proposition d'un professionnel de santé était à l'origine de 52,70% dans l'obtention de matériel. Les salles aménagées semblent alors trouver toute leur place pour une plus grande liberté posturale durant le travail.

5 Critères étudiés influençant la mobilisation des patientes pendant le premier stade du travail

L'accompagnement de la parturiente par une personne de son entourage (conjoint) influence favorablement le travail postural. En effet, l'accompagnant peut être un élément rassurant pour les parturientes et peut servir de guide pour les femmes dans leur mobilisation. A fortiori, si il a reçu une information sur le travail corporel lors de séances de PNP.

Le recours à une analgésie loco-régionale apparaît comme favorisant quant à la pratique de positions horizontales pendant le travail. Il est vrai que l'analgésie loco-régionale limite la variété des postures utilisables [3,4]. De plus, avec la diminution de la douleur, les femmes ressentent moins la nécessité de se mobiliser. Dans notre étude, 87% des patientes ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Le recours à des postures horizontales des patientes interrogées a été facilité de manière significative par l'ALR. De plus, les postures horizontales semblaient plus utilisées dans notre étude (52%) que dans l'étude du royal collège [42] (3% en décubitus latéral et 26% en position semi-allongée). Le décubitus latéral a été largement utilisé. Toutefois, les postures verticales ont été moins utilisées dans notre étude, or on connaît leur intérêt obstétrical pour faciliter la concordance des axes de poussée et d'engagement, atténuer les douleurs et réduire la durée du travail.

L'utilisation de matériel aide de façon significative le recours au travail postural. Il est clair que les parturientes ayant eu à leur disposition un ballon, une galette, une suspension, avaient majoritairement réalisé un travail corporel et notamment des positions verticales. En effet, il n'y a pas de lien significatif entre l'utilisation de matériel et le recours aux positions horizontales. Il apparaît donc comme primordial de mettre du matériel à la disposition des femmes dans les salles d'accouchement et via des salles aménagées. D'autre part, proposer le matériel aux femmes semble être un élément déterminant afin d'encourager leur utilisation.

La participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité permet de manière significative l'utilisation de positions verticales au cours du travail.

Peut-être que cette préparation a permis de renforcer la capacité d'action de ces parturientes.

Vraisemblablement, l'information que peuvent recevoir les parturientes sur le travail corporel au cours de la PNP est capitale. Il a été mis en évidence que cette information facilite la mobilisation de façon significative et particulièrement les positions verticales. Lepleux F. et Riou C. [58] avaient également pu mettre en évidence dans leur étude, une différence significative de mobilisation entre les femmes ayant reçu une information (48,64%) et celles n'en ayant pas bénéficié (33,54%). Il s'avère nécessaire d'encourager les femmes à réaliser une PNP et d'informer les femmes sur le travail corporel.

6 Projet d'action

D'après les résultats de cette étude, plusieurs points sembleraient intéressants à développer ou à améliorer.

Dans un premier temps, il paraît judicieux de communiquer ces résultats auprès des équipes de la maternité où ce travail a été réalisé. Cela pourrait permettre d'ouvrir une réflexion sur la pratique des sages-femmes. Plus largement, auprès des étudiantes, des sages-femmes, pour encourager et sensibiliser au travail corporel. Les sages-femmes ont toute leur place dans l'aide à la mobilisation, en encourageant les femmes à suivre des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, en réalisant ces dernières et en informant les futures mères sur ce travail postural au moment de la naissance. Elles trouvent également leur place dans l'accompagnement au cours du travail, où elles sont à l'origine d'un bon nombre de mobilisations. Elles aident également les parturientes pendant leur travail à se posturer en leur proposant le matériel adapté. Toutes ces pratiques sont à encourager et à développer.

Dans un deuxième temps, la poursuite de cette enquête dans le but d'obtenir plus de puissance serait également envisageable afin de vérifier si les résultats observés se confirment et pourquoi pas les approfondir.

Pour finir, il semble évident que le recours à des salles aménagées pour permettre aux femmes de se mobiliser plus facilement et que le développement des Maisons de Naissance en France permettrait, via un accompagnement individualisé des femmes, des pratiques posturales plus importantes et plus variées.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude reposait sur l'étude la pratique posturale pendant le premier stade du travail en raison de l'incidence de la mobilisation sur la douleur, la mécanique obstétricale et donc le vécu par la famille de l'accouchement.

Lors de notre étude, nous avons mis en évidence que le recours à l'analgésie loco-régionale facilitait de manière significative, l'utilisation de postures horizontales et plus particulièrement, en décubitus latéral. Cependant, ces postures sont relativement classiques et peu diversifiées.

Néanmoins, nous pouvons nous interroger si un accompagnement plus personnalisé et individuel des femmes par les sages-femmes, aurait permis une diminution du pourcentage de femmes sous analgésie loco-régionale pendant le travail et un recours plus fréquent aux postures verticales.

En France, une réflexion sur les méthodes d'accompagnement des femmes pendant l'accouchement a été engagé depuis quelques années.

Il apparaît également que les sages-femmes jouent un rôle essentiel et influent directement sur le nombre de femmes qui se mobilisent.

En premier lieu au travers de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité qui est souvent le premier espace de prise de conscience de l'importance du travail corporel au cours de l'accouchement.

En deuxième lieu, les sages-femmes, par leur accompagnement individualisé lors du premier stade de travail et les suggestions de mobilisation qu'elles pourront faire seront déterminantes.

Enfin, en troisième lieu, l'accès au matériel d'aide à la mobilisation (galette, ballon, suspension, etc...) influera également sur les pratiques de mobilisation des femmes.

De fait, les principaux axes de progrès visant à la généralisation d'une mobilisation optimale pendant le premier stade du travail sont la formation et la sensibilisation des sages-femmes étudiantes ou diplômées, et plus largement tous les intervenants auprès des parturientes. Une amélioration du nombre des sages-femmes pour faciliter leur disponibilité et individualiser l'accompagnement. Le développement de salles de naissance aménagées avec du matériel adapté. Et œuvrer pour le développement en France des Maisons de Naissance qui permettent cet accompagnement individualisé.

Selon Voltaire, « *Le présent accouche, dit-on, de l'avenir* ». Alors souhaitons que cette étude participe, même modestement, à la marche en avant du progrès pour le bien-être des nouveaux nés, des mères et des pères.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Fernand Leroy. Histoire de naître: de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. De Boeck Université. 2002.
2. H. Robert. L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales [Internet]. [Ecole de sages-femmes]: Université de Bordeaux; 2014. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076699/document>
3. M. Veyrac. Analgésie péridurale obstétricale : l'information des parturientes est-elle suffisante et adaptée pour un consentement libre et éclairé ? [Internet]. Ecole de sages-femmes de Grenoble; 2011 [cité 9 avr 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00618077/document>
4. D. Noirclere. La mobilité des parturientes en salle de naissance - La pratique actuelle des sages-femmes [Internet]. École de Sages-femmes de Metz; 2010. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2010_NOIRCLERE_DAISSY.pdf
5. M. Palot, C. Conseiller, P. Dailland, Y. Delport, D. Fillette, F. Fraioli, et al. Recommandations concernant la pratique de l'analgésie obstétricale [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation; 1992 sept [cité 9 avr 2016]. Disponible sur: http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_SFAR_Recommandations-concernant-la-pratique-l-analgésie-obstetricale.pdf
6. Martine WCISLO SESI, Béatrice BLONDEL. Enquête nationale périnatale 1995 [Internet]. 1996 [cité 29 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1623.html>
7. Béatrice BLONDEL, Morgane KERMARREC. Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 [cité 29 mai 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
8. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, A. Mignon, F. Mercier, N. Verroust. Analgésie obstétricale : alternatives à la péridurale [Internet]. 2007. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_057_mignon.pdf
9. Colegio de farmacéuticos de entre rios. España: por un regreso a la naturalidad del parto [Internet]. 2007 [cité 29 mai 2016]. Disponible sur: http://www.cofaer.org.ar/vernoticia.php?id=896&var_bd=noticia&tiponoticia=9
10. Inserm. En France, la péridurale est fréquente chez les femmes qui souhaitent accoucher sans [Internet]. [cité 8 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-recherche/en-france-la-peridurale-est-frequence-chez-les-femmes-qui-souhaitaient-accoucher-sans>
11. N. Dutriaux. Recours à la péridurale : les femmes et les sages-femmes ont-elles encore le choix ? Rev Sage-Femme. févr 2016;15(1):1-2.

12. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique - Rapport d'un groupe de travail technique [Internet]. 1997. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf
13. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal. /data/revues/03682315/00320002/183/. 9 mars 2008;32(2):183-6.
14. Haute Autorité de Santé. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal [Internet]. 2002 [cité 9 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240535/fr/interet-et-indications-des-modes-de-surveillance-du-rythme-cardiaque-foetal-au-cours-de-l-accouchement-normal
15. J.-P. SCHAAL. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail [Internet]. Paris: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français; 2007 déc [cité 9 avr 2016] p. 371-90. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf
16. F. Mambour, J. Gailly, W.-H. Zhang. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [Internet]. Centre fédéral d'expertise des soins de santé; 2010 [cité 9 avr 2016]. Report No.: 139B. Disponible sur: http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/national-guidelines/kce_139b_recommandations_accouchement___bas_risque.pdf
17. La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'antepartum et intrapartum. J D'obstétrique Gynécologie Can [Internet]. sept 2007 [cité 11 mai 2016];29(9). Disponible sur: <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/gui197CPG0709f.pdf>
18. Vintzileos AM, Nochimson DJ, Guzman ER, Knuppel RA, Lake M, Schifrin BS. Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation: a meta-analysis. Obstet Gynecol. janv 1995;85(1):149-55.
19. Alfirovic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cité 26 juin 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006066.pub2/abstract>
20. J.-P. Schaal, V. Equy, P. Hoffman. Postures au cours du travail (sans l'expulsion) [Internet]. Grenoble: Collège national des gynécologues et obstétriciens français; 2008 mars. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_071_schaal.pdf
21. B. Calais-Germain, N. Vives Parés. Analyse des principales positions d'accouchement. In: Bouger en accouchant. DésIris. 2009. p. 114-45. (Le geste anatomique).

22. Université Médicale Virtuelle Francophone. Le travail : mécanique obstétricale - surveillance - partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail) [Internet]. 2011. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/cours.pdf
23. C. Racinet, S. Brement, C. Lucas, Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement [Internet]. 2008 [cité 2 juin 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf
24. Jessica Dy. Déroulement clinique du travail normal. In: Accouchement & Naissance. Maloine. J.-L. Pradel; 2014. p. 119-41.
25. M. Nésen. Gestion du travail d'accouchement: pratiques déclarées par les sages-femmes d'Auvergne [Internet]. [Ecole de sages-femmes]: Université d'Auvergne – Clermont 1; 2013 [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00903650/document>
26. Université Médicale Virtuelle Francophone. La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col [Internet]. 2011 [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVfmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-travaildebut.pdf>
27. Université Paris 5. Dilatation du col utérin [Internet]. 2006 [cité 16 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/mto/poly/15000faq.asp#ico1>
28. Jacques PETER. Phénomènes mécaniques de l'accouchement normal [Internet]. 2010 [cité 19 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.gyneobs.com/gyneobs/Mecanique.html>
29. Université Médicale Virtuelle Francophone. Le bassin obstétrical [Internet]. 2011 [cité 17 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVfmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-bassinobstetrical.pdf>
30. Collège PACA de Médecine d'Urgence. Accouchement inopiné en dehors de la maternité et réanimation de l'enfant [Internet]. 2007 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.copacamu.org/spip.php?article511>
31. Université Paris 5. Iconographies (Rotation intra-pelvienne) [Internet]. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/17000ico.asp>
32. Anne Sarrazin. Mécanisme de l'accouchement en présentation du sommet [Internet]. 2010 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/mecanisme_accouchement_sommetbis/site/html/1_2.html
33. B. Calais-Germain, N. Vives Parés. Le bassin c'est quoi ? C'est comment ? In: Bouger en accouchant. DésIris. 2009. p. 13-39. (Le geste anatomique).

34. Dante Pascali. Pelvis : os, articulations et ligaments. In: Accouchement & Naissance. Maloine. J.-L. Pradel; 2014. p. 3-8.
35. Passion : Sage-Femme. La mobilité obstétricale: Introduction [Internet]. Passion : Sage~Femme. 2010 [cité 26 juill 2016]. Disponible sur: <http://passion-sage-femme.over-blog.com/archive/2010-05/>
36. Glenn D. Posner. Pelvis obstétrical. In: Accouchement & Naissance. Maloine. J.-L. Pradel; 2014. p. 37-52.
37. B. Calais-Germain, N. Vives Parés. Quelques mots clés pour comprendre. In: Bouger en accouchant. DésIris. 2009. p. 41-9. (Le geste anatomique).
38. Université Paris 5. Iconographie (Excavation pelvienne) [Internet]. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/17001ico.asp>
39. Université Paris 5. Engagement [Internet]. 2006 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/16000fra.asp>
40. Ucp Muscu. L'importance du placement des Hanches : Performance, Santé, Esthétique [Internet]. 2013 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ucpmuscu.com/performance-sante-esthetique-limportance-des-hanches>
41. C. Lucas, C. Racinet, Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Positions maternelles pour l'accouchement [Internet]. 1998 [cité 7 juin 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1998_GO_331_racinet.pdf
42. The Royal College of Midwives Trust. The Royal College of Midwives Survey of Positions used in Labour and Birth - Final report [Internet]. 2010. Disponible sur: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Birth%20position%20Report%20FINAL%20Aug2011_0.pdf
43. Claude Racinet. Position maternelle de l'accouchement [Internet]. 2006 [cité 5 août 2015]. Disponible sur: <http://www.sunsimiao.org/article62.html>
44. Roberts CL, Algert CS, Olive E. Impact of first-stage ambulation on mode of delivery among women with epidural analgesia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. déc 2004;44(6):489-94.
45. Allahbadia G, Vaidya P. Squatting position for delivery. J Indian Med Assoc. janv 1993;91(1):13-6.
46. Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. Httpwwwem-Premiumcomsicdclermont-Univ. nov 2004;3(5):197-203.
47. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (2):CD003934.

48. Roberts JE, Mendez-Bauer C, Wodell DA. The Effects of Maternal Position on Uterine Contractility and Efficiency. *Birth*. 1 déc 1983;10(4):243-50.
49. Melzack R, Bélanger E, Lacroix R. Labor pain: effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage*. nov 1991;6(8):476-80.
50. N. Goury. La rotation des fémurs: incidence sur les détroits moyens et supérieurs du bassin. École de Sages-femmes de Strasbourg; 2001.
51. F. Venditelli. Position allongée ou verticale durant le deuxième stade du travail : revue des méta-analyses. Paris: Arnette; 1998. 166-177 p.
52. Brément S, Giard C, Racinet C. Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et périnataux. *Rev Sage-Femme*. 1 juin 2005;4(3):115-23.
53. Marie-France Morel. Société d'Histoire de la Naissance - Histoire de la douleur dans l'accouchement [Internet]. 2012 [cité 1 août 2015]. Disponible sur: <http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>
54. P. Poirier. La préparation à la naissance et à la parentalité, ce qu'en savent les futurs parents [Internet]. [Ecole de Sages-femmes René ROUCHY]: Université d'Angers; 2011. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00659735/document>
55. Haute autorité de santé. Recommandations professionnelles - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
56. Organisation Mondiale de la Santé. Essential antenatal, perinatal and postpartum care [Internet]. 2002 [cité 8 juin 2016]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf
57. Université Médicale Virtuelle Francophone. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2011 [cité 14 juin 2016]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/5.html#5>
58. Flavie Lepleux, Corinne Riou. Enquête MOBI - CHU de Caen [Internet]. 2012. Disponible sur: file:///C:/Users/Cl%C3%A9mence/Downloads/riou_corinne_20120913_1430_salle_bordeaux_wmk.pdf
59. Institut national de la statistique et des études économiques. Population - En 2013, 811 510 bébés sont nés en France [Internet]. 2013 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9#inter2
60. Google Public Data Explorer. Indicateurs de développement dans le monde [Internet]. 2014 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: https://www.google.fr/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sp_dyn_tfrt_in&idim=country:FRA:GBR:DEU&hl=fr&dl=fr

61. Institut national de la statistique et des études économiques. Territoire - Répartition géographique des emplois - Les grandes villes concentrent les fonctions intellectuelles, de gestion et de décision [Internet]. 2010 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1278
62. FHP-MCO. Simplification des normes maternité [Internet]. 2014 [cité 19 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2014/04/Simplification-des-normes-maternit.pdf.pdf>
63. Simon E. Préparation à la naissance en libéral et réalité de l'accouchement en milieu hospitalier : enquête de satisfaction auprès des patientes du Puy-de-Dôme [Internet]. 2014 [cité 23 juill 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01087679/document>
64. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Le Royaume-Uni veut moins d'accouchements à l'hôpital et favoriser les maisons de naissance [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2014 [cité 25 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/le-royaume-uni-veut-moins-daccouchements-a-lhopital-et-favoriser-les-maisons-de-naissance/>

ANNEXES

Annexe I :

Questionnaire anonymisé distribué aux parturientes au cours de leur séjour à la maternité de type III de la région Auvergne

Bonjour,

Je m'appelle Clémence Lucas. Je suis étudiante sage-femme en 5ème année de l'école de Clermont-Ferrand. Je réalise un mémoire de fin d'étude portant sur la mobilisation maternelle pendant le travail d'accouchement (phase de dilatation du col utérin jusqu'à l'accouchement) : pratique de postures maternelles aménagées ou non (utilisation de ballon, écharpe..), couplées ou non à des méthodes de respiration abdominales....

Aussi, je sollicite votre participation à cette enquête. Il s'agit d'un questionnaire anonyme (aucunes données nominatives). Vous êtes libre de participer ou non à cette enquête. Les données recueillies lors de cette étude, me permettront de mieux comprendre le recours à des techniques de mobilisation maternelle pendant le travail d'accouchement. Quelques minutes sont suffisantes pour répondre au questionnaire.

Une fois le questionnaire rempli, merci de bien vouloir s'il vous plaît le remettre, avant votre retour à la maison, à la sage-femme ou à un étudiant sage-femme du secteur d'hospitalisation.

En vous remerciant par avance pour votre participation, je reste à votre disposition au numéro suivant : 06 XX XX XX XX, en cas de difficultés pour répondre à une ou des questions.

Cordialement.

Clémence Lucas

N° : (ne pas remplir)

A propos de votre accouchement, vous avez accouché

(cochez s'il vous plaît les propositions correspondant aux modalités de votre accouchement)

A

B

D'un enfant en présentation céphalique (tête en bas)

D'un enfant se présentant par le siège ou autre présentation

Spontanément par voie basse (sans ventouse, forceps)

De jumeaux (naissances multiples)

Par voie basse avec l'aide d'une ventouse

Par césarienne programmée avant le début du travail

Par voie basse avec l'aide d'un forceps

Par voie basse avec l'aide d'une spatule

Par césarienne en urgence pendant le travail d'accouchement, précisez la raison :

.....
.....
.....

Après 37 Semaines d'Aménorrhées (SA)

Avant 37 Semaines d'Aménorrhées (SA) (prématuré)

Je ne connais pas le terme de mon accouchement

Vous avez présenté une ou plusieurs pathologies pendant le travail d'accouchement

Hypertension artérielle

Autres (précisez)

.....
.....
.....

Si vous avez coché une des propositions **présentes dans la partie B du tableau (ci-dessus)**, il n'est pas nécessaire de poursuivre le remplissage du questionnaire, je vous remercie pour votre participation.

Merci de bien vouloir s'il vous plaît, remettre le questionnaire, avant votre retour à la maison, à la sage-femme ou à un étudiant sage-femme du secteur d'hospitalisation

I RENSEIGNEMENTS GENERAUX

6. Quel âge avez-vous ?

7. Quelle est votre situation familiale ?

- Mariée
- Célibataire
- En couple
- Divorcée / Séparée
- Pacsée

8. Quel est votre niveau d'étude ?

- Non scolarisée
- Niveau lycée (baccalauréat)
- Primaire
- Niveau baccalauréat + 1 ou 2 ans
- Niveau collège (6ème à 3ème)
- Niveau baccalauréat + 3 ou 4 ans
- Enseignement professionnel court (CAP, BEP...)
- Niveau baccalauréat + 5 ans ou plus

9. Quelle est votre origine géographique ?

- France métropolitaine
- Maghreb
- Autres pays d'Europe
- Asie
- Afrique Subsaharienne
- Autre :

II A PROPOS DE VOTRE ACCOUCHEMENT

10. S'agit-il de votre premier accouchement ?

- Oui Non

Si, non, combien de fois avez-vous déjà accouché (en comprenant ce dernier) ?

11. Lors de votre admission en salle d'accouchement, avez-vous été déclenché ?

- Oui Non

12. Si vous avez été déclenché, quelle méthode a été utilisée ?

- Propess / tampon vaginal Perfusion d'ocytocine
 Gel vaginal Je ne sais pas

13. Dans le cas d'un travail spontané, lors de votre admission en salle d'accouchement, quelle était la dilatation de votre col utérin ?

- Fermé Dilatation complète
 Ouvert Je ne sais pas

Si votre col était ouvert, précisez de combien de centimètres était-il ouvert : cm

14. Au cours du travail d'accouchement, avez-vous bénéficié d'une péridurale (analgésie péridurale) ?

- Oui Non

Si oui, quelle était la dilatation d'ouverture de votre col de l'utérus en centimètres, au moment de la pose ?cm.

III PENDANT LE TRAVAIL

15. Avez-vous eu recours à une ou plusieurs de ces positions au cours du travail ou de l'accouchement ?

Veillez s'il vous plaît cocher la ou les positions utilisées. (Environ 20 minutes dans la position)

(Les différentes positions peuvent-être réalisées avec ou sans ballon/coussin)

T (pendant le travail)

A (pendant l'accouchement)



T **A**

T **A**

T **A**

T **A**



T **A**

T **A**

T **A**

Autres positions (décrivez la / les)

.....

.....

.....

.....

Si vous n'avez pas utilisé de position au cours de votre travail, veuillez indiquer pour quelle raison : (*manque d'information, raison médical, raison personnelle...*) :

16. Si vous n'avez pas eu recours à une ou plusieurs de ces positions au cours du travail ou de l'accouchement, auriez-vous souhaité vous mobiliser ?

- Oui Non

Commentaires :

17. Lors de l'utilisation de(s) position(s), est-ce sur proposition de : (*plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> La sage-femme | <input type="checkbox"/> L'interne |
| <input type="checkbox"/> L'étudiant(e) sage-femme | <input type="checkbox"/> Autre professionnel : |
| <input type="checkbox"/> L'obstétricien | <input type="checkbox"/> Non, je me suis mobilisée spontanément |

18. Lors de votre travail d'accouchement, avez-vous bénéficié de l'accompagnement d'une personne (conjoint, mère, sœur.....) ?

- Oui Non

Si oui, précisez qui :

19. Sa présence vous a-t-elle aidé à vous posturer?

- Beaucoup Un peu Non Non pas du tout

20. Avez-vous utilisé du matériel afin de vous aider à vous posturer ? (Ballon, galette, suspension...)

- Oui Non

21. Si oui, comment avez-vous obtenu ce matériel ?

- On vous l'a proposé Il vous appartient
 Vous l'avez demandé Il était présent dans la pièce

IV A PROPOS DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE ET A LA PARENTALITÉ

22. Lors de cette grossesse, avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- Oui Non

23. Si vous avez participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, quelle méthode avez-vous réalisé ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- Classique Haptonomie
 Sophrologie Chant prénatal
 Yoga Autre :

24. Si vous avez participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, avez-vous eu des informations sur la mobilisation et les postures pendant le travail et l'accouchement ?

- Oui Non

25. Si oui, cette information vous a-t-elle aidé ?

- Beaucoup Un peu Non Non pas du tout

26. Lors de vos/votre précédente(s) grossesse(s), aviez-vous participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ?

- Oui Non C'était ma première grossesse

**27. Si oui, quelle méthode de préparation à la naissance et à la parentalité aviez-vous réalisé ?
(Plusieurs réponses possibles)**

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Classique | <input type="checkbox"/> Haptonomie |
| <input type="checkbox"/> Sophrologie | <input type="checkbox"/> Chant prénatal |
| <input type="checkbox"/> Yoga | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> En piscine | |

28. Lors de cette grossesse, aviez-vous rédigé un projet de naissance ?

- Oui Non

Commentaires :

Je vous remercie d'avoir participé à mon étude. Clémence Lucas. Tel : 06 XX XX XX XX

Annexe II :

Lettre d'information distribué aux parturientes

LETTRE D'INFORMATION

ETUDE DES PRATIQUES POSTURALES MATERNELLES AU COURS DU PREMIER STADE DU TRAVAIL

Investigateurs :

- Lucas Clémence, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame Parayre Inès, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand.

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter soit par mail clemence.lucas@etu.udamail.fr ou iparayre@chu-clermontferrand.fr soit par téléphone au 06.XX.XX.XX.XX. (C. Lucas) ou 04.XX.XX.XX.XX. (I. Parayre).

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée " Etat des lieux des techniques de travail corporel au cours des phases latente et active du travail ".

Une étude sur l'état des lieux des techniques de travail corporel au cours des phases latente et active du travail est engagée au sein de la maternité du C.H.U. de Clermont-Ferrand (site Estaing). Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame Parayre Inès, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand.

1. Pourquoi cette étude

Suite à la technisation de l'accouchement, la mobilisation des femmes pendant le travail a considérablement diminué. Cependant cette dernière fait partie des récentes recommandations de la Haute Autorité de Santé et les patientes doivent en être informées au cours de la préparation à la naissance et à la parentalité. Cette étude est alors née du constat que la pratique du travail corporel au cours de l'accouchement semble inégale ainsi que du désir d'en connaître les raisons.

2. L'étude en pratique

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui est réalisée auprès des femmes hospitalisées en post-partum à la maternité du C.H.U. de Clermont-Ferrand (site Estaing) à partir d'un questionnaire anonymisé distribué aux patientes.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978),

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Madame Parayre Inès, à l'adresse :

Université d'Auvergne - Site des UFR de médecine et de pharmacie

5ème étage - R1
28 place Henri Dunant - BP 38
63001 Clermont-Ferrand cedex 1

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Madame Parayre Inès, sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand : 04.XX.XX.XX.XX ou email
- Lucas Clémence, étudiante sage-femme : 06.XX.XX.XX.XX ou email

Résumé

Introduction : Cette étude se présente comme un état des lieux des postures adoptées par les femmes au cours de leur travail. Elle a pour objectif de mesurer la pratique des techniques de travail corporel chez les parturientes pendant le premier stade de l'accouchement à la maternité, après leur admission.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée grâce à des questionnaires distribués auprès de 217 patientes hospitalisées en postpartum à la maternité de type III d'Auvergne.

Résultats : Les résultats ont montré que les femmes avaient majoritairement eu recours à des pratiques posturales pendant le premier stade du travail à hauteur de 72,35%. Avec 52,6%, la position la plus utilisée était le décubitus latéral. De plus 65,44 % des patientes se sont mobilisées suite à la proposition d'un professionnel de santé. Dans 47,13% des cas, la mobilisation a été favorisée par du matériel. Certains critères favorisent la mobilisation tels que la présence d'un accompagnant, l'utilisation de matériel, l'information sur la mobilisation pendant la préparation à la naissance et à la parentalité. Le recours à une analgésie loco-régionale influence la pratique de postures horizontales.

Discussion : Dans cette étude, les patientes se sont majoritairement mobilisées. Cependant, elles utilisent le plus souvent des positions horizontales alors qu'en Angleterre il est observé que la pratique des positions horizontales est bien moins répandue au profit de positions verticales. Ceci semble corrélé au taux important d'analgésie loco-régionale observé en France. D'autre part, il semble primordial d'encourager la préparation à la naissance et à la parentalité ainsi qu'un accompagnement individualisé au cours du travail.

Mots-clés : travail, accouchement, postures, mobilisation

Abstract

Background: This study is set out as an inventory of postures adopted by women during their labour. The objective is to measure the practice of the bodywork's techniques of pregnant women during the first stage of delivery at the maternity, after their admission.

Study design: It is a descriptive cross-sectional study achieved through questionnaires given to 217 women hospitalized in post-partum at the maternity level III of Auvergne.

Results: The results showed that women had mostly recourse to bodywork practices during the first stage of labour with 72,35%. With 52,6%, the most used position was the lateral recumbent position. Furthermore 65,44% of patients mobilized after the proposal for an healthcare professional. In 47,13% of cases, mobilization was supported by medical supplies. Some criteria tend to mobilize such as the presence of an accompanying person, the use of medical supplies, the information on the mobilization during the preparation for the birth and for the parenthood. The use of an locoregional analgesia influence the practice of horizontal postures.

Discussion: In this study, most patients mobilized themselves. However, they mostly use horizontal positions whereas in Great Britain, vertical positions are mostly used. This appears to be correlated to the high prevalence of locoregional analgesia observed in France. Furthermore, it seems essential to encourage the preparation for the birth and for the parenthood as well as individualized support during the labour.

Keywords: labour, delivery, posture, mobilization