



**HAL**  
open science

# Enquête de satisfaction des femmes enceintes concernant l'information sur la mobilisation et les positions d'accouchement

Coralie Trehu

► **To cite this version:**

Coralie Trehu. Enquête de satisfaction des femmes enceintes concernant l'information sur la mobilisation et les positions d'accouchement. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01657024

**HAL Id: dumas-01657024**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01657024>**

Submitted on 15 Feb 2018

**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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

## **Département de maïeutique**

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME  
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES  
DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

**CORALIE TREHU**

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**Enquête de satisfaction des femmes enceintes concernant  
l'information sur la mobilisation et les positions  
d'accouchement.**

Soutenu le : 27 avril 2017

Directeur de mémoire : Mme BATTAGLIA Amélie

### **JURY**

Madame Elodie PROT, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, UVSQ.

Madame Eleonore HERICHER, Sage-femme enseignante, Département de Maïeutique de l'UFR des Sciences de la Santé Simone Veil, UVSQ.

Madame Aurélie RACIOPPI, Sage-femme hospitalière et doctorante en sociologie.

Numéro national d'étudiant : 21204110

## **Avertissement**

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite expose son auteur à des poursuites pénales.

# Remerciements

Je remercie ;

Mme BATTAGLIA Amélie, pour m’avoir guidée tout au long de ce mémoire en m’apportant conseils, soutien et encouragements,

Mme ROUSSEAU Anne, sage-femme enseignante, pour le temps accordé à ce travail et pour son aide,

Je remercie également les professionnels rencontrés au cours de mes différents stages pour leur pédagogie.

Une pensée particulière envers ma famille et mes amis, pour le soutien, le réconfort et l’écoute dont ils ont su faire preuve, tout particulièrement pendant cette dernière année.

Je remercie tous ceux qui ont pris le temps de relire ce mémoire pour m’apporter conseils et corrections : mes parents, RABLAT Justine, TEISSIER Mathilde, LOPEZ Alice.

# Table des matières

<b>AVERTISSEMENT</b>	<b>II</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b>	<b>IV</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES ANNEXES</b>	<b>VIII</b>
<b>LEXIQUE</b>	<b>IX</b>
<b>TITRE ET RESUME</b>	<b>X</b>
<b>TITLE AND ABSTRACT</b>	<b>XI</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1 CONTEXTE</b>	<b>2</b>
1.1 Une approche historique.	2
1.2 La mobilisation et le positionnement.	3
1.2.1 Les différentes positions.	3
1.2.2 L'étude de la mobilisation et des différentes positions.	4
1.2.3 Immobilité et paresthésie.	5
1.3 La PNP en France.	5
1.4 L'information des femmes auprès des soignants	6

<b>1.5 Sources d'informations médiatisées.</b>	<b>7</b>
<b>2 MATERIEL ET METHODES</b>	<b>9</b>
<b>2.1 Objectifs et hypothèses.</b>	<b>9</b>
2.1.1 Objectifs.	9
2.1.2 Hypothèses.	9
<b>2.2 Type d'étude.</b>	<b>10</b>
2.2.1 Recrutement de la population.	10
2.2.2 Collecte des données.	11
2.2.3 Analyse des données.	13
<b>2.3 Considérations éthiques et réglementaires.</b>	<b>13</b>
<b>3 RESULTATS</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Diagramme des flux.</b>	<b>15</b>
<b>3.2 Profil socio-démographique de la population étudiée.</b>	<b>15</b>
3.2.1 Questionnaires.	15
3.2.2 Entretiens.	16
<b>3.3 Les moyens d'informations.</b>	<b>16</b>
<b>3.4 Contenu de l'information.</b>	<b>19</b>
3.4.1 Informations par les professionnels de santé.	19
3.4.2 Sources d'informations complémentaires.	21
3.4.3 Informations et pratique à la maternité.	22
<b>3.5 Satisfaction au sujet de l'information.</b>	<b>23</b>
<b>3.6 Le souhait des patientes.</b>	<b>26</b>
<b>4 DISCUSSION</b>	<b>29</b>
<b>4.1 Résumé des principaux résultats.</b>	<b>29</b>
<b>4.2 Discussions des résultats et comparaison à la littérature.</b>	<b>30</b>
4.2.1 La provenance des informations.	30
4.2.2 La qualité des informations reçues et la satisfaction des patientes.	31

4.2.3	Les moyens de communication non médicaux.	33
4.2.4	La mise en pratique à la maternité.	33
4.2.5	Le souhait des patientes.	35
<b>4.3</b>	<b>Forces de l'étude.</b>	<b>36</b>
<b>4.4</b>	<b>Limites et biais.</b>	<b>37</b>
<b>4.5</b>	<b>Perspectives et implications.</b>	<b>37</b>
	<b>CONCLUSION</b>	<b>39</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>41</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>45</b>

# Liste des figures

<b>Figure 1: Diagramme des flux.....</b>	<b>15</b>
<b>Figure 2: Lieu de la première information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement. ....</b>	<b>16</b>
<b>Figure 3: Information reçue selon la rencontre avec une sage-femme ou les cours de PNP .....</b>	<b>17</b>
<b>Figure 4: Comparaison de l'information globale reçue pendant la grossesse par rapport à pendant la grossesse et l'accouchement.....</b>	<b>17</b>
<b>Figure 5: Origine de l'information des patientes. ....</b>	<b>18</b>
<b>Figure 6: Sources des informations complémentaires. ....</b>	<b>19</b>
<b>Figure 7: Thèmes abordés par les professionnels de santé.....</b>	<b>20</b>
<b>Figure 8: Qualification de l'information reçue par les professionnels de santé. ....</b>	<b>24</b>
<b>Figure 9: Temps accordé à l'information de la mobilisation et des positions d'accouchement par les professionnels de santé.....</b>	<b>24</b>
<b>Figure 10: Satisfaction des patientes au sujet de l'information reçue sur la mobilisation et les positions d'accouchement.....</b>	<b>26</b>

## Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux patientes.....	45
Annexe II : Grille d'entretien. ....	49

# Lexique

**Mobilisation** : action consistant à changer de positions, à se déplacer

**Travail** : période entre 3cm de dilatation et le début des efforts expulsifs.

**APD** : Analgésie péridurale

**CNGOF** : Collège Nationale de Gynécologue-Obstétriciens Français

**CSP** : Code de Santé Publique

**ENP** : Enquête Nationale Périnatale

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HON** : Health On the Net

**PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

# Titre et résumé

## Objectifs

Evaluer la satisfaction des femmes au sujet de l'information reçue à propos de la mobilisation et des positions d'accouchement.

## Matériel et méthodes

Etude descriptive en deux temps. Un recueil de données par 150 questionnaires pour l'état des lieux puis 10 entretiens pour évaluer la satisfaction des patientes en suite de couche. Nous envisagions de réaliser notre étude dans quatre maternités d'Ile de France de niveaux différents. Les données recueillies par questionnaire ont été traitées par le logiciel excel en utilisant des pourcentages, le test du  $\chi^2$  de Pearson et le test exact de fisher. Les données recueillies par entretiens ont été analysées grâce à une grille d'entretiens.

## Résultats

56% des femmes qui ont vu une sage-femme ont été informées sur notre thématique. Les femmes sont plus satisfaites lorsque l'information a été globale et qu'elles ont pu la mettre en pratique à la maternité par rapport aux patientes qui n'ont reçu aucune information. Les femmes aimeraient recevoir une information complète quel que soit le praticien qui suit leur grossesse pour pouvoir participer activement à la prise de décision au moment du travail et de l'accouchement car elles se sentent encore dépendantes de l'équipe médicale sur cette thématique.

**Mots-clés :** mobilisation – positionnement – vecteurs d'information – satisfaction – accouchement – étude descriptive.

# Title and Abstract

## Objective

Evaluate women's satisfaction with information about mobilization and delivery positions.

## Methods

Descriptive study two stages. A collection of data by 150 questionnaires for the inventory and then 10 interviews to assess the satisfaction of the patients following the diaper. We planned to carry out our study in four maternity homes in Ile de France at different levels. The data collected by questionnaire were processed by the excel software using percentages, the Pearson chi<sup>2</sup> test and the exact fisher test. The data collected by interviews were analyzed using a grid of interviews.

## Results and conclusion

56% of women who have seen a midwife have been informed about our topic. Women are more satisfied when the information has been global and they have been able to put it into practice at the maternity level compared to the patients who have not received any information. Women would like to receive full information regardless of the practitioner following their pregnancy in order to be able to participate actively in decision-making at the time of labor and delivery because they still feel dependent on the medical team on this issue.

**Keywords :** Mobilization - positioning - information vectors - satisfaction - childbirth - descriptive study.

# Introduction

Le terme de posture signifie de manière courante : la position du corps, son attitude. Cependant, en obstétrique, le terme de posture décrit souvent un concept qui positionne le décubitus dorsal comme une « mauvaise position » en opposition aux positions alternatives qui correspondent aux « bonnes positions » (1). Notre travail s'intéresse à l'information que les patientes reçoivent à ce sujet. Dans un premier temps, nous ferons une revue de la littérature. Nous nous intéresserons au versant historique de la mobilisation et des positions d'accouchement puis nous étudierons les connaissances médicales actuelles que nous possédons sur ce même thème. Ensuite, nous analyserons la place de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) par rapport au sujet abordé. Parallèlement, nous nous intéresserons à l'implication des patientes dans leur grossesse et leur accouchement. Enfin, nous étudierons les données actuelles sur la diffusion de l'information auprès des patientes. Dans un deuxième temps, nous décrirons l'étude que nous avons mise en place ainsi que ses résultats. Pour finir, nous discuterons de ces résultats au regard de l'état actuel des données.

# 1 Contexte

## 1.1 Une approche historique.

Les positions adoptées spontanément par les femmes pendant le travail et lors de l'expulsion ont été historiquement et universellement dominées par la mobilité et la verticalité (2).

La publication du traité écrit par Mauriceau en 1668, a révolutionné l'obstétrique occidentale. Il a été décidé d'adopter sa proposition de faire allonger les parturientes en position semi-assise sur un lit durant la deuxième phase du travail. Cette position avait pour objectif principal « *de faciliter la surveillance du travail, les éventuelles manœuvres et les interventions des professionnels de santé* ». Le bénéfice majeur étant d'améliorer le confort de l'accoucheur. Le paradoxe est que cette position « non physiologique » tendait à augmenter le nombre d'extractions instrumentales (3). De plus, la présidente de la société d'histoire de la naissance, explique que « *Il [l'accoucheur] lui impose aussi la position la plus commode pour lui et la plus dépendante pour elle* ». Dans l'obstétrique savante du XVIII<sup>e</sup> siècle, seule la position allongée sur le dos est convenable, les autres positions sont condamnées au nom de la décence, « *la femme qui les pratique peut être comparée à une bête !* » (4).

Durant 3 siècles de progrès médicaux, le décubitus dorsal était considéré, de façon empirique, comme la position la plus sécurisante pour la parturiente (2). Cette position devient la norme, notamment pour l'accouchement, aux yeux des professionnels mais aussi aux yeux des femmes enceintes. Ces progrès médicaux comme l'analgésie péridurale (APD) ou le développement de la surveillance du travail et notamment leurs limites ont conduit à une immobilisation croissante et prolongée des patientes. Cependant, l'évolution des pratiques au cours du XX<sup>e</sup> et du XXI<sup>e</sup> siècle ont rendu compatible la mobilisation avec la surveillance, la sécurité et l'APD. L'obstétrique moderne revient sur le respect de la physiologie qui fut négligée durant ces siècles et relance l'intérêt pour la mobilisation notamment au travers d'études scientifiques et de la formation des soignants.

En effet, depuis quelques années, certains professionnels de santé comme le docteur De Gasquet ou le professeur Racinet mettent en avant les postures adoptées spontanément par les femmes ainsi que les avantages de la mobilisation des parturientes pendant le travail (5) (6). Néanmoins, le changement de posture pendant le travail et le choix de la position d'accouchement reviennent le plus fréquemment à l'équipe soignante sans concertation avec la patiente (1).

## 1.2 La mobilisation et le positionnement.

En 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue quatre catégories de pratiques. Concernant les pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager apparaît 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»*. Pour les pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer apparaît *«l'utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail»* et *«l'utilisation systématique de la position gynécologique [...] pendant l'expulsion»* (7). Selon le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) *«il parait possible de conseiller largement les positions verticales lors de l'expulsion, tout en étant vigilant sur le risque hémorragique»* (2).

De nombreuses études tentent de démontrer l'avantage de la mobilité et des positions alternatives à la position gynécologique pour l'accouchement.

### 1.2.1 Les différentes positions.

Les positions verticales regroupent la position assise (appui fessier et verticalité du dos) ; la position accroupie (appui sur les pieds genoux pliés) ; la position debout (le poids du corps repose sur les pieds) ; la position à genoux (l'appui repose sur les genoux) et la position à quatre pattes (appui sur les genoux et sur les mains). Les positions horizontales regroupent les positions où le poids du corps repose sur le dos comme le décubitus dorsal, la position gynécologique aussi appelée la position lithotomique et le décubitus latéral (2)

## 1.2.2 L'étude de la mobilisation et des différentes positions.

Selon une revue de la cochrane publiée en 2013, concernant les positions et la mobilité maternelle durant le premier stade du travail, le positionnement permet de diminuer la durée du travail (8). Selon une autre revue de la cochrane s'interrogeant sur le même sujet, les positions verticales permettent de diminuer le taux d'épisiotomie et d'accouchements assistés. Par contre, il n'existe pas de différence significative en ce qui concerne la diminution de la deuxième phase du travail. (9).

Une étude de cohorte italienne réalisée à Padoue en 2013, évaluant l'impact des positions sur le déroulement du travail et sur la morbidité néonatale, conforte ces résultats. De plus, 65% des patientes qui ont souhaité se mobiliser pendant plus de la moitié du temps de leur travail (Groupe B) ont sollicité une APD, contre 90% dans le groupe de femme étant restée en décubitus dorsal (Groupe A). Les patientes du groupe B ont subi de manière significative moins d'épisiotomie (32% VS 100% pour le groupe A) et moins de césarienne (12,3% VS 46,4% dans le groupe A) (10). Une étude récente menée en Turquie vient confirmer ces résultats. Elle démontre aussi que l'utilisation des positions verticales diminue de manière significative l'utilisation d'ocytocine et augmente la satisfaction des patientes concernant la prise en charge (11). Enfin, une autre enquête au sujet de 1906 femmes vient conforter les résultats en ce qui concerne les interventions médicales et la satisfaction des couples (12). Aucune de ces études ne retrouvent de différences significatives en ce qui concerne la morbidité maternelle ou fœtale. Néanmoins, les positions verticales semblent augmenter le taux de déchirures du deuxième degré et les hémorragies du post-partum immédiat (HPPI) mais cela pourrait être lié à des biais relevés par les auteurs (9).

La mobilisation permet donc une amélioration du confort de la patiente par le respect des sensations, des envies et des choix ainsi qu'une optimisation du déroulement du travail par la réduction de certaines dystocies mécaniques.

Malgré toutes ces études, en 2010, 36% des femmes déclarent ne pas avoir pu bouger et se positionner comme elles le souhaitaient durant le travail et l'accouchement (13). De plus, d'après une publication secondaire à l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010, un quart des femmes enceintes souhaite accoucher sans APD. Parmi ces dernières, 52% en ont

finalement demandé une au cours du travail. Les facteurs qui semblent influencer ce changement de décision sont la nulliparité, la surcharge de travail des sages-femmes, l'utilisation d'ocytocine et la présence de l'anesthésiste dans la salle de travail. Ces résultats montrent que c'est moins le profil de la patiente que l'organisation des soins qui va conduire à la pose de l'APD (14).

### **1.2.3 Immobilité et paresthésie.**

Une publication au sujet d'un cas met en évidence l'apparition de paresthésies dans le post-partum attribuée à l'utilisation d'une position vicieuse pendant l'accouchement ou à l'utilisation prolongée d'une position entraînant des lésions ischémiques (15). Le risque semble augmenté par le bloc sensitif induit par l'APD. Les différentes positions semblent pouvoir entraîner des lésions nerveuses du fait des rapports entre les multiples structures anatomiques et avec les éléments extérieurs (étriers) (16) (17). Le positionnement durant le travail et l'accouchement n'est donc pas sans conséquence, il peut entraîner des neuropathies sensitives ou motrices dans le post-partum qui doivent être résolutive en 6 semaines (18).

Le CNGOF recommande pourtant aux professionnels de santé d'encourager et de potentialiser la motivation des femmes à mener à bien leur projet de naissance au travers de la mobilisation qui ne doit pas engendrer de contraintes aux patientes : « *Le but [de la mobilisation] n'est pas de remplacer une contrainte positionnelle par une autre. Il n'y a certainement pas « une » position d'accouchement valable pour toutes les femmes : le progrès est certainement dans l'offre faite aux femmes de se mobiliser comme elles le souhaitent et si elles le souhaitent [...]. Le confort physique de chaque patiente étant assuré, celle-ci pourra participer activement et sereinement à la naissance de l'enfant* » (19). Ces projets de naissances et l'appropriation de sa grossesse par la patiente émergent souvent lors des séances de PNP.

## **1.3 La PNP en France.**

En 1951, le Dr Fernand LAMAZE introduit la PNP en France sous le nom de Psychoprophylaxie Obstétricale et la définit de la façon suivante : « *l'accouchement sans la douleur par la méthode de psychoprophylaxie est le résultat d'une éducation physique et*

*psychique de la femme enceinte pendant les derniers temps de la grossesse. Cette méthode vise à abolir la douleur [...] pendant le travail*» (20). De plus, selon les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de novembre 2005, les professionnels de santé ont pour devoir d'apprendre aux patientes lors de cours de PNP « *des techniques de travail corporel [...] [qui sont des] apprentissage de postures pour faciliter la naissance* » (21). Selon la nomenclature générale des actes professionnels, le but de la PNP est d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles (22). Cependant, d'après les résultats de l'étude de cohorte Longitudinale Française depuis l'Enfance, seulement 52% des femmes enceintes avaient accès à la PNP dont la grande majorité avait un niveau socio-économique élevé (23). De plus, selon l'ENP de 2010, 28% des primipares et 70% des multipares ne font pas de PNP durant leur grossesse (24).

Un rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, montre qu'en 2004, 86% des sages-femmes libérales dispensaient des séances de PNP et 46% des sages-femmes en établissement hospitalier public (25).

## **1.4 L'information des femmes auprès des soignants**

Actuellement, les patientes expriment leur volonté de se réapproprier activement la naissance de leur enfant et leur refus de la surmédicalisation. Cette demande se traduit notamment par l'émergence des projets de naissance dont le taux est passé de 7% avant 2005 à 18% en 2011 : « *Les patientes ne veulent plus être accouchées, elles veulent accoucher* » (23) (26).

Cependant, selon une étude du Collectif Inter associatif Autour de la naissance 15% des femmes avouent aussi de pas avoir osé demander des informations aux soignants (27). De plus, 36% des patientes affirment ne pas s'être informé sur le déroulement de la grossesse. Ce chiffre est d'autant plus élevé que le niveau d'éducation est faible. Nous notons cependant que, parmi les patientes qui se sont renseignées, 74% ce sont renseignées auprès de professionnels de santé (28).

Or, d'après l'article 35 du code de la santé publique (CSP), le patient a le droit à une information claire, loyale et appropriée sur les investigations et les soins que les professionnels de santé lui proposent (29).

Selon la HAS, une bonne information consiste à consacrer du temps à la femme ou au couple. Il faut lui apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte leurs attentes, leur délivrer une information orale fondée sur les données scientifiques actuelles. Il est recommandé de la compléter, avec des documents écrits fiables et utiliser un langage et/ou un support adaptés (30). De plus, la HAS recommande aussi une évaluation de la satisfaction des patientes au sujet de l'information qui leur a été délivrée. Cette évaluation « *devrait être appuyée : sur des enquêtes auprès des personnes afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière* » (31).

Il est aussi recommandé « *d'informer la femme enceinte des étapes de l'accouchement et des pratiques utilisées en salle de naissance afin de l'aider à faire des choix éclairés* ». Il faut expliquer et discuter avec les patientes des indications, des possibilités, des limitations, des risques éventuels et des contres indications des différentes méthodes non médicamenteuses pour soulager la douleur (32).

Nous constatons aussi qu'actuellement, les patientes s'adressent à des professeurs de yoga, des sophrologues, des doulas sans formation médicale qui proposent un accompagnement durant la grossesse et l'accouchement. Ils délivrent aussi des informations sur les postures qui pourront être adoptées durant le travail et l'accouchement (33).

## **1.5 Sources d'informations médiatisées.**

Concernant les sources d'informations médicales connectées, elles commencent à faire l'objet de recherche à propos de la qualité de leur contenu et de leur intérêt pédagogique. Parmi les 5 domaines d'évaluation du référentiel de bonnes pratiques, le domaine du contenu avec la fiabilité et la pertinence des informations a été retenu. Au niveau européen, un groupe de travail de la commission européenne rédige un guide de bonnes pratiques pour garantir la fiabilité et la sécurité des Apps mobiles et des objets connectés. Ce document est attendu pour début 2017 (34). Ces sources ne bénéficient donc pas actuellement de contrôle systématique,

seul une certification existe nommée le Health On The Net (HON) code mais elle n'est pas indispensable pour la diffusion d'information autour de la santé (35).

D'après une étude multicentrique réalisée en 2013 en Italie, 95% des femmes enceintes font des recherches d'informations sur internet même si une information a déjà été délivrée par un professionnel de santé. La volonté d'approfondir leurs connaissances constitue la principale raison de ces recherches. Il faut aussi noter, que selon les patientes, internet a pour avantages de délivrer des informations simples, de manière rapide et anonymement. Pour leurs recherches, la grande majorité des patientes utilisent des moteurs de recherche (95%), 15% se réfèrent au site web de leur hôpital et environ 11% des patientes déclarent participer à des discussions sur des forums ou des blogs (36). Une étude publiée en 2016 démontre que les femmes enceintes accordent une grande valeur aux informations recueillies en ligne ou au travers d'applications. Néanmoins, les participantes déclarent apprécier les conseils des experts et souhaitent un accès plus large et plus rapide à des informations délivrées par des professionnels de santé (37).

Nous nous sommes ainsi demandé comment les patientes perçoivent-elles l'information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement.

## **2 Matériel et méthodes**

### **2.1 Objectifs et hypothèses.**

#### **2.1.1 Objectifs.**

Les objectifs de ce travail étaient de 2 ordres.

Notre objectif principal était d'évaluer la satisfaction des patientes concernant les informations reçues et de déterminer les renseignements qui leur sont importants.

Cette satisfaction est inhérente aux outils et vecteurs d'informations que les femmes ont utilisées. C'est pourquoi, préalablement à cette analyse nous avons fait un état des lieux sur les moyens d'informations et la perception des patientes au sujet de ces informations reçues.

#### **2.1.2 Hypothèses.**

Les patientes qui souhaitent s'informer sur les différentes postures accessibles pendant le travail et l'accouchement semblent s'orienter vers les sages-femmes et les cours de PNP.

Nous constatons, de façon empirique, que les informations délivrées par les professionnels de santé sont souvent considérées comme insuffisantes ou non adaptées à la demande des patientes qui vont donc rechercher par leurs propres moyens des compléments d'informations.

Les sources d'informations connectées tels que les sites internet, les blogs, les forums, les applications mobiles sont les principales sources utilisées. Ces informations ne bénéficient pas encore de contrôle systématique. La diffusion d'information via la presse grand public comme les magazines parentaux, le marketing des firmes industrielles soulèvent les mêmes problématiques.

Ainsi, il semble légitime de s'interroger sur :

- L'origine et la qualité de l'information pour nos patientes autour de la mobilisation et des différentes positions accessibles pendant le travail et l'accouchement.
- Les différentes sources d'informations utilisées par les patientes sont-elles adaptées à leurs besoins ?

## **2.2 Type d'étude.**

Nous avons décidé de réaliser une étude descriptive multicentrique. Nous avons choisi de réaliser l'étude dans un centre hospitalier universitaire de type 3, dans une maternité de niveau 2A, dans une maternité privée à but non lucratif de niveau 2B et dans une maternité privée à but lucratif de niveau 2A. Les maternités privées ont refusé la réalisation de notre étude.

### **2.2.1 Recrutement de la population.**

Les centres hospitaliers sélectionnés prennent en charge des patientes avec des situations médicales variées. Ils possèdent des protocoles différents et par le fait, dispensent une prise en charge hétérogène. Par ailleurs, ce sont des maternités qui prennent en charge des patientes avec des conditions socio-économiques inégales.

L'étude était proposée à toutes les patientes répondant aux critères d'inclusions présentes en suites de couches les jours de recrutement. Les participantes devaient parler français, être majeures, avoir accouché à terme (supérieur ou égal à 37 SA) d'un enfant vivant. A l'inverse, les patientes mineures, ne parlant pas français, ne sachant pas lire étaient exclues de l'étude. De plus, les patientes en situation de handicap moteur ou psychologique, les cas de mort fœtale in utero, d'interruption médicale de grossesse, de mortalité périnatale, d'accouchement prématuré (inférieure ou égale à 37 SA) n'étaient pas intégrés à l'étude. Les grossesses multiples et les césariennes programmées faisaient aussi partie des critères d'exclusions pour notre étude. Entre avril et novembre 2016, les patientes de suites de

couches étaient invitées à participer à notre étude. Une information orale et écrite au sujet de notre étude était délivrée aux participantes par la personne réalisant l'étude. Les potentiels participantes étaient informées que la participation à l'étude était entièrement volontaire, anonyme et que leur participation ou non n'impacterait pas la prise en charge future.

### **2.2.2 Collecte des données.**

Notre étude s'est déroulée en 2 temps. Nous avons tout d'abord fait une exploration par questionnaires. Cette méthode ne permettant pas de répondre de manière globale et pertinente à notre sujet, nous avons décidé de compléter ces résultats grâce à la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des patientes.

Les questionnaires étaient distribués entre le premier et le troisième jour des suites de couches à toutes les patientes répondant aux critères de sélection. Ce recueil de données s'est déroulé entre le 22 avril 2016 et le 2 novembre 2016. Avant le lancement de l'étude, nous nous étions fixé comme objectifs de recueillir 200 questionnaires. Ils ont été distribués par la même personne pour délivrer une information identique aux patientes et étaient accompagnés d'une feuille explicative pour l'étude. Les jours de distribution des questionnaires étaient choisis de manière aléatoire. Les patientes répondaient seules aux questionnaires dans leur chambre d'hospitalisation. Le temps moyen pour y répondre était de 5 minutes.

Les réponses obtenues au travers des questionnaires, majoritairement binaires, ne nous permettaient pas d'explorer totalement notre question de recherche et notamment la satisfaction des patientes concernant notre problématique. En effet, 8% des patientes ont répondu aux questions ouvertes de notre questionnaire et les questions à choix multiple ne permettaient pas d'apprécier réellement le ressenti des patientes à ce sujet. C'est pourquoi, nous avons décidé de rajouter des entretiens à notre étude afin d'affiner les résultats obtenus. Ainsi nous souhaitons évaluer plus précisément la qualité de l'information délivrée au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement.

Les questionnaires étaient composés de plusieurs sections. La première s'attachait au profil socio-démographique de la patiente (âge, parité, profession, situation familiale). La seconde, concernait les accès aux informations, la qualité des informations. La section suivante, recherchait des éléments que nous appelions subjectifs, faisant appel au ressenti du

patient, vis-à-vis des informations qui lui ont été présentées. Ces éléments correspondaient à la compréhension de l'information délivrée par les professionnels de santé ainsi que l'intérêt et la satisfaction produit par cette dernière. Ils étaient mesurés à l'aide d'une échelle visuelle analogique graduée côté patient de 0/10 à 10/10. Nous considérons que les patientes étaient très satisfaites lorsque la note était supérieure 8, satisfaites entre 6 et 8, mitigées entre 4 et 6, insatisfaites entre 2 et 4. Enfin qu'elles n'étaient pas du tout satisfaites lorsque la note se situait en dessous de 2. Des questions ouvertes permettaient de compléter ces résultats. (questionnaire en Annexe)

Les entretiens semi-directifs ont été menés par une même personne, en parallèle de la distribution des questionnaires, entre le 22 octobre 2016 et le 2 novembre 2016. Notre objectif était de réaliser 10 entretiens semi-directifs de 20 minutes environs dans les 2 maternités ayant accepté l'étude. Les patientes interviewées étaient des patientes qui avaient au préalable répondu au questionnaire. Pour les entretiens nous avons décidé de sélectionner des patientes se déclarant « satisfaites » et des patientes exprimant une insatisfaction lors du recueil de données par questionnaire. Nous voulions mettre en avant les modalités d'information qui ont permis de répondre aux attentes des patientes sur ce sujet et ce qui est à l'origine de leur insatisfaction. Les entretiens ont été réalisés immédiatement après remplissage des questionnaires.

Les entretiens sont composés de deux grandes parties permettant d'obtenir des réponses concernant les informations reçues et les informations que les patientes estiment nécessaire de recevoir. Nous avons utilisé une grille d'entretien composée de trois questions principales et de huit questions secondaires.

La partie concernant les informations reçues est composée de deux sous parties :

- La première s'intéresse aux informations que les patientes ont reçues par les professionnels de santé à propos de la mobilisation et des positions d'accouchement.
- La deuxième permet de recueillir les autres sources d'informations des patientes ainsi que la nature de ces informations.

Pour la partie concernant les informations nécessaires, on demandait aux patientes de définir les données dont elles pensent avoir besoin par rapport à notre thématique d'étude. Pour chaque partie, nous avons des questions plus précises pour orienter les patientes si nous avons besoin d'informations complémentaires ou si les patientes n'exploraient pas la question en totalité. (Trame d'entretiens en annexe)

### **2.2.3 Analyse des données.**

Les réponses des questionnaires ont été traitées par le logiciel Excel. Elles permettent grâce au logiciel excel de réaliser une analyse descriptive de notre population d'étude. Parmi ces données les variables qualitatives ont été décrites par pourcentages et effectifs alors que les variables quantitatives par moyenne, médiane et écart-type. Lorsqu'une comparaison a été réalisée, le test de chi carré a été utilisé après vérification des conditions d'applications. Il a été calculé grâce au logiciel excel. L'hypothèse nulle : « les deux variables sont indépendantes » est rejetée lorsque la probabilité alpha est inférieure ou égale à 0,05. Lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 ou l'effectif total inférieur à 30 le test de fisher a été utilisé grâce à excel. La différence est significative lorsque  $p \leq 0,05$ .

Concernant les entretiens, les propos des patientes sont enregistrés grâce à un dictaphone puis ils sont retranscrits sur un document word. Ils ont été transcrits mot à mot et analysés à l'aide de la grille d'entretien.

## **2.3 Considérations éthiques et réglementaires.**

Les questionnaires étaient anonymes et le recueil des données est fait de façon à ce qu'on ne puisse pas reconnaître les patientes.

Il nous a fallu l'accord des chefs de service et des cadres des services où nous souhaitions distribuer nos questionnaires. Par la suite, lorsque nous avons décidé de réaliser d'entretiens, nous les avons recontactés pour obtenir à nouveau leur accord.

Les patientes sont informées oralement et grâce à une feuille explicative, du but de l'étude. Elles sont aussi informées que leur participation n'est pas obligatoire.

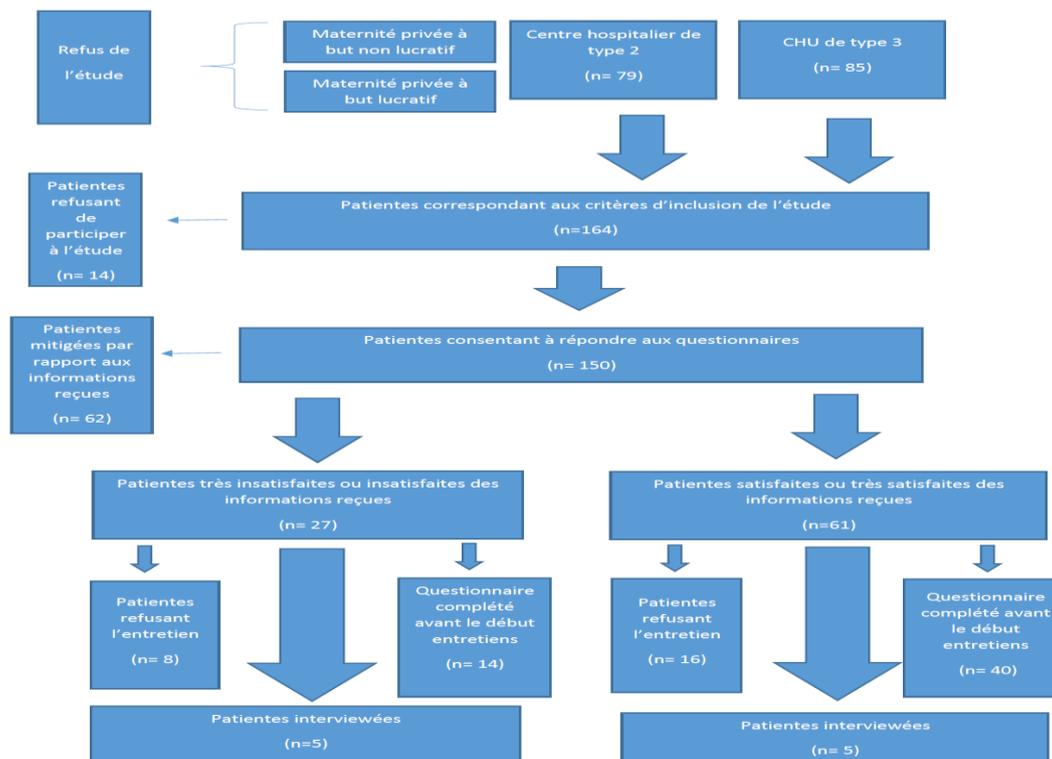
Les informations recueillies, sur un document excel et sur un document word, seront détruites une fois l'étude et la soutenance terminées.

## 3 Résultats

L'étude s'est déroulée dans deux maternités publiques de type 2 et 3. En effet, un établissement a refusé l'enquête et un autre n'a pas donné suite à notre demande. Les patientes étaient entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>e</sup> jour de leur accouchement.

### 3.1 Diagramme des flux.

**Figure 1: Diagramme des flux**



### 3.2 Profil socio-démographique de la population étudiée.

#### 3.2.1 Questionnaires.

Dans la population étudiée, la moyenne d'âge est de 30,2 ans, la médiane à 30 ans et l'écart type est de 4,83. Toutes les patientes ont entre 18 ans et 42 ans et vivent dans les

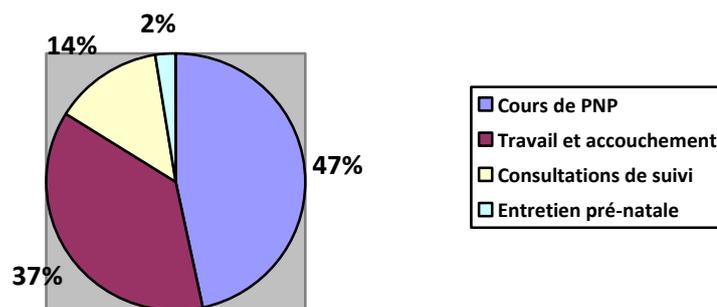
Yvelines sauf deux patientes qui vivent en Eure-et-Loire. Il y a 43,33% de primipare et 56,67% de multipare. 94,67% des femmes ayant répondu au questionnaire sont en couple, 77,34% exercent une profession.

### 3.2.2 Entretiens.

Concernant les entretiens, la moyenne d'âge des femmes est de 31,4 ans. Sur les 10 patientes il y a 4 primipares et 6 multipares. 9 femmes exercent un emploi. Elles ont toutes entre 27 et 36 ans, elles sont en couple et vivent dans les Yvelines.

### 3.3 Les moyens d'informations.

**Figure 2: Lieu de la première information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement.**

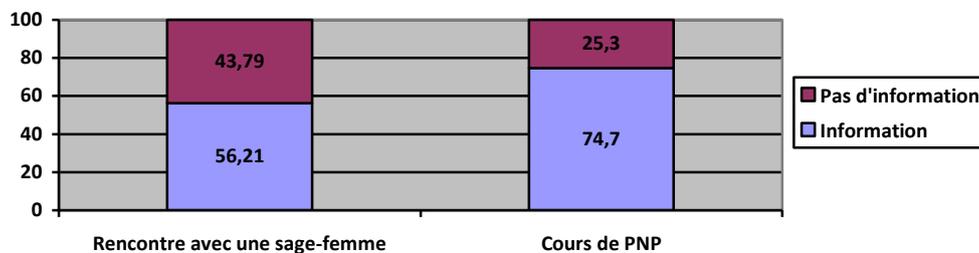


La figure 2 représente les différentes périodes durant lesquelles les patientes ont reçu une information sur la mobilisation et les positions d'accouchement pour la première fois durant la grossesse actuelle. L'information est principalement délivrée en fin de grossesse, lors des séances de PNP. Ce qui est cohérent pour les femmes afin qu'elles puissent mémoriser et intégrer ces informations. « *c'était du matin même de l'accouchement donc (...) oui c'est revenu assez vite (...)* ».

Avant le jour de l'accouchement, 54,67% des patientes savent qu'elles peuvent se mobiliser pendant le travail même avec l'APD et 80% des patientes connaissent d'autres positions que la position gynécologique pour accoucher.

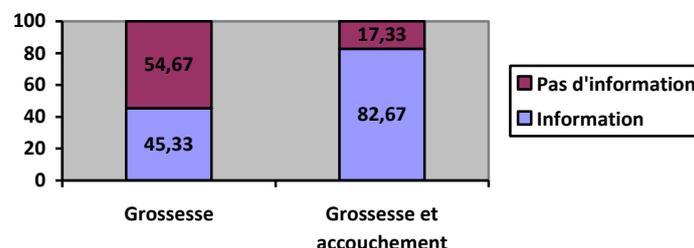
Durant leur grossesse, 92% des patientes de l'étude déclarent avoir rencontré une sage-femme dans le cadre de leur suivi de grossesse. De plus, 55,33% des patientes interrogées ont fait des cours de PNP durant leur grossesse. Ce groupe est constitué de 57,83% de primipares et de 42,17% de multipares. Il faut noter que 80,72% de ces patientes ont participé à des cours collectifs. Parmi les femmes qui n'ont pas fait de cours de PNP, 72,73% n'ont pas reçu d'information sur la mobilisation et les positions d'accouchement durant leur grossesse. Les patientes qui ont fait des cours de PNP ont reçu significativement plus d'informations que les patientes qui en ont fait, 74,7% versus 25,37 (p < 0,001). L'information reçue selon leur parcours durant la grossesse est résumée dans le graphique ci-dessous :

**Figure 3: Information reçue selon la rencontre avec une sage-femme ou les cours de PNP**



La figure 4 met en avant l'information reçue selon si nous considérons uniquement à la grossesse ou si nous nous intéressons à la grossesse et l'accouchement.

**Figure 4: Comparaison de l'information globale reçue pendant la grossesse par rapport à pendant la grossesse et l'accouchement.**

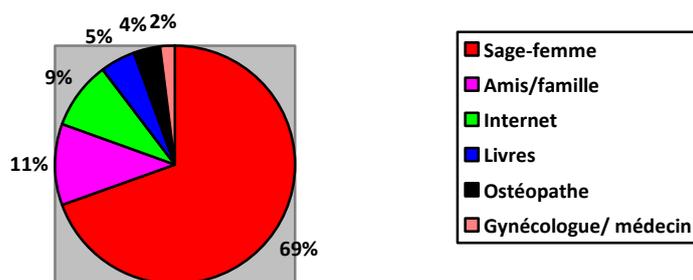


Durant les entretiens, plusieurs patientes déclarent n'avoir reçu aucune information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement: « on ne m'a pas parlé de positions

*pour accoucher (...) on ne m'a ni parlé de mobilisation* ». Nous pouvons noter que parmi toutes les patientes qui n'en ont pas reçue, 75,71% auraient aimé en recevoir une.

Si nous nous intéressons uniquement aux patientes qui ont reçu une information durant leur grossesse et/ou durant leur accouchement, l'origine de cette information se répartie comme exposé par la figure 5.

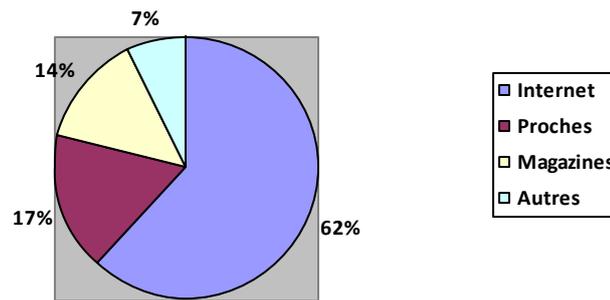
**Figure 5: Origine de l'information des patientes.**



L'information est majoritairement transmise par le biais des sages-femmes (figure 5). Nous constatons une absence totale d'information chez de nombreuses femmes qui n'ont pas rencontré de sages-femmes durant leur grossesse : *“Zéro (...) j'ai pas reçu d'information sur les positions (...) potentiel”*. Néanmoins, certaines patientes qui ont été suivi par une sage-femme déclarent ne pas avoir reçu d'information durant leurs consultations de suivi de grossesse : *« je sais que ça doit être pendant les cours qu'on en parle mais bon ils auraient pu m'en parler pendant une consultation »*. Enfin, parmi les patientes qui ont été informées par un professionnel de santé (sage-femme, ostéopathe, gynécologue, médecin) 6,11% déclarent ne pas avoir été informées spontanément et estiment qu'elles ont dû demander pour recevoir cette information.

52,07% des femmes de l'étude sont allées chercher des informations complémentaires. Les patientes insatisfaites ou très insatisfaites de l'information reçue par les soignants sont allées rechercher significativement plus d'informations complémentaires que les patientes satisfaites ou très satisfaites, 74,07% versus 19,67%,  $p < 0,001$ . Les sources qui ont permis aux patientes de compléter leurs informations sont représentées par la figure 6.

**Figure 6: Sources des informations complémentaires.**



Ce ne sont souvent pas des sources de données médicales. Les forums constituent la source principale d'information sur internet: « *c'est pas des sites très médicaux sur lesquels je suis allée (...) plus des forums* ».

En résumé, l'information est principalement délivrée spontanément par les sages-femmes durant les cours de PNP en fin de grossesse. Les patientes qui ont participé à ces cours ont été significativement plus informées. Plus de la moitié des femmes n'ont pas reçu d'information sur la mobilisation et le positionnement durant leur grossesse. De plus, 17% des femmes n'ont reçue aucune information, pendant la grossesse et l'accouchement, alors que dans 3 quarts des cas elles auraient aimé être informées. Ce qui est en lien avec le fait que plus de la moitié des femmes, et significativement plus celles qui ne sont pas satisfaites des informations médicales, sont allées chercher des informations complémentaires surtout par le biais de forum sur internet (figure 6).

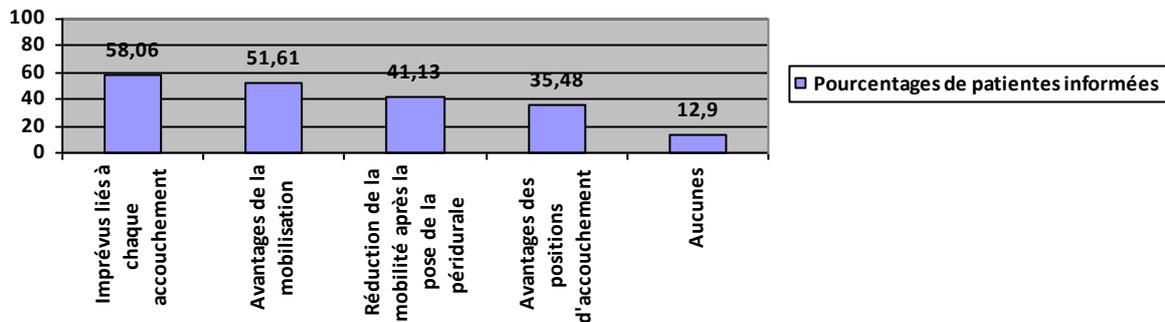
### 3.4 Contenu de l'information.

#### 3.4.1 Informations par les professionnels de santé.

66,42% des patientes déclarent avoir été informées et orientées sur les positions qui peuvent soulager la douleur. 34,23% des patientes estiment qu'elles ont été informées des limites de la mobilisation et des positions d'accouchement.

Le graphique ci-dessous représente le pourcentage de patientes informées selon les grands thèmes qui peuvent être abordés à propos de notre sujet. Il regroupe les données de 124 patientes ayant répondu à cette question.

**Figure 7: Thèmes abordés par les professionnels de santé.**



Concernant les positions pour soulager la douleur, nous retrouvons l'utilisation du ballon en faisant des mouvements de bassin dessus, la suspension et le fait de se pencher en avant avec le ventre « dans le vide ». Dans un cas la sage-femme a dit qu'il n'existait pas de position pour se soulager. « *j'ai demandé les positions pour soulager la douleur (...) le seul truc (...) c'était la péridurale sinon il pouvait rien me dire* ».

Concernant les positions pour faire descendre le fœtus, les patientes évoquent majoritairement la marche, les mouvements de bassin sur le ballon, la position sur le côté qui permet d'ouvrir le bassin : « *sur le côté c'était bien parce que ça permettait d'ouvrir davantage* » « *il fallait (...) surtout après qu'on nous ait posé la péridurale continuer à faire des mouvements au niveau du bassin pour que la tête du bébé puisse faire son cheminement* ».

Enfin, pour les positions d'accouchement, la position gynécologique est présentée comme la position traditionnelle, la plus facile pour le professionnel de santé mais pas la plus physiologique : « *la position gynécologique classique (...) c'est pas forcément la plus optimale* ». La position sur le côté est souvent évoquée mais plus pour les multipares « *sur le côté on pouvait mais que si on avait déjà accouché* ». Les positions debout, à quatre pattes, semi assise et accroupi sont expliquées mais présentées comme des pratiques d'autres pays : « *on nous a aussi expliqué que dans d'autres pays on pouvait accoucher accroupi debout* ».

Les patientes ont plusieurs fois été informées de ce qui se pratiquait réellement à l'hôpital au sujet des positions et de la mobilisation. Ces informations sont souvent plutôt négatives : « avec la péridurale on pouvait plus bouger (...) c'était important de rester sur le dos sinon on captait plus le bébé et sinon on avait la péridurale que de un côté (...) en gros il m'a dit qu'avec la péridurale ce serait la sage-femme qui me dirait quoi faire » « j'avais vu la position semi-assise et la position à quatre pattes donc je lui ai demandé son avis mais elle m'a dit que ça se faisait pas en France à l'hôpital (...) de toute façon ce serait pas nous qui allons choisir mais la sage-femme de l'accouchement donc (...) ce serait sûrement la position classique ».

95,52% des patientes qui ont reçu une information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement de la part des professionnels les ont reçues de manière orale. Aucune patiente de l'étude n'avait reçu uniquement une information écrite au sujet de cette thématique. Enfin, 4,48% des patientes interrogées déclarent avoir reçu une information orale et écrite de la part des professionnels. Dans 2 entretiens, nous retrouvons la notion de pratique physique et dans 1 entretien, nous notons l'utilisation d'un bassin miniature pour illustrer les explications, ce qui est adéquat pour les patientes car cela permet une concrétisation des informations : « elle a pris un modèle réduit de bassin et elle nous l'a montré et j'ai trouvé ça très bien parce que ça concrétise » « on a testé celle où on était le plus à l'aise ».

### **3.4.2 Sources d'informations complémentaires.**

D'après les réponses des patientes, les recherches de compléments s'orientaient principalement selon 3 axes :

- Support visuel pour se remémorer ce qui a été abordé avec les professionnels de santé « pour être plus maitresse de [son] accouchement ».
- Un ensemble d'informations sur la mobilisation et les positions d'accouchement pour les patientes n'ayant eu aucune information. Ces sources évoquent des mouvements sur le ballon pour soulager la douleur et la marche pour favoriser la descente du fœtus dans le bassin. Pour les positions d'accouchement, on retrouve la position à quatre pattes, la position accroupi, la position semi-assise ou la position sur le côté qui faciliteraient l'expulsion en opposition à la position gynécologique. La diminution des

déchirures grâce à la position sur le côté est aussi retrouvée: « *il parlait de (...) accroupi ou on peut être sur le côté (...) des positions qui facilitent la descente du bébé (...) qui vont peut-être faciliter aussi la poussée (...) en position gynéco on crée un angle qui (...) gêne donc ça fait un effort supplémentaire sur la poussée sur le périnée*».

- Les informations concernant le lieu choisi pour l'accouchement pour savoir ce que l'équipe médicale pratique et ce qu'il est possible de faire selon les locaux.

Concernant les informations recueillies sur internet, le doute sur la véracité des données est présent dans la majorité des entretiens: « *on lit un peu tout et n'importe quoi aussi sur internet* » « *le gros problème avec internet c'est que (...) on sait pas ce qui est vrai ou pas* ». Lors des entretiens les patientes ont communiqué des informations erronées qu'elles ont recueillies sur internet qui possèdent parfois un caractère angoissant : « *le ballon déclenche l'accouchement* » « *si on accouche à quatre pattes on fait caca sur le bébé (...) si on marchait pendant le travail le bébé pouvait tomber et du coup s'assommer (...) ça fait peur quand même*».

### **3.4.3 Informations et pratique à la maternité.**

Concernant la période du travail et de l'accouchement, dans 44,14% des cas, il n'a pas été proposé aux patientes de se mobiliser avant la pose de l'APD. Dans 60,40% des cas, elles sont restées immobiles sur le dos à partir du moment où l'APD a été posée. Pour expliquer cela, plusieurs justifications données par l'équipe prédominent : les câbles pour la surveillance materno-fœtale, la diffusion bilatérale de l'APD et parfois aucune explication. Cette immobilisation est souvent associée à un mauvais vécu : « *j'ai été immobilisée tout le temps (...) donc c'était très très long* ». Lorsque les patientes sont mobilisées après la pose de l'APD, les positions utilisées sont des positions horizontales sur le côté droit ou gauche. De plus, dans les entretiens, les femmes évoquent leur impression d'avoir été « mis » dans des positions sans propositions au préalable: « *elle me mettait une fois à gauche et une fois à droite* ». Dans 82,26% des cas, les patientes n'ont pas reçu d'explications au sujet de l'intérêt des positions qui leur étaient proposées. Ce manque d'information est souvent associé à un sentiment de déception : « *je pense que c'était pour que la péridurale aille bien partout mais (...) elle m'a pas dit (...) c'est dommage* ». Certaines ont tout de même été informées de

l'utilité des positions : « *elle m'a mis sur le côté elle m'a dit quand même que c'était pour faire descendre le bébé* ».

Dans la population étudiée, 84% des patientes ont accouché avec une sage-femme, Parmi ces patientes, 94,03% ont accouché en position gynécologique et dans 11,2% des cas, une alternative à la position gynécologique a été proposée. Pour les patientes qui ont accouché en position gynécologique, on retrouve par le biais des entretiens, dans la majorité des cas une absence de prise en compte de l'avis de la patiente et une imposition de cette position : « *on m'a rien proposé on m'a dit vous vous mettez comme ça* » « *j'ai fait comme tout le monde j'ai mis les pieds dans les étriers sans poser de questions* ». Parmi les 8 patientes qui ont accouché dans une autre position que la position gynécologique il y avait 2 primipares et 6 multipares. 2 femmes ont accouché en position « semi-assise », 4 sur le côté et 2 à quatre pattes.

Lors de plusieurs entretiens, nous pouvons relever qu'il existe une différence entre les informations apportées lors de la grossesse et ce que les patientes arrivent à mettre en pratique : « *j'ai l'impression qu'on apprend plein de chose et finalement que ça se passe toujours un peu pareil* ». Les patientes expriment un besoin d'être accompagnées dans la mobilisation et le choix des positions : « *j'étais vraiment toute seule (...) donc je suis restée vraiment sur le dos* ».

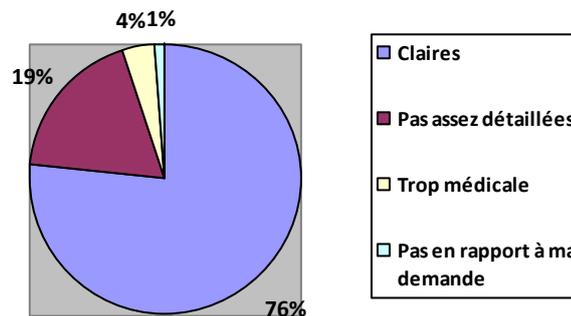
### **3.5 Satisfaction au sujet de l'information.**

Quand les patientes ont reçu une information de la part d'un professionnel de santé, 64,66% estiment que l'information obtenue a répondu à leur demande, 25,86% estiment que les informations obtenues n'ont répondu que partiellement à leur demande et enfin 9,48% des patientes considèrent que les informations délivrées n'ont pas répondu à leur demande. Les patientes ayant participé à des cours de PNP sont significativement plus satisfaites de l'information que les patientes qui n'en ont pas fait avec 80% de femmes satisfaites versus 57,78% ( $p < 0,05$ ). Par contre, il n'existe pas de différence significative en terme de satisfaction entre les patientes ayant suivi des cours collectifs et celles ayant suivi des cours individuels, 100% de femmes satisfaites versus 76,92%,  $p > 0,05$ . Ces informations les ont rassuré, leur ont permis de mieux appréhender l'accouchement. « *j'ai trouvé ça très bien ces infos (...) j'aurais pas aimé ne pas les avoirs* » « *en fait c'était très complet (...) ça m'a*

rassurée ». A l'inverse, les patientes qui n'ont reçu que peu ou pas d'informations expriment de la tristesse, de la déception, de l'appréhension, de la frustration et parfois de l'énervement: « c'était (...) une appréhension de pas savoir ce que je pouvais faire » « je suis déçue (...) j'ai un peu l'impression (...) d'être passé à côté de certaines choses de ma grossesse ».

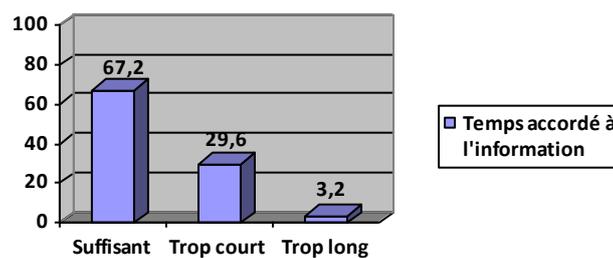
Concernant la clarté des informations reçues par les professionnels de santé, les données recueillies sont représentées par la figure 8.

**Figure 8: Qualification de l'information reçue par les professionnels de santé.**



La figure 9 expose l'avis des patientes en ce qui concerne le temps accordé à l'information à propos de la mobilisation et des positions d'accouchement.

**Figure 9: Temps accordé à l'information de la mobilisation et des positions d'accouchement par les professionnels de santé.**

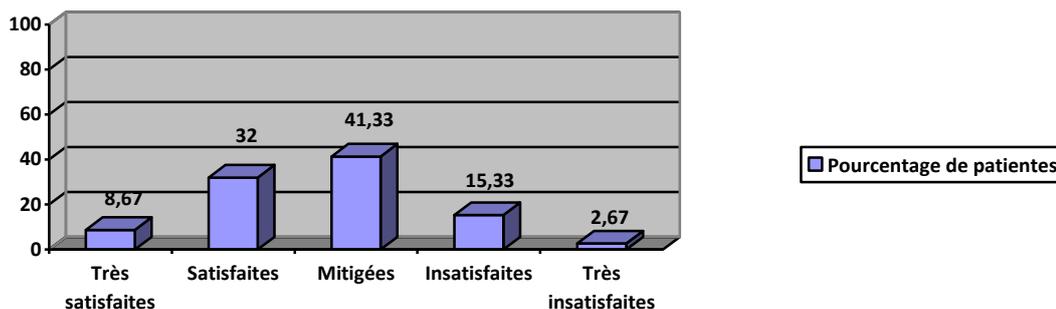


Enfin, concernant l'application possible de cette information, les questionnaires ont permis de faire remonter que 47,22% des patientes étudiées ne se sont pas senties libres durant le travail de se mettre dans les positions qu'elles souhaitaient. 37,93% des patientes ne se sont pas senties libres de refuser les positions proposées par l'équipe médicale. Cette

omniprésence du professionnel de santé dans les différents choix de positions est évoquée aussi lors des entretiens: « *vous laissez tous pas trop la place à d'autres méthodes que celle que vous avez appris où vous vous sentez le mieux (...) on a pas trop notre mot à dire* » « *on nous pousse à dire oui [pour la péridurale] vu qu'on nous propose rien d'autre pour nous soulager* » « *c'est un confort pour les professionnels de santé pour pas nous accompagner mais (...) on devrait nous proposer autre chose si on supporte bien* ». Lorsque les patientes décrivent l'utilisation des positions au moment du travail ou de l'accouchement, elles utilisent des verbes passifs, ce sont les professionnels de santé qui les ont « mis » dans les différentes positions. Les patientes ne se sentent pas libres de leurs mouvements du fait du manque d'explications: « *surtout nous expliquer ce que vous proposez et ce que vous faites parce que (...) on a l'impression d'être des marionnettes (...) c'est pas très agréable* ». De plus, 30,77% des patientes déclarent s'être retrouvées dans une position qu'elles jugent inconfortable pendant le travail. Deux raisons principales semblent responsables de cet inconfort : le maintien prolongé dans une position et l'installation dans une position sans prise en compte du ressenti de la patiente. Les patientes mobilisées avant la pose de l'APD sont significativement plus satisfaites que celles restées immobiles, 82,61% de femmes satisfaites versus 53,66%,  $p < 0,05$ . Il en est de même concernant la différence de satisfaction entre les patientes qui ont été mobilisées après la pose de l'APD et celles qui ne l'ont pas été, 94,59% de satisfaites versus 47,92%,  $p < 0,01$ .

L'échelle de satisfaction, concernant l'information globale reçue pendant la grossesse et pendant l'accouchement par des professionnels de santé au sujet de notre thématique, nous donne les résultats indiqués dans la figure 10.

**Figure 10: Satisfaction des patientes au sujet de l'information reçue sur la mobilisation et les positions d'accouchement.**



La note moyenne attribuée à l'information sur la mobilisation et les positions d'accouchement obtenue par des professionnels de santé est de 6,03/10. Les patientes qui ont reçu une information sont significativement plus satisfaites que les patientes qui n'en ont pas reçu, 89,58% versus 46,34%,  $p < 0,001$ .

Une information complète semble utile aux patientes : « *Tout était utile c'était suffisamment complet pour que tout soit dedans* ». De manière plus précise la mobilisation et les positions pour se soulager semblent utile aux femmes: « *donc ce qui m'a le plus servi (...) c'était ce qui m'a soulagée* ».

### 3.6 Le souhait des patientes.

Concernant les modalités de délivrance de l'information, les patientes sont unanimes, tous les professionnels de santé devraient informer les patientes à ce sujet: « *faut que les sages-femmes et les médecins en parlent parce que (...) certaines femmes vont voir que des sages-femmes et l'inverse aussi que des médecins* ». Les cours de PNP restent le lieu où selon les femmes, il faudrait délivrer les informations sur notre thématique. Les patientes souhaiteraient que lors des consultations, une information soit délivrée de façon systématique:

*«en parler pendant les consultations (...) et pas que aux cours parce que (...) il y en a qui peuvent pas y aller».*

Les patientes estiment que l'information devrait être délivrée à partir du 2<sup>e</sup> trimestre pour qu'elles puissent se l'approprier et en bénéficier durant la grossesse. Elles aimeraient aussi qu'il y ait des rappels à la fin de la grossesse ou à l'arrivée à la maternité. *«je pense qu'au milieu du 2eme trimestre se serait bien (...) ça permet de commencer à se projeter» «je pense que c'est essentiel d'en reparler à la fin de la grossesse (...) pour qu'on se rappelle ».*

Les femmes expliquent qu'elles souhaiteraient une information adaptée à la demande et aux besoins de chacune d'entre elles: *«demander est ce que ça vous intéresserait d'avoir des informations quitte à rediriger (...) vers quelqu'un qu'est spécialisé».* Cette information devrait aussi être en adéquation avec ce qu'il peut se faire dans la maternité où elles vont accoucher: *« quand on vient pour faire le dossier nous dire ce qu'on fait dans la maternité (...) pour pas que (...) on s'imagine des trucs qui sont pas possibles dans la maternité ».*

Les femmes aimeraient aussi de la pratique physique lors de la délivrance des informations pour s'approprier les positions qui leur sont proposées et faciliter la compréhension: *« proposer des exercices pour s'entraîner parce que (...) des fois on comprend pas forcément ».*

Les patientes expriment un désir d'informations pour pouvoir choisir et gérer leur accouchement comme elles le souhaitent: *«les informations nécessaires c'est tout ce (...) qui nous permet d'être autonome (...) de pouvoir participer aux décisions » « on pourrait presque tout gérer toute seule (...) ce serait trop bien ».*

Les sujets que les patientes aimeraient aborder avec les professionnels de santé sont principalement les positions antalgiques *« je pense qu'il faut pas manquer (...) l'information sur la gestion de la douleur »*, les positions qui facilitent la descente du fœtus dans le bassin et les différentes positions d'accouchements *« il faut aussi dire les différentes positions pour accoucher qu'est ce qu'elles ont de bien qu'est ce qu'elles ont de pas bien».* Pour chaque catégorie, les patientes souhaiteraient recevoir, les avantages et les inconvénients potentiels: *« pour chaque positions les avantages (...) et ce que ça peut faire de mauvais».*

De manière plus sporadique, certaines patientes expliquent qu'elles voudraient des informations sur la physiologie de l'accouchement: « *il faut apporter ces informations physiologiques pour (...) mieux comprendre* ».

Au moment de l'accouchement, les patientes aimeraient une adaptation des propositions aux caractères physiques des femmes « *proposer aux femmes des positions qui leur conviennent peut être mieux par rapport à leur physique ou leur capacité physique* ». Elles voudraient une explication sur l'utilité des positions et que les professionnels leur laisse le choix. « *savoir qu'on est pas obligé de subir* » « *surtout nous expliquer ce que vous proposez et ce que vous faites* ».

De façon unanime, les femmes demandent une information orale et écrite pour illustrer les propos. Cette information écrite permet une remémoration lorsque la patiente sera seule: « *un support pour pouvoir une fois rentrer à la maison reprendre tranquillement* ». Elles aimeraient, le cas échéant, que nous les orientions vers des liens internet ou des magazines « médicaux » qui leur permettraient d'avoir une information la plus juste possible: « *des liens sur internet ou des noms de magazines qu'on tombe pas sur des trucs débiles (...) qui nous font peur* ». Certaines patientes proposent aussi que les professionnels de santé créent un site national à ce sujet avec des vidéos et des explications illustrées. « *une association de sage-femme peut nous faire un site interactif avec des images des vidéos (...) des explications pour qu'on puisse faire chez nous après les cours* ».

## 4 Discussion

### 4.1 Résumé des principaux résultats.

La moyenne d'âge est de 30,2 ans pour les questionnaires et de 31,4 ans pour les entretiens. Pour les questionnaires, il y a 43,33% de primipares et 56,67% de multipares. 4 primipares et 6 multipares ont accepté de répondre aux entretiens.

Nous avons pu montrer, au travers de notre étude, que dans 69% des cas la sage-femme est à l'origine de l'information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement surtout lors de cours de PNP. Les patientes suivies par d'autres professionnels de santé que les sages-femmes ont rarement reçu une information sur cette thématique. De plus, seulement 25,37% des femmes qui n'ont pas fait de cours de PNP ont été informées et 17% des femmes n'ont reçu aucune information alors que dans 3 quarts des cas elles auraient aimé être informées. 52% des patientes utilisent des moyens de communication non médicaux pour obtenir des informations ou approfondir les informations communiquées par les professionnels de santé. Les patientes insatisfaites ou très insatisfaites par l'information donnée par les professionnels médicaux ont fait significativement plus de recherches. Internet est utilisé dans 62% des cas. Les femmes déplorent le manque de sûreté des informations retrouvées sur ces sites.

Les informations majoritairement délivrées par les professionnels de santé sont les informations au sujet des positions pour soulager la douleur, la mobilisation pour faire avancer le travail et les différentes positions d'accouchement. Cela correspond aux thématiques qui intéressent les patientes néanmoins elles aimeraient une information plus complète. Toutefois, des informations non actualisées sont transmises aux femmes comme l'immobilité après la pose de la péridurale et l'impossibilité de pouvoir réaliser ces positions à la maternité. Les informations délivrées concernant la mobilisation pendant le travail et la position d'accouchement revêtent souvent un caractère négatif. De plus, la position gynécologique reste présentée comme la position traditionnelle pour la naissance en France,

les autres positions étant réservées à d'autres pays. Peu de patientes ont reçu une information au sujet des inconvénients et contre-indications potentielles des différentes postures.

Concernant la satisfaction, les résultats sont très variables. Dans 65% des cas l'information délivrée par le professionnel de santé a répondu à la demande des femmes. Nous constatons que la différence de satisfaction est significative entre les patientes ayant reçu une information et celles n'en ayant pas reçu. De plus, dans seulement 4,48% des cas un support écrit a été utilisé.

Les patientes demandent une information au cours de la grossesse quel que soit le professionnel qui les suit. Elles aimeraient recevoir une information qui les rendrait le plus autonome possible et que leur avis à ce sujet soit pris en compte. En effet, près de la moitié des patientes ne se sont pas senties libres de se mobiliser pendant leur travail et 40% ne sentaient pas libres d'exprimer leur refus pour certaines positions. Nous notons aussi que 60,4% des femmes estiment être restées immobiles sur le dos après la pose de l'APD malgré les effets bénéfiques démontrés de la mobilisation. Les patientes ayant été mobilisé avant ou après la pose de l'analgésie sont significativement plus satisfaites que les patientes ne l'ayant pas été. De plus, nous constatons que dans seulement 11,2% des cas une alternative à la position gynécologique a été proposée à la patiente. Les patientes dénoncent le paternalisme de la part des professionnels de santé qui prennent ces décisions sans concertation avec la patiente. Elles ressentent que ce choix est parfois fait plus pour le bien être des professionnels que pour leur bien-être personnel.

## **4.2 Discussions des résultats et comparaison à la littérature.**

### **4.2.1 La provenance des informations.**

Pour les patientes qui ont reçu une information, on constate que cette dernière provenait majoritairement des sages-femmes lors des cours de PNP. Or, d'après des études récentes, 48% des femmes enceintes n'ont pas accès à ces cours ce qui concorde avec les résultats de notre étude (23). C'est un pourcentage non négligeable de patientes qui ne reçoivent pas d'information. C'est pourquoi, même si les cours de PNP ont pour objectif d'accompagner les femmes dans leur grossesse et leur accouchement et de les initier à

certaines techniques de détentes et de postures pour faciliter la descente, il semble indispensable que les professionnels de santé informent les femmes sur notre sujet lors des consultations de grossesse ou les orientent afin qu'elles puissent avoir accès à une information claire loyale et appropriée (21) (22).

Notre étude met aussi en évidence que d'après les patientes, c'est le rôle de la sage-femme de les informer. Elles estiment que la sage-femme a un rôle prépondérant dans cet accompagnement. La dispensation des cours de PNP et le suivi de grossesse font effectivement partie des compétences de la sage-femme ce qui leur confèrent une place importante auprès des femmes durant leur grossesse (38). Néanmoins, il se trouve que tous les professionnels de santé ont un devoir d'information auprès des patients qu'ils prennent en charge (29). Il est donc anormal que certaines femmes déclarent ne pas avoir reçu d'information lorsqu'elles n'ont pas fait de cours de PNP et surtout si elles n'ont pas été suivies par une sage-femme. Notre sujet devrait donc être abordé par tous les professionnels de santé lors du suivi de grossesse. D'après l'enquête nationale périnatale de 2010, 66,8% des femmes sont suivies durant leur grossesse par un gynécologue obstétricien et 4,7% par un médecin généraliste (37). Même si le pourcentage des sages-femmes assurant le suivi de grossesse est en augmentation, on constate qu'un taux important de patientes ne sont pas suivies par ces dernières et ont un risque majoré de ne pas être informées sur notre sujet.

#### **4.2.2 La qualité des informations reçues et la satisfaction des patientes.**

Le CSP ainsi que plusieurs sociétés savantes stipulent clairement que les patientes ont le droit à une information claire loyale et appropriée concernant le déroulement de l'accouchement et les pratiques qui l'entourent (29) (30) (32). Notre étude met néanmoins en évidence que 17,33% des femmes n'ont reçu aucune information au sujet de la mobilisation et des positions d'accouchement durant leur grossesse. Nous pouvons donc remettre en question le choix éclairés des patientes concernant le vécu de leur accouchement ainsi qu'en ce qui concerne le choix de la péridurale. Les patientes n'ayant pas obtenu d'informations médicales loyales, claires et appropriées en ce qui concerne les positions potentiellement antalgiques ne peuvent demander de manière éclairée la péridurale. Ce chiffre est aussi à mettre en avant du fait que parmi ces femmes, 75,71% auraient aimé recevoir une information à ce sujet.

Des études récentes tendent à démontrer les avantages de la mobilisation et des positions d'accouchement en ce qui concerne le travail et l'expulsion, néanmoins respectivement 52% et moins de 40% des femmes interrogées ont été informées de ces avantages (8) (9) (10) (11). Ces chiffres mettent en avant un manque de prise en compte des études réalisées et des connaissances médicales actuelles. Ce qui pose aussi la question de la formation continue des professionnels de santé et de la qualité du contenu de ces formations.

Les informations principalement abordées sont les positions antalgiques avec l'utilisation du ballon et la suspension. Les positions qui favorisent la descente du mobile fœtal comme la marche, l'utilisation du ballon et le décubitus latéral sont aussi souvent évoquées. Nous constatons que dans chacune de ces 2 catégories, il semble qu'il y ait peu de solutions possibles une fois la péridurale posée. Si les positions antalgiques sont peu utiles sous APD, les positions facilitant la descente du fœtus sont intéressantes pour un travail harmonieux sans utilisation de thérapeutiques alopathiques. Nous remarquons que l'ensemble des positions verticales accessibles après la pose de l'APD ne semblent pas avoir été évoquées (position assise, quatre pattes). Des études ont pourtant démontrées leur intérêt concernant la diminution du temps de travail et d'expulsion sans augmentation des traumatismes per nataux ainsi qu'une diminution des accouchements assistés (8) (9) (10) (11). Cette information des femmes concernant uniquement la période précédant l'APD évoque une gestion autonome avant l'analgésie puis une dépendance auprès de l'équipe médicale. Cette dépendance et ce paternalisme sont d'ailleurs clairement soulignés par les patientes.

Certaines informations erronées influencées par des croyances empiriques ou des suppositions circulent encore. Nous retrouvons notamment l'obligation de maintenir un décubitus dorsal après l'APD et l'impossibilité de choisir une alternative à la position gynécologique en France pour accoucher. Ces informations vont clairement à l'encontre des résultats des études scientifiques réalisées et des recommandations (2) (7) (8) (9) (10) (11).

Ces études démontrent aussi les potentielles inconvénients et complications que peuvent entraîner la mobilisation et les différentes positions d'accouchements. Les alternatives à la position lithotomique augmenteraient le volume des pertes sanguines et les positions verticales semblent accroître le taux de déchirures du second degré (9). Ces paramètres qui constituent une cause de morbidité et mortalité maternelle non négligeable ne

sont que rarement évoqués auprès des patientes. De plus, le maintien prolongé dans une position durant le travail peut entraîner des compressions nerveuses à l'origine de paresthésies dans le post partum (15) (16) (17) (18). Il semble donc indispensable d'informer les patientes à ce sujet et de leur permettre de se mobiliser régulièrement.

#### **4.2.3 Les moyens de communication non médicaux.**

Internet reste le moyen de communication non médical le plus utilisé par les femmes qui souhaitent obtenir un complément d'information. Néanmoins, notre revue de la littérature met en évidence l'absence de vérification systématique des informations diffusées sur cette plateforme et donc leurs potentielles non-conformités (34) (35). Les patientes évoquent cela aussi au travers d'informations erronées et potentiellement anxiogènes qu'elles ont lu sur des sites internet. Elles expriment leur manque de confiance en cette plateforme qui reste cependant un outil très fortement utilisé comme le montre notre étude qui confirme les résultats trouvés lors de nos recherches (36). Les informations majoritairement recherchées sont des supports visuels lorsque l'information a été délivrée de manière orale par un professionnel de santé, un ensemble d'information pour les patientes n'en ayant pas reçu et une information sur la pratique dans le lieu d'accouchement choisit.

A ce sujet, les patientes expriment une volonté d'avoir accès à des sites médicaux qui traitent de notre thématique. Ces sites pourraient être tenus par des professionnels de santé ou appartenir à la maternité où elles ont décidé d'accoucher. Une patiente évoque la création d'un site internet géré par une association de sage-femme qui diffuserait des informations conformes à l'état des connaissances actuelles. Cette alternative semble intéressante à exploiter et à soumettre aux différentes instances nationales : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), Collège des Sages-Femmes, Société Française de Maïeutique (SFMA).

#### **4.2.4 La mise en pratique à la maternité.**

D'après l'OMS et le CNGOF, il est recommandé de laisser une liberté de mouvements aux patientes durant le travail et l'accouchement, de déconseiller l'utilisation prolongée de la position dorsale pendant le travail et de promouvoir d'autres positions que la positions

gynécologiques au moment de l'expulsion notamment les positions dites verticales (2) (7). Or notre étude montre que presque la moitié des femmes interrogées ne se sont pas senties libres de bouger comme elles le désiraient et que 38% ne se sont pas senties libres de refuser les positions proposées par les professionnels. Nous avons aussi pu constater que dans respectivement 44% et 60% des accouchements l'équipe médicale n'a pas proposé aux patientes de se mobiliser avant l'APD et les patientes sont restées immobiles sur le dos à partir du moment où l'APD a été posée. Les équipes soignantes justifient cela par la nécessité d'une surveillance materno-fœtale et la diffusion bilatérale de la péridurale. Ces justifications sont à réactualiser au vu des données de la littérature actuelle sur l'évolution du travail physiologique. Enfin, 94,03% ont accouché en position gynécologique et dans 11,2% seulement des cas une alternative à la position gynécologique avait été proposée à la patiente. Toutes ces données recueillies pointent le non-respect des recommandations des sociétés savantes dans de nombreux cas. Elles vont à l'encontre du devoir des professionnels qui est de proposer des variantes positionnelles aux patientes et d'encourager les femmes à mener à bien leur projet de naissance (19). De plus, lors des entretiens les patientes expriment qu'elles « ont été mises » dans les différentes positions parfois sans leur accord et sans explication. Ce positionnement presque forcé entraîne un sentiment de mal-être auprès des femmes qui se sentent « *comme des marionnettes* ». Une étude internationale publiée en janvier 2017 expose un sentiment de « viol » de la part des patientes lorsque l'information délivrée, quel que soit le thème, n'a pas été claire loyale et appropriée et lorsque leur consentement n'a pas été demandé. Cette étude est un point fort qui met en avant l'importance de l'information (39).

D'après l'ENP de 2010, 52% des patientes ne désirant pas de péridurale en ont finalement pris une durant le travail. Les facteurs responsables de ce changement d'avis sont majoritairement dus à l'organisation du service. La consultation obligatoire d'anesthésie au 9<sup>e</sup> mois et la présence de l'anesthésiste dans la salle de naissance influencent aussi la demande d'APD (14) (24). Le choix des patientes à ce sujet ne peut pas être considéré comme totalement libre. De plus, l'ocytocine et la surcharge de travail pour la sage-femme prenant en charge la patiente favorisent la prise de l'APD (14) (24). Nous remarquons donc la place primordiale de l'accompagnement des patientes lors du travail pour la gestion de la douleur qui pourrait être faite par le positionnement. Ces données sont aussi relevées dans les entretiens avec les patientes qui expriment la volonté d'avoir un soutien et un

accompagnement sur cette thématique. Concernant l'ocytocine et la prise de l'APD on peut supposer que la mobilisation et le positionnement pourrait trouver ici toute leur utilité. En effet, les études ont démontré que la mobilisation et les positions verticales diminuent l'emploi d'ocytocine par le biais de l'accélération du travail ce qui pourrait diminuer l'APD pour les patientes qui ne le souhaitent pas (8) (9) (11). Cet effet pourrait être potentialisé par la pratique des positions antalgiques.

Notre étude pointe le paternalisme des professionnels de santé à ce sujet qui sont encore les dirigeants au moment de l'accouchement. Le peu d'informations délivrées dans certains cas permet un maintien de cette position de supériorité de par la connaissance médicale. Dans moins de 20% des cas les patientes ont été informées de l'intérêt des différentes positions et dans 34% des cas de leur inconvénient. Ces données montrent le manque d'informations mises à disposition des patientes leur permettant de participer à la décision médicale. De plus, des informations évoquant l'impossibilité de la mobilisation et des alternatives à la position gynécologique sont encore divulguées pendant la grossesse.

#### **4.2.5 Le souhait des patientes.**

Nous constatons que seulement dans 65% les professionnels de santé ont répondu à la demande des patientes concernant notre thématique. Dans 35% des cas l'information délivrée ne peut être considérée comme une bonne information qui consiste notamment à « *prendre en compte les attentes de la femme ou du couple* » (30). Nous remarquons aussi qu'une information globale et complète est associée à une satisfaction de la part des patientes. A l'inverse, un manque d'information est associée à de la déception, de l'anxiété, de la frustration et de l'énervement.

Lors des entretiens, plusieurs souhaits des patientes ont été évoqués. Les patientes souhaiteraient recevoir une information quel que soit le professionnel qui suit la grossesse et même si elles ne font pas de cours de PNP. Elles aimeraient une information adaptée à chacune d'entre elles alors que plus d'un tiers des femmes interrogées estiment que les informations reçues n'ont répondu que partiellement ou pas du tout à leur demande. Elles désireraient des exercices pratiques lors des cours de PNP ainsi que des informations approfondies sur les positions antalgiques. Leur souhait serait de recevoir de manière écrite et

orale les informations pour se les approprier et prendre part à la décision des soignants. De plus, les patientes expriment une volonté de recevoir des informations plus adaptées à leur lieu d'accouchement. Ces données pourraient être mises en relation avec le fait que les cours de PNP, qui sont la principale source d'information sur notre thématique, sont dans 86% des cas dispensés par des sages-femmes libérales (25). Nous pourrions donc envisager une augmentation des cours proposés dans les maternités ou une obligation des sages-femmes libérales proposant ces séances de s'informer sur les pratiques des hôpitaux de leurs secteurs. Ces ambitions restent compliquées à mettre en place du fait des différences de prise en charge selon les professionnels au sein d'un même centre hospitalier. De plus, le manque de mobilisation, le manque d'accompagnement et l'immobilité imposée pour la surveillance materno-fœtale pointent l'intérêt de la formation continue pour que les soignants puissent adapter leur pratique clinique aux connaissances actuelles.

Dans notre étude, moins de 5% des patientes déclarent avoir reçu les informations selon ces modalités. Lorsque nous mettons ses données en parallèle des données de la littérature nous nous rendons compte que les patientes demande uniquement ce qui est recommandé par les sociétés savantes notamment par la HAS (22) (29) (30) (31) (38). Elles mettent donc en avant le manque de respect par certains professionnels de santé des recommandations et obligations. Ces informations sont d'autant plus importantes qu'une étude réalisée en 2012 démontre que l'existence d'une information préalable était liée à un nombre significativement plus important de femmes mobilisées ( $p < 0,0001$ ) (40).

### **4.3 Forces de l'étude.**

Notre étude composée d'une analyse quantitative et d'une analyse qualitative a permis un recueil des données global et une analyse aussi complète que nous le permettait le temps donné par les obligations du diplôme. La partie relative aux entretiens semi-dirigés nous permet d'affiner le ressenti des patientes et de rechercher des axes d'améliorations précis par rapport à leurs souhaits.

Nous avons interrogé des patientes de parités différentes suivies par des professionnels de santé différents en libérale ou en hospitalier. De plus, notre étude a été réalisée dans des

maternités de niveaux différents, prenant en charge des populations ayant des caractères cliniques, psychologiques et sociaux différents. Ce choix de maternités nous a permis d'étudier un échantillon qui se rapproche de la population générale.

Notre étude s'intéresse à la satisfaction des patientes au sujet de l'information à propos de la mobilisation et des positions d'accouchement. Cette démarche est dans la lignée des recommandations de la HAS qui préconisent une évaluation de la satisfaction des patientes au sujet de l'information qui leur a été délivrée. La HAS, recommande pour cela de mener des enquêtes auprès des personnes afin de savoir si l'information leur a été donnée et de quelle manière (30).

#### **4.4 Limites et biais.**

Notre étude menée sur une durée limitée par les obligations du diplôme contient quelques biais notamment en ce qui concerne la sélection des patientes. Il est donc difficile de généraliser nos résultats à toute la France pour plusieurs raisons. En effet, nous avons réalisé notre étude dans deux maternités des Yvelines contrairement aux quatre maternités envisagées au début. Ces informations correspondent à un secteur restreint. De plus, nos deux maternités sont aussi des maternités publiques nous n'avons donc pas de comparatif avec les informations reçues dans des centres hospitaliers privés. Les informations perçues par les patientes dépendent du professionnel de santé qui a suivi la grossesse et de l'activité en salle de naissance le jour de l'accouchement. Enfin, ces informations déclaratives peuvent être influencées par le déroulement de leur grossesse et le vécu de l'accouchement.

#### **4.5 Perspectives et implications.**

Notre étude permet de faire un état des lieux sur les informations que les patientes reçoivent et retiennent durant leur grossesse et leur accouchement quel que soit le moyen de communication. Ce mémoire met aussi en évidence leurs attentes à ce sujet et leur insatisfaction lorsqu'elles reçoivent peu ou pas d'informations et leur besoin concernant la réception des informations Ces données permettent donc d'envisager une adaptation de nos

discours et de nos pratiques tout au long de la grossesse et de l'accouchement concernant le positionnement et la mobilisation ainsi qu'une adaptation des supports de communication.

Une partie de notre mémoire s'intéresse à la mise en pratique de la mobilisation et des positions au moment du travail et de l'expulsion. Ces informations recueillies permettent de faire un état des lieux des pratiques des professionnels. Elles mettent en évidence que dans la grande majorité des cas les recommandations ne sont pas respectées. Une étude concernant les contraintes auxquelles sont soumis les professionnels permettrait peut-être d'expliquer ces résultats. Elle permettrait peut-être d'adapter les temps ou les moyens d'informations des patientes en fonction des contraintes du corps médicale et des attentes des femmes enceintes.

Pour compléter ces résultats il serait intéressant de mener une étude auprès des professionnels pour analyser leurs connaissances à ce sujet et comparer leurs discours à ce que les patientes ont perçu comme information. Il pourrait aussi être intéressant de s'interroger sur l'apprentissage des étudiants en maïeutique. En effet, des études fiables mettent en avant les avantages de la mobilisation et de certaines positions d'accouchement. Ces données devraient être évoquées auprès des étudiants au cours de leur formation. Ils constituent les professionnels de demain qui s'occuperont des patientes et pourront être vecteur par la suite de ces informations. Cette analyse auprès des professionnels paraît néanmoins difficile du fait des différences considérables de prise en charge à propos de notre thématique selon les personnes. De plus, une étude des partogrammes contenus dans les dossiers, permettant de comparer et d'analyser ce qui a été mis en place durant le travail et l'accouchement avec le ressenti des patientes pourrait aussi être intéressant.

Une définition commune de la mobilisation permettant d'aboutir à des recommandations pour la pratique clinique largement diffusées par des sociétés savantes ainsi qu'un site national rassemblant les données actualisées sur notre thématique permettraient éventuellement une harmonisation des prises en charges par les professionnels de santé avec une intégration systématique de la mobilisation et du positionnement au suivi physiologique du travail. De plus, ce site national pourrait avec un discours adapté permettre de diffuser une information claire, loyale et appropriée aux patientes pour les replacer au centre de leur accouchement.

## Conclusion

Les informations sont majoritairement délivrées par des sages-femmes que ce soit lors des cours de PNP ou lors des consultations de suivi de grossesses. Notre étude démontre que les patientes n'ayant pas fait de cours de PNP ont rarement reçu d'informations sur notre thématique et ce d'autant plus qu'elles n'ont pas rencontré de sages-femmes au cours de leur grossesse. Les professionnels de santé doivent être capables, lorsqu'ils suivent des femmes enceintes, de s'enquérir du souhait des patientes concernant cette information et de leur délivrer ou de les orienter.

Notre étude met en avant le potentiel d'amélioration concernant l'information délivrée aux patientes qui sont globalement mitigées à ce propos. Les patientes souhaiteraient une information plus complète, adaptée à leur demande, à la réalité hospitalière et ce quel que soit leur suivi de grossesse.

Les sites internet sont très fréquemment utilisés par les patientes pour des recherches d'informations. Il n'existe actuellement pas de contrôle systématique des informations mises en lignes. Ce manque de contrôle est relevé par les patientes qui souhaiteraient des données exactes accessibles rapidement et à tout moment. Les institutions de santé sont actuellement en train d'analyser cette problématique.

Le choix de la mobilisation et de la position d'accouchement relève encore des professionnels de santé. Nous sommes à une époque où les patientes désirent se réapproprier leur grossesse et leur accouchement et y participer activement. Ce paternalisme est à éradiquer grâce à la délivrance d'une information complète et appropriée qui permettra aux patientes de prendre part à la décision médicale de manière éclairée lorsque les conditions le permettent.

La prestation des services de maternité doit être étayée par les « cinq actions » de l'OMS pour développer, promouvoir et soutenir le respect des soins centrés sur la femme (41). La notion de « violence obstétricale » est même apparue dans certains pays signe la



nécessité de réfléchir perpétuellement sur nos pratiques qui doivent être orientées dans l'intérêt de la patiente (42).

## Bibliographie

1. Renner J. Tout ce qu'on ne vous a pas dit sur l'accouchement. Lausanne (Suisse): FAVRE; 2014. 275 p.
2. CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique [Internet]. 2008 [cité 5 oct 2015]. Disponible sur: 1. [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2008\\_GO\\_083\\_racinet.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf)
3. Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées; enseignant la bonne: & véritable méthode pour bien aider les femmes en leurs accouchemens naturels... Hachette Livre BNF; 2013. 562 p.
4. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (XVII-XXe). Actualité et dossier en santé publique. mars 2007;(61/62):22- 8.
5. BREMENT S, MOSSAN S, RACINET C. Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique et randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. 2007;(35):637- 44.
6. Gasquet B de. Trouver sa position d'accouchement. Paris: Marabout; 2009. 126 p.
7. Organization WH. Care in Normal Birth: Report of a Technical Working Group. Geneva: World Health Organization; 1997. 54 p.
8. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013;10:CD003934.
9. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2012 [cité 18 déc 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/abstract>
10. Gizzo S, Gangi SD, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. ResearchGate. 15 mai 2014;2014:638093.
11. Moraloglu O, Kansu-Celik H, Tasci Y, Karakaya BK, Yilmaz Y, Cakir E, et al. The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. J Matern Fetal Neonatal Med. 17 janv 2017;30(2):245- 9.

12. LEPLEUX F, HUE B. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. 2013;43:504- 5013.
13. UNAF. Regard des femmes sur leur maternité. Enquête périnatalité. Paris; 2010 mai.
14. Kpéa L, Bonnet M-P, Le Ray C, Prunet C, Ducloy-Bouthors A-S, Blondel B. Initial Preference for Labor Without Neuraxial Analgesia and Actual Use: Results from a National Survey in France. *Anesth Analg*. sept 2015;121(3):759- 66.
15. Ley L, Ikhouane M, Staiti G, Benhamou D. Complication neurologique après posture obstétricale « en tailleur » lors d'un travail sous analgésie péridurale. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2007;36(5):496- 9.
16. M'BAPPE P. Complications neurologiques de la grossesse (sciatique exclue). sept 2005;72(8):719- 24.
17. WONG C. Neurologic deficits and labor analgesia. Juillet / Aout 2004;29(4):341- 51.
18. Francini K, Ochsner F, Meyer S, Kuntzer T. atteintes nerf-muscle de la grossesse et du post-partum. 2002; Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2390/22141>
19. RACINET C, LUCAS C. Positions maternelles pour l'accouchement. mise à jour en gynécologie et obstétrique CNGOF. 1998;331- 46.
20. VUILLE M. Nouvelles questions féministes : le militantisme pour l'accouchement sans douleur. *antipode*. Vol. 4. 2005.
21. Flandin-crétino S, Gillet A, Pauchet Traversat A-F. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Saint Denis: Haute autorité de santé; 2005 nov [cité 6 déc 2015] p. 55. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
22. Uncam. Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) restant en vigueur depuis la décision de l'Uncam du 11 mars 2005 [Internet]. 2015 nov 28; paris. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/ngap.php>
23. BRANDON S, AL. Early prenatal interview and antenatal education for childbirth and parenthood: Associated psychosocial and obstetric characteristics in women of the ELFE cohort. aout 2015;15.
24. Blondel B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010: Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai.

25. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Paris; 2004. (La documentation française).
26. Mougenez E, Villa D, Guillemain B, Thiebaugorges O. Accouchement en décubitus latéral, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau III: expérience de la maternité de Nancy. 2006;145- 53.
27. CIANE. Souhait des femmes et vécu de l'accouchement. 2012.
28. DERRIEN E. Préparer la grossesse pour mieux prévenir les risques. *Vocat Sage Femme*. janv 2015;(112):5.
29. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
30. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005.
31. HAS. Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. 2012 mai p. 11.
32. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Recommandations de bonne pratique pour l'accouchement à bas risques. 2010.
33. CNGOF. Les Doulas : une profession émergente? Paris: académie nationale de médecine; 2008 juin p. 9- 10.
34. HAS. Référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (Mobile Health ou mHealth). 2016.
35. HONcode: Principes - Information de santé de confiance et de qualité [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.hon.ch/HONcode/French/>
36. Bert F, Gualano MR, Brusaferrò S, Vito ED, Waure C de, Torre GL, et al. Pregnancy e-health: A multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision-making among pregnant women. *ResearchGate* [Internet]. 26 sept 2013 [cité 15 déc 2016];67(12). Disponible sur: [https://www.researchgate.net/publication/257136116\\_Pregnancy\\_e-health\\_A\\_multicenter\\_Italian\\_cross-sectional\\_study\\_on\\_internet\\_use\\_and\\_decision-making\\_among\\_pregnant\\_women](https://www.researchgate.net/publication/257136116_Pregnancy_e-health_A_multicenter_Italian_cross-sectional_study_on_internet_use_and_decision-making_among_pregnant_women)
37. Lupton D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 19 juill 2016;16(1):171.
38. code de la santé publique. Les compétences générales des sages-femmes. Article L4151-1, 2011-814 juillet, 2011.



39. Reed R, Sharman R, Inglis C. Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:21.
40. Hue B, Lepleux F, Dugue A-E, Lamendour N, Riou C, Six T, et al. Mobilisation et variations posturales maternelles pendant le travail et l'accouchement : enquête prospective observationnelle de 1 906 patientes au CHU de Caen. *Rev Médecine Périnatale*. 1 mars 2012;4(1):23- 30.
41. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. 2014.
42. D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. In: *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010. p. 201- 2.



9. Avez vous rencontré une sage femme pendant votre grossesse?  
\*OUI                    \*NON                    Si OUI :  
\*hospitalière  
\*PMI  
\*sage femme libérale
10. Pendant votre grossesse actuelle, avez vous entendu parler du positionnement et de la mobilisation pendant le travail?  
\*OUI                    \*NON: (Auriez vous aimé avoir une information à ce sujet ? OUI NON)
11. Si oui, comment ces informations vous ont elles été communiquées?  
\*Sage femme  
\*Gynécologue/médecin  
\*Ostéopathe  
\*Famille/amis  
\*Internet  
\*Livre  
\*Autres:.....
12. Si vous avez reçu une information par un professionnel de santé au sujet de la mobilisation et du positionnement, à quelle période de la grossesse l'avez vous reçue pour la première fois?  
\*Entretien prénatale  
\*cours de préparation à la naissance  
\*Consultation de grossesse  
\*Durant le travail et l'accouchement
13. Avez vous été informée spontanément par un professionnel de santé sur la mobilisation et les positions pendant l'accouchement?  
\*OUI                    \*NON                    \*J'AI DÛ LE DEMANDER.

**Contenu de l'information:**

14. Si les informations à ce sujet fournies par le professionnel de santé ne vous ont pas suffit, êtes vous allée chercher vos informations par un autre moyen de communication ?  
\*OUI                    \*NON
15. Si oui, lequel?  
\*Proches  
\*Magazines  
\*Internet  
\*Autre: .....
16. Si les informations (au sujet de la mobilisation et du positionnement) fournies par le professionnel de santé ne vous ont pas suffit, quelles informations complémentaires auriez-vous aimé avoir eu ?
- .....
- .....





## Annexe II : Grille d'entretien.

Thématiques	Questions principales	Précisions attendues
Informations reçues	Pouvez vous décrire les informations que vous avez reçues auprès des professionnels de santé à propos de la mobilisation pendant le travail et des positions d'accouchement?	<p>Quelles informations sont <u>particulièrement utiles?</u></p> <hr/> <p>Quelles informations manquent?</p> <hr/> <p>Avez vous reçues des réponses à vos questions?pendant la grossesse? Pendant le travail?</p> <hr/>
	Pouvez vous décrire si et comment vous avez recherché d'autres informations par vous même ?	<p>Pensez vous que certaines informations soient superflue?</p> <hr/> <p>Qu'avez vous trouvés?</p> <hr/> <p>Avez vous utilisés ces informations?pendant la grossesse? Pendant le travail?</p> <hr/>
Informations nécessaires	Pourriez vous définir les informations dont vous auriez besoins à propos de cette thématique ?pendant la grossesse? Pendant le travail?	<p>Par quels moyens auriez vous souhaité recevoir ces informations?( support, période,temps accordé, explications données, professionnels)</p> <hr/> <p>Quelles thématiques trouvez vous particulièrement importante à aborder pendant la grossesse? Pendant le travail?</p> <hr/>