

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 :

Hortense ARMAND ep BERTRAND

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

Pourquoi l'examen vaginal ?

**L'expérience du toucher vaginal chez les sages-femmes en
accompagnement global**

Soutenu le : 24 septembre 2020

Directeur de mémoire : Fanny de Vieth-Champigny

JURY

Madame Sophie Baumann, sage-femme enseignante, Université de Versailles Saint-
Quentin-en-Yvelines

Madame Alice Masson-Nguyen, sage-femme libérale

Madame Ingrid Peirtsegaele-Bozec, sage-femme libérale

Numéro national d'étudiant : 1407901725M

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 Fanny de Vieth-Champigny pour son aide dans la rédaction de ce mémoire et son accompagnement depuis le début dans mon projet de reconversion.

Je remercie l'équipe enseignante de l'UVSQ d'avoir cru à mon projet et accepté ma mutation en dernière année. Sans cet engagement à mes côtés, ce mémoire n'aurait jamais vu le jour.

Je remercie mes amies étudiantes sages-femmes : Cécile, Kimberley, Quitterie et Thanh d'avoir partagé ces 3 années intenses : des cours, des rires, des WhatsApp nocturnes, parfois des doutes, sans vous je ne serais pas la même.

Je remercie Karla notre jeune fille au pair, devenue amie. Merci d'avoir pris ma place en mon absence auprès des enfants.

Je remercie mes parents qui ont relu avec le même enthousiasme que la première fois ce deuxième mémoire de fin d'études.

Enfin je remercie Pierre, mon mari et mes enfants Alice, Etienne et Joseph de m'avoir suivi dans cette reprise d'études. Pour leur soutien sans faille face aux soirées et aux week-ends de révisions, pour leur patience face à ma fatigue, pour leur joie qui me ressource chaque jour, merci.

Table des matières

| | |
|--|-------------|
| AVERTISSEMENT | II |
| REMERCIEMENTS | III |
| TABLE DES MATIERES | IV |
| LISTE DES TABLEAUX | VI |
| LISTE DES ANNEXES | VII |
| TITRE ET RESUME | VIII |
| TITLE AND ABSTRACT | IX |
| INTRODUCTION | 1 |
| 1 CONTEXTE | 2 |
| 1.1 Pourquoi travailler sur le toucher vaginal ? | 2 |
| 1.1.1 Un examen largement utilisé | 2 |
| 1.1.2 Des enjeux importants | 2 |
| 1.1.3 Un déficit de connaissances scientifiques | 3 |
| 1.2 Pourquoi s'arrêter sur le cas de l'accompagnement global ? | 4 |
| 1.2.1 Un contexte favorable à l'émergence de pratiques différentes | 4 |
| 1.2.2 Une pratique en lien avec les recommandations sur le travail physiologique | 4 |
| 2 MATERIEL ET METHODES | 6 |
| 2.1 Objectifs et hypothèses | 6 |
| 2.1.1 Type d'étude, outil utilisé et thématiques recueillies | 6 |



| | | |
|------------|---|-----------|
| 2.1.2 | Modalités de recueil et population sélectionnée | 7 |
| 2.1.3 | Analyse des entretiens | 8 |
| 2.1.4 | Description de la population de l'étude | 8 |
| 3 | RESULTATS ET DISCUSSION | 10 |
| 3.1 | Une réflexion sur le TV qui fait évoluer les pratiques | 10 |
| 3.1.1 | Une remise en question globale des pratiques en accompagnement global et en travail physiologique | 10 |
| 3.1.2 | Les sages-femmes constatent une évolution de leur pratique du TV au cours du temps | 13 |
| 3.1.3 | Un geste considéré comme peu pertinent dans certains cas et donc moins utilisé | 15 |
| 3.2 | Les motivations internes qui poussent les sages-femmes à réaliser un toucher vaginal | 18 |
| 3.2.1 | Faire le diagnostic du travail | 18 |
| 3.2.2 | Le TV en première ligne de la surveillance du travail ? | 24 |
| 3.2.3 | Quand la naissance semble dysfonctionner | 30 |
| 3.2.4 | Les motivations non médicales | 32 |
| 3.3 | Les motivations externes des sages-femmes à faire un TV | 33 |
| 3.3.1 | La demande des femmes | 33 |
| 3.3.2 | La question médico-légale et la rédaction du partogramme | 35 |
| 4 | PERSPECTIVES ET LIMITES DE L'ETUDE | 37 |
| 4.1.1 | Points faibles de l'étude | 37 |
| 4.1.2 | Quelles leçons ? | 38 |
| | CONCLUSION | 40 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 41 |
| | ANNEXES | 44 |

Liste des tableaux

| | |
|---|-----------|
| Tableau 1 : Récapitulatif des entretiens réalisés pour l'étude..... | 8 |
| Tableau 2 : Données générales sur les sages-femmes interrogées | 9 |
| Tableau 3 : Motifs de TV en lien avec un dysfonctionnement de la naissance. | 31 |

Liste des annexes

| | |
|--|----|
| Annexe I : Grille d'entretien | 45 |
| Annexe II : Transcription de l'entretien avec la sage-femme n°4..... | 48 |

Titre et résumé

Le toucher vaginal est un examen obstétrical très fréquemment utilisé dans le suivi de l'accouchement. Il permet d'évaluer la bonne progression de la dilatation du col de l'utérus et donne le signal habituel de la mise en travail. Néanmoins, les recommandations de pratiques cliniques sur son utilisation restent d'un faible niveau de preuve et varient en fonction des pays.

Objectifs

L'objectif de notre étude était d'étudier les pratiques du toucher vaginal chez les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global. Ces sages-femmes exercent dans un domaine de l'obstétrique à bas risque et du suivi « une sage-femme pour une patiente » mis en valeur dans le cadre des nouvelles recommandations de l'HAS sur le travail physiologique.

Matériel et méthodes

Notre enquête est basée sur des entretiens semi-directifs avec 9 professionnels exerçant en Ile-de-France.

Résultats

Le suivi du travail se base chez les sages-femmes interrogées sur un savoir-faire clinique qui dépasse largement la technique du toucher vaginal et est influencé par l'expérience de la sage-femme et son lieu d'exercice. Loin d'être un simple geste technique, le toucher vaginal est à l'interface entre les couples et les professionnels mais aussi les professionnels entre eux.

Mots-clés : accompagnement global, toucher vaginal, étude de pratiques

Title and Abstract

Vaginal examination is an obstetrical examination very frequently used in the follow-up of childbirth. It assesses the good progress of dilatation of the cervix and gives the usual signal for labor. However, clinical practice recommendations for its use remain low level of evidence and vary by country.

Objective

The objective of our study was to study the vaginal examination practices in midwives practicing global support. These midwives work in the area of low-risk obstetrics and "one-to-one" follow-up as part of the new HAS physiological work recommendations.

Methods

Our study is based on semi-structured interviews with 9 professionals working in Ile-de-France.

Results and conclusion

The monitoring of labor is based on the midwives questioned on clinical know-how which goes well beyond the vaginal touch technique and is influenced by the experience of the midwife and her place of practice. Far from being a simple technical gesture, the vaginal touch is at the interface between couples and professionals but also professionals between them.

Keywords : vaginal examination, « one-to-one », midwives practicing

Introduction

Le projet de recherche est l'occasion pour nous, étudiants en maïeutique, de travailler sur une question qui nous interpelle et nous intéresse. En février 2015, avait éclaté une polémique sur la réalisation de touchers vaginaux sur des patientes sous anesthésie générale par des étudiants en médecine. La balance entre la nécessaire formation des étudiants et la recherche obligatoire du fait de la loi du consentement des patientes avait été au centre du débat (1). Aujourd'hui, force est de constater qu'en tant qu'étudiante en maïeutique, cela fait partie de notre quotidien : avons-nous recueilli le consentement libre et éclairé de la patiente pour réaliser ce toucher vaginal ?

Pour donner une information claire, complète et loyale à une patiente sur les alternatives thérapeutiques, il faut être capable de justifier clairement ce qui nous amène à proposer un geste. C'est une question d'autant plus fondamentale qu'en obstétrique les gestes touchent à l'intimité physique et émotionnelle de la patiente. Or, il nous est apparu en stage, mais aussi au cours de nos lectures, que cette justification de la réalisation ou non d'un toucher vaginal n'est pas constante entre les sages-femmes. Par conséquent, d'un centre à l'autre, d'une sage-femme à l'autre, les pratiques peuvent varier de manière importante.

C'est ce qui a retenu notre attention pour le travail qui suit.

1 Contexte

1.1 Pourquoi travailler sur le toucher vaginal ?

1.1.1 Un examen largement utilisé

En moyenne, une femme française consultera 50 fois pour son suivi gynécologique et obstétrical. Comme l'explique le Haut Conseil à l'Égalité, ce suivi sort de l'ordinaire car il touche profondément à l'intimité des patientes à cause des sujets abordés, des examens pratiqués et des conditions dans lesquelles sont pratiqués ces examens (2). La prise en charge gynécologique et obstétricale des femmes devrait donc être l'objet d'une attention particulière.

Quand on parle d'examen gynécologique, le toucher vaginal (TV) arrive en tête des examens réalisés. C'est un examen peu coûteux et simple à réaliser, ce qui incite à l'utiliser partout dans le monde. En France il est largement pratiqué et enseigné dans les écoles de sages-femmes. Il est utilisé dans le dépistage de pathologies gynécologiques et le suivi de la grossesse (pré, per et postnatal). En pernatal, sa fonction principale est de juger de l'évolution de la progression du travail (3). Il est censé guider les professionnels pour assurer les meilleures issues maternelles et fœtales possibles. (4)

1.1.2 Des enjeux importants

La bibliographie montre que les enjeux liés au toucher vaginal sont importants. Ils peuvent être associés à des douleurs, des ressentis négatifs voire même à l'origine de traumatismes pour les patientes, en particulier si celles-ci ont déjà vécu des violences dans leur vie (5). Cette difficulté est à nuancer puisque certaines patientes sont demandeuses d'être rassurées par le résultat du TV, notamment pendant la grossesse.

Ils peuvent augmenter le risque d'infection dans les pays où l'accès à du matériel stérile, des doigts dans le cas présent, est compliqué ou en cas de membranes rompues et de TV répétés (6,7) .

Se pose également la question d'un effet iatrogène au cours du travail : en effet, certaines études pointent du doigt les conséquences néfastes liées à une utilisation trop fréquente du toucher vaginal (3,6,7). Celle-ci entraînerait une médicalisation excessive de la

grossesse et de la naissance (surestimation de la menace d'accouchement prématuré, rupture artificielle des membranes, utilisation d'oxytociques, ...), sans amélioration des issues néonatales et maternelles.

1.1.3 Un déficit de connaissances scientifiques

Mais alors, qu'est-ce qui amène une sage-femme à réaliser un toucher vaginal ? Quelles sont les recommandations en la matière en France ? Nous nous intéresserons dans la suite de ce questionnement uniquement aux touchers vaginaux obstétricaux, c'est-à-dire réalisés dans le cadre du suivi de grossesse ou de l'accouchement.

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) et la Haute Autorité de Santé (HAS) ont écarté depuis longtemps les touchers vaginaux systématiques pour les grossesses à bas risque (8). Les nouvelles recommandations sur le travail physiologique de 2017 (9) portent sur des patientes ayant une grossesse physiologique, en travail spontané avec un fœtus à terme en présentation céphalique. Ces patientes peuvent donc être prises en charge par des sages-femmes. Le texte comprend des éléments concrets pour le toucher vaginal au 1er et 2nd stade du travail : par exemple de dilatation complète à la naissance, un TV doit être proposé toutes les heures. Avant, la surveillance est plus espacée : « proposer un TV toutes les 2 à 4h, avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel ».

Les recommandations sur le TV évoquées ci-dessus sont associées à un niveau de preuve faible (accord professionnel). L'argumentaire associé aux nouvelles recommandations (10) et la dernière méta-analyse (7) publiée sur l'efficacité du TV comme instrument de surveillance du travail en vue de l'amélioration des issues maternelles et fœtales ne peuvent conclure sur l'efficacité de celui-ci et appellent à de nouvelles études de manière urgente sur le sujet compte-tenu de la fréquence de la méthode.

Il est essentiel de préciser que les recommandations n'ont pas de caractère formellement contraignant pour les professionnels de santé : ils gardent à tout moment leur libre-arbitre et peuvent choisir de ne pas les appliquer s'ils estiment qu'une autre option est meilleure. C'est ce qui rend l'interrogation des professionnels intéressante. Disposer d'une vision claire des pratiques existantes serait une première étape de recherche (7).

1.2 Pourquoi s'arrêter sur le cas de l'accompagnement global ?

Nous avons choisi de nous intéresser à la pratique du TV chez les sages-femmes en accompagnement global à la naissance (AGN). L'accompagnement global à la naissance a été défini par l'association nationale des sages-femmes libérales : « *Un seul praticien, la sage-femme libérale, assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille et est responsable de l'accouchement, de la naissance, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant.* » (11). Les patientes peuvent dans ce cas accoucher soit en maison de naissance (MdN), soit en plateau technique (PT), soit à domicile (AAD).

1.2.1 Un contexte favorable à l'émergence de pratiques différentes

En France, les accouchements hors structures hospitalières restent marginaux (entre 1 à 2%), ce qui n'est pas le cas dans des pays aux issues néonatales et maternelles comparables aux nôtres comme le Royaume-Uni, le Canada, ou les Pays-Bas. Or certains de ces pays ont émis des recommandations concernant le TV qui sont différentes des nôtres et qui nous ont interpellés. Le cas de la Nouvelle-Zélande est intéressant : « *En Nouvelle-Zélande, le guide des pratiques professionnelles pour les sages-femmes indique que la sage-femme se doit d'identifier quand un toucher vaginal est nécessaire et discuter de sa réalisation avec la femme* » (4). Aucune notion de fréquence, ni de phase du travail, or, en Nouvelle-Zélande, 80 % des patientes accouchent en accompagnement global (quel que soit le lieu d'accouchement choisi).

Les sages-femmes qui pratiquent l'AGN disent elles-mêmes qu'elles ont fait évoluer leurs pratiques de la naissance (et par extension du toucher vaginal) (12). Pour certaines, une plus grande liberté de pratique, une plus grande personnalisation de la prise en charge faisaient partie de leurs motivations (13). Une étude indique aussi que certains professionnels font des TV qu'ils jugent non-nécessaires pour se conformer aux protocoles prévus par le centre dans lequel ils exercent ou par manque de temps (14).

1.2.2 Une pratique en lien avec les recommandations sur le travail physiologique

L'AGN est particulièrement en phase avec les nouvelles recommandations sur le travail physiologique : présence d'une sage-femme par patiente, soutien continu, surveillance médicale et accompagnement plus personnalisé (9,15). Si vraiment l'AGN permet de mettre

en place et d'appliquer les nouvelles recommandations, cela permettrait dans un premier temps de montrer le caractère réaliste de celles-ci, et dans un second temps d'appuyer les demandes de moyens faites par les professionnels et les centres afin que toutes les femmes puissent bénéficier des nouvelles recommandations.

A l'issue de la réflexion développée ci-dessus, nous avons choisi de répondre à la problématique suivante : Comment les sages-femmes pratiquant l'accompagnement global à la naissance utilisent-elles le toucher vaginal, dans quelles situations et dans quel but ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et hypothèses

L'objectif de notre mémoire était de comprendre les principales motivations des sages-femmes à réaliser un toucher vaginal pendant le travail. Pour cela, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Le toucher vaginal est l'outil principal des sages-femmes pour suivre l'évolution du travail.

Hypothèse 2 : Certains éléments personnels influencent la pratique du toucher vaginal.

L'objectif de ce travail de recherche est de faire une description de la pratique du toucher vaginal au moment de l'accouchement par les sages-femmes pratiquant l'AGN. Nous chercherons à faire émerger les raisons qui poussent une sage-femme à examiner ainsi une patiente et à les classer. Ces éléments pourront apporter un éclairage aux sages-femmes qui souhaitent commencer à exercer l'accompagnement global à la naissance.

2.1.1 Type d'étude, outil utilisé et thématiques recueillies

Pour répondre à cette problématique, nous avons décidé de réaliser une étude par entretiens semi-directifs. L'objectif de la grille d'entretien était d'aborder différentes thématiques :

- Les renseignements généraux : âge, sexe, nombre d'année d'exercice, lieu d'exercice, nombre d'année d'accompagnement global,
- Les modalités d'exercice de l'AGN : type d'activité exercée (PT, AAD, ou mixte), nombre de naissances par an, travail seul ou en binôme,
- Le suivi d'un travail physiologique : motivation au 1^{er} toucher vaginal, outils utilisés pour suivre l'évolution du travail dont le toucher vaginal, évènements obstétricaux entraînant un toucher vaginal.

- La variabilité de leur pratique du toucher vaginal : en fonction de la patiente, dans le temps, en fonction du type d'activité exercée pour les sages-femmes ayant une activité mixte PT/AAD

En fonction des sages-femmes, la grille d'entretien a évolué au fur et à mesure des entretiens notamment pour faire une place au contexte dans lequel les sages-femmes travaillent. En effet, nous avons réalisé que la notion d'accompagnement global recouvrait des pratiques plus différentes que ce que nous avons pris en compte au début de notre travail : patiente avec et sans péridurale, travail physiologique entrant dans les recommandations de l'HAS, patientes déclenchées. Par ailleurs, une partie de la grille d'entretien concernait exclusivement les sages-femmes faisant de l'AAD.

2.1.2 Modalités de recueil et population sélectionnée

Les critères d'inclusion de notre population d'étude étaient : des sages-femmes diplômées d'Etat pratiquant l'accompagnement global à la naissance en France. Avant de débiter les entretiens, l'étude ainsi que son objectif ont été présentés aux participants. Compte-tenu de la durée prévisible des entretiens, les sages-femmes ont été contactées par mail ou téléphone afin de trouver un créneau d'entretien suffisamment long.

Des sages-femmes de deux régions ont été interrogées : nous avons jugé cet élément pertinent pour la représentativité puisque les contraintes environnementales ne sont pas les mêmes dans toutes les régions : temps de trajet jusqu'à la maternité, zone géographique de patientèle. Cela peut avoir un effet sur la pratique des sages-femmes.

Lors de cette étude, 9 entretiens ont été réalisés entre octobre 2019 et février 2020 auprès de sages-femmes d'Ile-de-France et de Rhône-Alpes.

La majorité des entretiens ont eu lieu au cabinet de la sage-femme interrogée (1 entretien téléphonique sans enregistrement et 1 entretien dans un lieu public). Toutes les sages-femmes ont donné leur accord pour être enregistrées et les transcriptions des entretiens leur ont été communiquées à l'issue de celui-ci. Les entretiens ont duré entre 31 et 62 minutes, d'une durée moyenne de 44 minutes. Une retranscription d'un entretien se trouve en annexe.

Tableau 1 : Récapitulatif des entretiens réalisés pour l'étude

| | Durée de l'entretien | Transcription | Lieu d'entretien |
|----------------------|----------------------|-----------------|------------------------|
| Entretien n°1 | 31 minutes | 4 pages (notes) | Entretien téléphonique |
| Entretien n°2 | 50 minutes | 11 pages | Cabinet de la SF |
| Entretien n°3 | 43 minutes | 9 pages | Cabinet de la SF |
| Entretien n°4 | 52 minutes | 10 pages | Cabinet de la SF |
| Entretien n°5 | 47 minutes | 9 pages | Dans un lieu public |
| Entretien n°6 | 44 minutes | 8 pages | Cabinet de la SF |
| Entretien n°7 | 62 minutes | 14 pages | Cabinet de la SF |
| Entretien n°8 | 55 minutes | 9 pages | Cabinet de la SF |
| Entretien n°9 | 51 minutes | 12 pages | Cabinet de la SF |

Les entretiens ont été arrêtés lorsque la saturation des résultats a été obtenue. Le faible nombre d'entretiens en valeur absolue s'explique également par le faible nombre de sages-femmes pratiquant en France l'accompagnement global. Les freins à cette pratique sont en effet nombreux : difficulté d'accès aux plateaux techniques, absence d'assurance professionnelle pour la pratique à domicile.

2.1.3 Analyse des entretiens

Après retranscription, les réponses aux différentes questions posées lors des entretiens ont été analysées question par question en effectuant des croisements entre les entretiens afin d'obtenir d'une part des récurrences dans les discours et voir apparaître les groupes d'idées les plus forts, et d'autre part les spécificités et les exceptions discursives. Les différentes motivations au toucher vaginal ont été analysées conjointement afin de faire apparaître une classification ainsi que des regroupements s'il y a lieu.

2.1.4 Description de la population de l'étude

En termes socio-économiques, les sages-femmes interrogées ont de 24 à 68 ans, avec une moyenne à 44 ans. 3 sages-femmes interrogées sont des hommes ce qui est bien supérieur à la moyenne nationale (3% des sages-femmes sont des hommes).

Leur activité est variée : elles exercent soit à domicile soit en plateau technique soit les deux à la fois. Le nombre d'années d'exercice de l'accompagnement global est également assez variable. C'était un choix volontaire afin de pouvoir éventuellement remarquer des pratiques différentes en fonction de l'expérience.

Tableau 2 : Données générales sur les sages-femmes interrogées

| Numéro d'entretien | Nbre d'années d'exercice | Nbre d'années d'AGN | Type d'activité | Région d'exercice |
|---------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <i>Entretien n°1</i> | 15 | 8 | PT et AAD | Ile-de-France |
| <i>Entretien n°2</i> | 1 | 1 | PT | Ile-de-France |
| <i>Entretien n° 3</i> | 27 | 16 | Arrêt en PT (2016) et AAD (2007) | Rhône-Alpes |
| <i>Entretien n°4</i> | 10 | 2 | PT | Rhône-Alpes |
| <i>Entretien n°5</i> | 16 | 5 | PT et AAD | Ile-de-France |
| <i>Entretien n°6</i> | 34 | 13 | PT et AAD | Ile-de-France |
| <i>Entretien n°7</i> | 9 | 5 | PT | Rhône-Alpes |
| <i>Entretien n°8</i> | 45 | 20 | AAD | Ile-de-France |
| <i>Entretien n°9</i> | 38 | 32 | PT (AAD pendant 20 ans) | Ile-de-France |

8 sages-femmes sur les 9 interrogées ont une expérience hospitalière avant leur installation en libéral. A part cette sage-femme, elles ont toutes au moins 9 ans d'expérience et 4 sages-femmes ont entre 27 et 38 ans d'expérience. Notre échantillon de sages-femmes est donc globalement plus expérimenté avec 24,3 années d'expérience que la moyenne nationale à 19,6 années¹. (16)

Les sages-femmes que nous avons interrogées réalisent en moyenne 350 naissances par an. Pour les sages-femmes travaillant en binôme, nous avons compté la moitié des naissances.

¹ Nous avons supposé pour calculer cette moyenne que les sages-femmes ont eu leur diplôme à 23 ans. Dans la mesure où nous comparons les deux moyennes et n'utilisons pas les chiffres bruts, cette approximation nous paraît acceptable. Le même biais existe pour les 2 moyennes.

3 Résultats et discussion

3.1 Une réflexion sur le TV qui fait évoluer les pratiques

A l'issue de nos entretiens, l'ensemble des sages-femmes interrogées nous indiquent avoir fait évoluer leurs pratiques de l'examen vaginal depuis qu'elles ont commencé à pratiquer l'accompagnement global à la naissance. Cette évolution s'inscrit à la fois dans une remise en question en lien avec ce qu'elles observent chez les patientes mais également avec la nature même de ce type d'exercice qui amène la sage-femme à travailler seule.

3.1.1 Une remise en question globale des pratiques en accompagnement global et en travail physiologique

Les 9 sages-femmes interrogées sont seules lors des accouchements. Ce mode d'exercice diffère donc de l'organisation en équipe de garde d'une structure hospitalière. Il offre aux professionnels une liberté plus importante mais il entraîne un sentiment de plus grande responsabilité pour les sages-femmes.

« Je me dis jamais « ah mais le partogramme il va y avoir un trou, on va me dire... » mais de toute façon personne va rien nous dire parce qu'on est responsable de tout » (SF7)

« C'est plus parce que je ressens ce besoin moi pour adapter la prise en charge mais pas que je risque de me faire tirer les bretelles ou quoi » (SF2)

« J'examine moins, j'examine moins parce que je suis sur ma seule responsabilité. » (SF4)

« Mais une fois que tu es à la maison, tu fais ce que tu veux, c'est un grand plaisir de la naissance à domicile, c'est la liberté totale ». (SF8)

Un professionnel précise même qu'il a perçu une différence entre sa pratique à domicile et sa pratique en plateau technique :

« Après on a quand même plus de pression en plateau technique que ça avance quand même que à domicile, on est pas dans les mêmes latitudes. (...) que tu le veuilles ou non, t'as quand même une pression. » (SF3)

Les entretiens réalisés montrent qu'il n'existe pas de protocoles médicaux même en cas de signature d'une charte de plateau technique. Cette absence de protocole permet une personnalisation de la prise en charge mais a rendu la réalisation des entretiens complexe. En effet, les réponses ont fréquemment été des phrases du type « *ça dépend de la patiente* » ou « *ça dépend du contexte* ».

« *On a pas d'obligation de tels ou tels actes, de protocole* » (SF2)

« *La pertinence elle s'évalue en fonction de la personne que j'ai en face de moi, de qui elle est, son process. Voilà la pertinence elle est là, selon ses antécédents.* » (SF5)

Il semble que la pratique libérale permette aux sages-femmes interrogées de se libérer d'une part de la pression des « protocoles » et d'autre part de la hiérarchie médicale qui existe à l'hôpital (13). Cette autonomisation des sages-femmes met en valeur leur savoir-faire particulier. Les sages-femmes interrogées estiment dans certains cas protéger leurs patientes d'un effet iatrogène de la médicalisation de la naissance.

« *Si tu as suivi le protocole toutes les heures, même à la limite si tu as une IGH² parce que tu l'as trop examinée, y a pas beaucoup de risques sur un TV mais on te reprochera plus de ne pas l'avoir fait que de l'avoir fait de manière iatrogène.* » (SF7)

« *Le protocole peut être dangereux pour la physiologie en tant que telle parce que là t'es sur un cas vraiment indépendant.* » (SF5)

« *C'est-à-dire qu'aujourd'hui dans la naissance on en vient à un tel systématisme, à un tel protocole qu'on te reprochera plus de ne pas avoir fait de TV toutes les heures plutôt que d'en avoir fait un toutes les 2h et que tu te sois planté.* » (SF7)

« *Sauf que nous aujourd'hui, mais ça c'est l'obstétrique, on fait pas l'examen parce que on se pose la question de ce qu'on va faire du résultat, on fait l'examen parce que le protocole le demande. C'est pas du tout la même chose. Il faut remettre un peu d'intelligence là-dedans, plutôt que de la robotisation.* » (SF 3)

² Infection génitale haute

Dans le contexte de l'accompagnement global, toutes les sages-femmes interrogées indiquent que la grande majorité de leurs patientes accouchent sans analgésie péridurale, même si elles peuvent y avoir accès en cas d'accouchement en plateau technique. L'absence d'analgésie réduit le nombre d'exams pour certaines sages-femmes puisque ceux-ci sont douloureux. Elles vont chercher à développer d'autres outils de suivi du travail et à ne faire que les touchers vaginaux strictement nécessaires à leurs yeux.

« L'orientation de la tête, j'évite de la chercher parce qu'elle est douloureuse pour la mère. Quand j'y tiens absolument, je le fais et je lui dis que je vais lui faire mal. » (SF7)

« Ça fait mal le TV pendant le travail. C'est désagréable quand on est pas en travail mais quand on est en travail ça fait mal. Aller chercher la présentation ça fait mal aux femmes, alors ça c'est quelque chose qui est complètement oublié par les sages-femmes qui font que des naissances sous péridurale, elles savent pas que c'est douloureux. Mais est-ce que la douleur c'est pas intéressant pour limiter nos gestes ? » (SF8)

« Si tu veux vraiment savoir la présentation, t'es obligé un peu de la mettre sur le dos, c'est jamais très bien apprécié quand elles sont dans une liberté de position » (SF9)

« Le toucher vaginal c'est le premier examen parce qu'elles ont une péridurale et qu'elles ne bougent pas. » (SF1)

Nous constatons que, hormis la question du consentement qui n'était pas étudiée dans nos entretiens, les préoccupations évoquées par les sages-femmes interrogées sont proches de celles évoquées par le NICE (5) :

« En cas de TV :

- Être certain que ce TV est nécessaire, et qu'il va apporter une information importante pour la prise en charge de la patiente,*
- Avoir conscience qu'un TV peut être très désagréable pour une femme, surtout si elle a déjà mal, qu'elle est très stressée et dans un environnement inconnu,*
- Expliquer les raisons du TV et ce qu'il va apporter,*
- Garantir le consentement éclairé de la femme, ainsi que son confort, son intimité et sa dignité,*

- *Expliquer à la femme quelles informations ce TV aura apporté et ce que cela va impliquer dans sa prise en charge. »*

Dans la mesure où l'accompagnement global laisse aux sages-femmes une grande autonomie, une grande liberté dans leur pratique, nous pouvons nous interroger sur la sécurité offerte aux patientes. Le rapport d'analyse sur les maisons de naissance (dans lesquelles les sages-femmes pratiquent l'accompagnement global à la naissance) a montré que les issues maternelles et néonatales étaient pour les femmes à bas risque tout à fait favorables alors même que 54% des femmes ont eu 0 ou 1 toucher vaginal pendant le travail. Il en est de même pour l'état des lieux sur l'accouchement à domicile en France en 2018 produit par l'association professionnelle des sages-femmes pratiquant l'accouchement à domicile (17).

3.1.2 Les sages-femmes constatent une évolution de leur pratique du TV au cours du temps

A la question : « Est-ce que vous avez l'impression que votre pratique du TV a évolué depuis que vous avez commencé l'accompagnement global à la naissance ? », huit sages-femmes interrogées sur neuf disent qu'elles font de moins en moins de touchers vaginaux avec l'expérience. C'est une constante quel que soit leur nombre d'années réelles d'expérience et même si les entretiens montrent par ailleurs qu'elles ont des pratiques différentes.

« Par rapport à avant, je fais beaucoup moins de TV » (SF7)

« J'en ai fait de moins en moins » (SF1)

« J'ai eu toute une période où il a fallu que je désapprenne. (...) Et c'est intéressant le sujet sur le toucher vaginal parce que j'ai vraiment évolué dans ma pratique. Avec toutes ses années. » (SF3)

Cinq sages-femmes disent spontanément au cours de l'entretien qu'elles ont fait évoluer leurs pratiques du toucher vaginal dans une démarche sur le sens des examens réalisés. Cette recherche de sens peut venir des patientes, de collègues pratiquant l'accompagnement global dans le cadre de compagnonnage ou d'un questionnaire personnel.

« C'est une femme qui m'a dit « mais en fait pourquoi vous faites ça ? » Je n'ai pas su lui répondre et ça montre à quel point tu es conditionné dans ce que tu fais. Et bien le TV c'est pareil, tu fais un TV toutes les heures et tu sais même pas pourquoi tu examines. » (SF7)

« Et chaque fois que je vais prescrire, pratiquer un examen quel qu'il soit, toujours être dans cette démarche intellectuelle : pourquoi je le fais, et qu'est-ce que je fais du résultat ? Et bien quand tu es dans cette rigueur intellectuelle, tu prescris et tu fais beaucoup moins d'exams » (SF 3)

« Il ne faut vraiment rien faire de manière protocolaire et se poser la question est-ce que là je vais apprendre quelque chose ou pas ? Et si tu sais d'office que tu vas rien en tirer de ce toucher vaginal, ne le fais pas. » (SF4)

« La physiologie à la différence d'un accouchement eutocique classique à la maternité, c'est qu'on se pose la question de pourquoi on fait les choses. » (SF7)

Cette dernière phrase est particulièrement intéressante puisqu'au cours des entretiens nous nous sommes rendus compte que la notion d'accouchement « physiologique » dans l'esprit des sages-femmes interrogées n'était pas totalement en phase avec celle donnée par l'HAS dans les recommandations sur le travail physiologique de 2017. 6 sages-femmes sur 9 considèrent contrairement à l'HAS que l'amniotomie ne permet plus de considérer le travail comme physiologique. Il persiste une confusion entre travail « naturel », travail « eutocique » et travail « physiologique ».

Leur pratique évolue vers une diminution du nombre de TV, néanmoins le toucher vaginal constitue pour les sages-femmes une réelle sécurité. Trois d'entre-elles le manifestent explicitement lors de l'entretien :

« C'est pas simple parce que arrêter de faire un TV en systématique c'est sortir de ta zone de sécurité en fait. » (SF7)

« Quand elles arrivent et que je suis quasi sûr qu'elles sont à complète, jamais je vais aller mettre mes doigts. Alors qu'avant il fallait exactement regarder si elles étaient bien à complète, parce que si une femme pousse elle est à complète, laissons-là tranquille. Mais j'étais vraiment enfermée dans les carcans de l'école, c'est-à-dire elle va déchirer son col, des choses aberrantes quoi. Mais on est vraiment dans des peurs. Petit à petit je quitte des peurs, mais ça prend du temps. » » (SF4)

« Au début je les examinai, j'avais besoin de savoir moi où on en était. Maintenant j'ai plus besoin. Mais c'est moi qui avais besoin d'un renseignement parce que voilà tu te lances dans quelque chose de nouveau, tu as besoin de garder quelques petites sécurités habituelles, de savoir où ça en est. » (SF8)

3.1.3 Un geste considéré comme peu pertinent dans certains cas et donc moins utilisé

Toutes les sages-femmes interrogées soulignent qu'à leurs yeux, il y a peu de corrélation entre dilatation du col et durée restant du travail. Le toucher vaginal serait donc un mauvais outil pour prédire la durée du travail.

« Le TV il est beaucoup moins fiable que ce qu'on croit ou que ce qu'on voudrait en termes par exemple de prédiction sur la durée de l'accouchement » (sage-femme 3)

« Le TV il a une valeur prédictive sur le temps de l'accouchement qui est nulle » (SF9)

« On s'est tous fait avoir avec un « ah mais madame vous êtes à 3cm » et puis 1h après elle accouche » (SF7)

Le fait que le toucher vaginal ne soit pas prédictif n'est pas un problème en soi puisqu'il pourrait être utilisé uniquement pour suivre la bonne évolution du travail ou encore pour détecter certaines pathologies. Cependant certaines sages-femmes ont constaté qu'il induit des attentes chez les couples et chez les professionnelles.

« Le problème du TV c'est que ça induit des choses. Et puis après c'est faussement encourageant ou faussement décourageant » (SF2)

« C'était un premier, elle avait pas rompu et elle avait un col à 2 doigts donc je me suis un peu fait avoir sur le fait de la théorie : c'est bon, elle est à 2 doigts, elle accouchera dans l'après et encore. Et non elle accouché 5h après parce qu'elle elle le sentait. » (SF4)

« C'est faux ce qu'on a sous nos doigts. En fait c'est faux par rapport au référentiel qu'on nous a mis en tête pendant nos études qui est un référentiel d'accouchement sous péridurale c'est-à-dire elles nous font du 1 cm par heure, ça ne marche pas sur un accouchement sans péri » (SF4)

« La perspective de la sage-femme fait modifier les paroles. Par exemple combien de sages-femmes disent que la dame est à 2-3 cm alors qu'en fait elle est court dilatable 2 à 3 ? Mais c'est parce que dans la tête des SF d'aujourd'hui elles vont corriger si ça se met pas en route, elles vont faire des contractions. Alors que si tu restes dans le naturel, t'es pas sûre qu'elle est en route là, elle a peut-être un col de fin de grossesse cette femme point. Et donc c'est la façon d'interpréter la même chose mais parce que la démarche derrière est différente. » (SF8)

Un certain nombre d'autres raisons poussent les sages-femmes interrogées à ne pas avoir recours au toucher vaginal ou en tous cas à les limiter. Nous avons recensé la préservation du bien-être émotionnel de la patiente et les antécédents de violence. L'une d'entre-elles rapporte :

« La naissance est un flux de l'intérieur vers l'extérieur, il faut se méfier de tout ce qui est à contre flux : le TV il est à contre flux : on est à l'extérieur et on pénètre à l'intérieur. C'est à contre flux de l'énergie de la naissance. Tout ce qui est à contre flux crée une tension voire peut créer une violence vécue. » (SF3)

Cette question de la préservation du bien-être émotionnel de la patiente est évoquée par d'autres sages-femmes :

« Si je la sens à l'aise, je me permettrai de l'examiner puis de lui mettre le monito après pendant 30 minutes, parce que pour moi c'est important de faire le point pour voir où on en est. Après si je la sens super stressée, je vais d'abord l'apaiser et après poser le monito, voire même décaler le TV 1h ou 2h après. Parce qu'en fait je veux pas rajouter un stress à une femme qui vient d'arriver à la maternité » (SF7)

« Le TV c'est pas un examen comme un autre, il est invasif » (SF1)

« Un toucher vaginal ça se fait pas sans confiance. Les femmes qui sont pas examinables, c'est des femmes qui ont pas confiance, qui ont très peur. » (SF5)

Plus encore chez les patientes ayant des antécédents de violence, une sage-femme explique : « Moi j'ai une patiente qui m'a dit à la toute fin de la prépa voilà moi j'ai eu des violences et j'ai très peur qu'on m'examine pendant le travail parce que je sais que ça va me replonger dans des difficultés personnelles. (...) Et chez cette patiente ça devrait limite être contre-indiqué » (SF4)

Nous avons constaté que les sages-femmes interrogées travaillent énormément sur le bien-être émotionnel de leurs patientes.

« En fait encore une fois tout est contexte émotionnel dépendant. C'est-à-dire qu'une femme qui a envie, une femme qui se sent en sécurité, une femme qui se sent en confiance, respectée, ça peut être des accouchements très simples et relativement rapides, même pour des primis » (SF3)

« Pour moi, ce qui me permet de rester dans la physiologie, c'est d'accompagner les couples sur cet aspect émotionnel et d'ailleurs on peut créer de la pathologie en le négligeant cet aspect émotionnel. Ou on peut favoriser la physiologie, on a un pouvoir en tant que sage-femme qui est énorme, c'est le cœur même de notre métier. » (SF7)

Il est difficile de tracer comment cette question a été évincée des salles de naissances hospitalières et même de la formation des étudiants en obstétrique (sages-femmes et médecins) alors qu'elle semble prendre une place primordiale chez les sages-femmes que nous avons rencontrées (18).

« Aujourd'hui en tant que sage-femme on est formées à être technicien de la naissance et parce qu'on a plus trop le choix non plus, parce qu'aujourd'hui on fait des grosses maternités et on en oublie tout cet aspect émotionnel qui pour moi est extrêmement important. » (SF7)

Sans pouvoir répondre à la question, plusieurs pistes sont évoquées dans la littérature : le morcellement des tâches et donc des acteurs (gardes de 12h à la place de 24h, services d'urgence séparés des salles de naissance), généralisation massive de l'accès à l'analgésie péridurale, technicisation des salles de naissances permettant une augmentation du nombre de naissances par maternité (centrale de monitoring). Le bien-être émotionnel pendant l'accouchement est en lien avec le vécu des patientes. A l'heure où la question des violences obstétricales entraîne une modification des pratiques (diminution du taux d'épisiotomie par exemple), nous pouvons nous demander si l'étape suivante les modifications des pratiques serait une modification de la posture des soignants. (19–21)

3.2 Les motivations internes qui poussent les sages-femmes à réaliser un toucher vaginal

Les motivations internes recoupent toutes les motivations propres à la sage-femme : son raisonnement, son expérience, son savoir-faire clinique, etc. Elles ne sont pas liées à une demande de la patiente, à une contrainte environnementale ou médico-légale.

3.2.1 Faire le diagnostic du travail

Les sages-femmes interrogées ont toutes une organisation similaire lorsque qu'une patiente suivie en accompagnement global doit accoucher. La patiente les contacte et ensemble elles évaluent la nécessité de se retrouver au lieu prévu d'accouchement (maternité ou domicile de la patiente). Parmi les questions, celle de la mise en travail est très importante. En effet partir « pour un accouchement » implique d'annuler les consultations ou les visites, de modifier son emploi du temps. De même pour la sécurité des patientes, il est nécessaire d'évaluer si la situation n'est pas pathologique (transfert vers une maternité ? appel des services d'urgence ?).

Le premier élément qui nous a surpris c'est que contrairement à ce que nous avons constaté pendant nos stages, aucune sage-femme ne semble avoir de patiente qui vienne « trop tôt ». Pour celles qui évoquent un nombre de patientes, nous avons évalué à entre 1 et 2% le nombre de patientes concernées (1 sur 50 et 60 naissances).

« On a rarement eu, enfin quasiment pas eu de femme qui m'a appelée trop tôt et que ce soit un faux travail » (SF7)

« Ça nous arrive de nous tromper mais c'est rarissime quand même. C'est-à-dire que des patientes qui viennent pensant être en travail et qui repartent chez elles avant d'avoir accouché, il doit y en avoir une fois par an quoi. » (SF9)

« Je pense qu'en 2 ans j'ai dû me faire avoir une fois par une maman qui est venue trop tôt. » (SF4)

Au contraire, à la question « que faites-vous quand la patiente arrive ? », quasiment toutes les sages-femmes interrogées font mention d'accouchements très rapides, souvent de manière très détendue.



« Celle-là (2^{ème} pare ayant eu un 1^{er} accouchement sans problème) elle va réaliser quand elle va être à 7-8cm qu'en fait elle va accoucher peut-être et encore (rires) donc il faut se méfier des 2èmes paires et même quand on se méfie c'est pas toujours facile d'arriver à temps. » (SF6)

« Obligatoirement (le monitoring à l'arrivée) si on a le temps, si l'enfant est là je le rattrape c'est mieux (rires). » (SF4)

La plupart du temps, les échanges entre la sage-femme et la patiente semblent être suffisants pour déterminer si la patiente est en travail ou non. Les questions posées au téléphone sont assez similaires à celles posées à l'arrivée dans une maternité classique : fréquence et intensité des contractions, perte de liquide, saignements, mouvements fœtaux, sensation de poussée, date de début des contractions.

Pour déterminer en dehors du toucher vaginal si la patiente est en travail ou non, les sages-femmes évoquent d'autres critères.

- Le fait que le conjoint appelle la sage-femme et non la patiente directement :

« J'ai rarement la femme au téléphone. Si elle peut encore me parler, c'est que c'est pas le moment de m'appeler entre guillemets. » (SF4)

« Si c'est son conjoint ou un accompagnant, ça peut être parce qu'elle ne se sent plus capable de parler et ça peut être aussi un élément intéressant, ça veut dire qu'elle a plongé dans la phase active » (SF6)

- La durée des contractions

« Je leur parle de la durée des contractions parce qu'en fait on dit aux femmes classiquement les primipares que quand elles ont des contractions toutes les 5 minutes depuis 2 heures elles doivent se rendre à la maternité, ça c'est le repère classique qu'on donne en France mais y a des tas de femmes qui ont des contractions de pré travail toutes les 5 minutes et elles ont avoir ça pendant 10h d'affilée avec des contractions qui durent 40 secondes donc l'élément que je donne en supplément parce que l'intensité c'est subjectif, (...) je leur dis qu'il faut que leurs contractions durent au moins 1 minute 15. » (SF6)

« Une fois qu'elles ont de la régularité dans les 3 paramètres, c'est un rythme en dessous de 10 min, et des CU qui font au moins plus de 1min sur la phase active de la CU. Là elles peuvent prendre un bain ou une douche et si ça n'influence pas le bain, la douche et là elles peuvent

m'appeler. En fait, tout l'enjeu, c'est de discerner le pré travail du travail. La phase de latence de la phase active. » (SF3)

Plusieurs sages-femmes font appel à des signes qu'elles évoquent avec les couples en préparation comme étant des signes de travail :

« Elle répond plus à mes questions, elle est dans sa bulle, (...) elle passe d'étape en étape » (SF4)

A l'arrivée, plusieurs possibilités cohabitent donc. Certaines considèrent qu'un examen n'est pas nécessaire pour confirmer la mise en travail.

« Y a pas besoin d'examiner pour savoir qu'une femme est en travail. » (SF2)

« Ça se détermine au téléphone, y a pas besoin d'examiner pour savoir si le travail a débuté. » (SF2)

Des sages-femmes examinent systématiquement leurs patientes dans l'heure soit qu'elles souhaitent confirmer la mise en travail soit pour avoir un repère. Ce toucher vaginal peut se placer avant ou après l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

« Si c'est juste un travail qui se met en place, en général je vais l'examiner au bout de 20 à 30 minutes de monito » (SF2)

« Hier par exemple la femme, je l'ai examinée trois quarts d'heure après mon arrivée. Je savais qu'on était en phase de latence. Mais j'avais besoin d'un examen de référence. Ça me sert à vérifier que la tête est toujours en bas, de TV de référence, et qu'il n'y a pas de couac. » (SF1)

« Si je la sens à l'aise, je me permettrai de l'examiner puis de lui mettre le monito après pendant 30 minutes, parce que pour moi c'est important de faire le point pour voir où on en est » (SF7)

Pour les femmes qui semblent prêtes d'accoucher à leur arrivée (sensation de poussée), deux sages-femmes souhaitent réaliser un toucher vaginal :

« Si elle arrive et qu'évidemment elle va accoucher dans moins de 30 minutes, je vais peut-être pas faire un monito, je vais d'abord l'examiner, mettre un petit peu de ultrasons pour vérifier si ça va bien puis faire l'accouchement. » (SF9)

« Mais du coup quand vous vous retrouvez, vous l'examinez quand vous arrivez ? Non. A part si ça pousse, pour évaluer si on reste³ ou pas. » (SF3)

Mais d'autres au contraire n'en font pas.

« Si je sens qu'elles sont déjà bien dans la phase active, maintenant je m'assieds dans un coin, j'écoute le bébé de temps en temps et j'attends. » (SF1)

Nous avons constaté que chez certaines sages-femmes il y a une ambivalence :

« Quand elles arrivent, monito 30 minutes, un examen pour quand même avoir un point de départ et puis quand même, même si en général quand on les voit, on se dit qu'elles sont en travail dans ces circonstances-là, quand même valider que le col éventuellement se modifie » (SF2)

Dans les spécificités de l'accompagnement global, nous retrouvons le fait que les sages-femmes connaissent bien les patientes qui viennent accoucher puisqu'elles ont déjà réalisé le suivi de grossesse et la préparation à la naissance. Dans notre étude, on trouve des sages-femmes qui travaillent seules, d'autres en binôme et d'autres en groupe de praticiens pour lesquels elles réalisent des astreintes. Pour la majorité des sages-femmes interrogées, le fait de connaître les patientes permet de se passer de certains touchers vaginaux et de personnaliser la prise en charge.

Elles reconnaissent que le fait de connaître les patientes permet de mieux appréhender les informations données au téléphone mais aussi les observations faites à l'arrivée. Même si ce n'est pas directement leur patiente et qu'elles sont présentes dans le cadre d'une astreinte : « j'ai une telle confiance, parce qu'elles sont préparées exactement comme les miennes, parce que je les ai rencontrées. » (SF4)

« Là, ce qui rentre en ligne de compte, c'est la personne, c'est la patiente, qui elle est, ce qu'on en connaît. Y a des patientes que je connais très bien et que je vais pas examiner et d'autres que je connais moins bien et que je vais examiner. » (SF5)

³ Au domicile de patiente ou transfert vers la maternité



« C'est toute la différence pour moi entre le PT et hors plateau technique c'est le cadre de confiance, cette sécurité là qu'on tisse en amont qui facilite les choses. » (SF7)

« C'est un élément important, c'est l'intérêt du suivi global aussi, ça va nous donner des éléments comportementaux d'adaptation importants. » (SF6)

« Alors on a l'avantage qu'on les connaît : alors il y a tout ce flottement psychique où on sent que la femme est plus là, elle est train de passer dans un état de conscience altérée, quand elle quitte l'état de conscience bêta on peut se dire quand même elle est bien en travail. » (SF3)

« En apparence c'est pareil sauf que suivant la patiente à qui on a affaire, ce qu'elle est en train de nous raconter ne prend pas tout à fait la même coloration. Tout ça, ça fait partie du suivi global en fait, de pouvoir avoir justement une perception un petit peu plus fine de ce que la patiente raconte et permettre du coup d'avoir une idée un peu plus précise de à quel stade on en est. » (SF9)

Quelques sages-femmes précisent qu'en plus de la connaissance des patientes, le temps d'observation qu'elles leur consacrent est plus important du fait du one-to-one :

« Faut pas non plus se leurrer, quand tu connais pas les gens, qu'ils arrivent, c'est plus dur et t'as pas le temps de rester dans la salle pour les observer. » (SF4)

« Au bout de 3-4h on est à 1 doigt, je suis pas venue, examiner et repartie. C'est pas ça, j'ai attendu une dynamique, d'observer tout ça. La plupart du temps c'est ce que je fais avant de repartir, c'est que j'attends, c'est minimum deux heures. » (SF8)

D'autres attendent de savoir si, selon elles, la patiente est en phase active du travail ou non pour réaliser le premier toucher vaginal. Certaines introduisent en même temps une différence entre patientes primipares et multipares.

« Soit j'ai un doute en fait et je me dis tiens est-ce que vraiment c'est parti et là je vais examiner, si j'ai pas vraiment de doute je vais la mettre dans un bain ou je vais la positionner mais je vais la laisser » (SF4)

« Si je vois qu'elle a un comportement de phase active (...) j'ai envie de te dire qu'il est franchement très exceptionnel que j'examine une deuxième et une troisième pare en cours de travail. (...) En fait la plupart du temps les multipares je les examine pas. » (SF6)

Nous avons été étonnées de cette distinction puisque dans les nouvelles recommandations sur le travail physiologique, la phase active est définie à partir de la dilatation du col. Sans toucher vaginal, comment est-il possible de déterminer la différence entre la phase active et la phase de latence ?

Nous retrouvons le dilemme entre le souhait d'intervenir le moins possible dans le processus physiologique et le besoin de sécurité ressenti par chaque sage-femme.

« En tous cas pour moi j'en suis pas arrivé au stade je laisse faire à 3000%, j'examine jamais etc. Pour moi la physio ça exige quand même une (hésitation), comment l'expliquer, c'est une discipline qui est très exigeante c'est à dire sur le déroulement de l'accouchement. C'est pas n'importe quoi la physio, c'est pas je fais la danse de la pluie et puis un jour bébé va descendre nan ! Je caricature un petit peu quoi mais (silence). Y en a qui sont comme ça qui examinent pas du tout et puis on va attendre quand il pointera le bout de son nez, sauf que si t'as une stagnation pendant 5-6h et que c'est une présentation qui ne convient pas, que c'est une présentation postérieure et que t'as la solution c'est un peu dommage, c'est-à-dire que tu laisses présager que cette femme est capable seule dans son ressenti de pouvoir accoucher, ce qui est vrai, mais parfois elle a besoin d'être guidée, d'être orientée, c'est juste ça. » (SF7)

Là où certaines sages-femmes, semble-t-il les moins expérimentées de notre groupe d'étude sont dans une démarche active d'accompagnement et de diagnostic du travail de la patiente qui nécessitent de savoir à quel stade de dilatation est le col par le toucher vaginal, les sages-femmes les plus expérimentées semblent exercer une surveillance moins invasive du travail et pouvoir adapter leur prise en charge en faisant appel à d'autres outils comme l'observation du comportement maternel.

3.2.2 Le TV en première ligne de la surveillance du travail ?

Faire un TV : de quoi parle-t-on ?

Nous avons interrogé les sages-femmes sur les éléments recherchés au toucher vaginal. La totalité des sages-femmes recherchent les caractéristiques du col : position, longueur, consistance et dilatation. Certaines apportent cependant des précisions complémentaires :

« Ça va m'intéresser quand même de juger, d'examiner alors elles aiment pas trop mais pendant la contraction : comment le bébé descend, comment il sollicite le col pendant la contraction, c'est quand même des infos que je vais rechercher dans la dynamique du toucher et de la contraction. » (SF3)

« Je regarde principalement la tonicité parce qu'en fait la dilatation, on en a fait le tour, m'intéresse pas beaucoup, ce qui est vraiment pertinent, c'est la hauteur du bébé, est-ce qu'il reste une poche ou pas et du coup si t'as une présentation ou pas » (SF4)

Nous avons en effet constaté au fil des entretiens que la recherche de l'orientation fœtale faisait débat : est-elle nécessaire systématiquement ? seulement en cas de dysfonctionnement de la naissance (ralentissement de la dilatation, plainte particulière de la femme) ? C'est pour certaines une information à connaître en début de travail.

« Tu dois le savoir dès le début du travail si ton bébé a le dos à gauche, à droite, en arrière, moi c'est quelque chose que je trouve essentiel parce que ça va t'aider à comprendre pourquoi ça va vite ou pourquoi ça va doucement. » (SF4)

Quelques-unes ne la recherchent pas systématiquement et expliquent leur position :

« Non je ne cherche que la dilatation et la hauteur de la présentation. Le reste, je cherche pas : en liberté posturale on n'a pas besoin de s'occuper de l'orientation de la tête. (...): une droite postérieure chez une femme qui bouge c'est pas grave.

Moi : Parce que vous avez le sentiment que ça ne perturbe pas la mécanique ?

Sage-femme : C'est pas un sentiment ! C'est que ça marche les droites postérieures : ils sortent quand même ! Le problème c'est que ça nous perturbe nous en tant que praticien, c'est pas que ça perturbe le bébé ou la maman. Pour la maman, ça va être peut-être un petit peu

plus long la progression parce que mécaniquement il y a des raisons qui peuvent l'expliquer mais si elle est en liberté posturale ça va gêner beaucoup moins. » (SF9)

Elles vont même parfois plus loin dans leur raisonnement :

« Une droite postérieure si la femme, elle bouge etc (...) c'est que c'est qu'il peut pas se mettre ni en droite antérieure ni en gauche antérieure donc de toute manière il restera en droite postérieure. » (SF9)

« Je pense que le bébé s'est mis dans la seule position qui était faisable. Et pour sa mère et pour lui. » (SF8)

C'est valable pour l'orientation de la tête mais aussi pour le fléchissement de la tête selon cette même sage-femme :

« J'en ai un qui était en bregma récemment, je l'ai vu quand il est sorti qu'il était en bregma, et puis à la tronche qu'il avait mais ça a pas empêché ni la dilatation ni la naissance, alors pourquoi je vais me prendre la tête avec un bregma » (SF8)

Elle rejoint là d'autres qui s'appuient plutôt sur des éléments du comportement maternel et la vitesse de progression du travail pour rechercher ou non l'orientation de la tête fœtale :

« Et si tu vois que ça se dilate, que ça avance, tu t'en fous de savoir s'il est fléchi ou pas. Il va se fléchir à un moment, ou au pire il naîtra un peu défléchi. » (SF4)

« Est-ce que vous recherchez la variété de présentation ? Non si la dilatation et la descente du bébé suit son cours, oui si ça stagne. Oui si je recherche une cause physique. » (SF7)

Alors comment surveiller que le travail progresse de manière satisfaisante ?

Si on observe des figures de partogramme (OMS, Audipog), nous avons constaté que la place la plus importante est donnée à la dilatation du col et à la descente du mobile fœtal (22). Cela placerait le toucher vaginal en première ligne de la surveillance. Or si elles ne rejettent pas le toucher vaginal, la surveillance exercée par les sages-femmes que nous avons interrogées semble plus diversifiée.

« On le voit à son comportement, au rythme des contractions, à l'intensité qu'elle va accoucher. » (SF6)

« Il y a comment la patiente respire, comment elle bouge, ce qu'elle dit et ce qu'elle dit pas, il y a plein de choses qui sont super fines et donc difficile à codifier mais j'allais dire effectivement nous en global on va dire on a tous les sens ouverts et actifs. » (SF9)

Cette surveillance du travail est basée sur une description de l'accouchement physiologique comme une succession de phases avec des temps d'accélération.

« Il y a 2 accélérations : à 3 ça s'accélère, à 5 ça s'accélère et la dernière accélération sur la fin donc. Mais clairement à 5 centimètres on a une vraie accélération : à 5-6 la patiente identifie que là on est en train de passer à des choses un peu plus sérieuses. » (SF9)

« Entre 0 et 6cm, j'appelle ça le marathon 1, ça m'intéresse de savoir qu'elle est dans ce marathon-là, parce qu'il y a des outils adaptés à ce marathon 1. Puis à 7cm, il va y avoir un niveau supérieur en termes d'intensité de contraction, on passe au marathon 2, phase active. La dilatation va s'accélérer, et on a d'autres outils. Moi ce qui m'intéresse, c'est de m'adapter, d'adapter les outils à la phase ou à la période, pas forcément à la dilatation. » (SF 3)

Cette dernière phrase est très intéressante car elle introduit une idée reprise plusieurs fois : il pourrait y avoir une différence entre la phase du travail dans laquelle se situe la femme et la dilatation du col.

« Il m'est arrivé de quitter un domicile avec le même constat d'une femme qui n'est pas en travail alors que son col était à 6 centimètres et de n'avoir à revenir que vingt-quatre heures après » (23) ⁴

« (Racontant une conversation avec une patiente) Quand je t'ai examinée t'étais à peine à 5, c'était totalement incohérent avec l'avancée psychique, émotionnelle et hormonale de ton travail. (...) la dilatation corporelle du corps elle est pas tout de suite en accord avec l'ouverture psychique de la femme pour enfanter. Y a un décalage mais je pense qu'on arrivera jamais à maîtriser ce décalage sur l'accouchement physio. » (SF4)

⁴ Maïtié, sage-femme p. 345

Nous retrouvons ici le lien avec l'idée évoquée précédemment qu'il n'existerait pas de lien systématique entre dilatation du col et travail. La question subsidiaire à cela est : comment peut-on suivre la bonne évolution d'un travail si on ne peut pas se fier à la dilatation du col ?

Plus encore que des signaux émis par la femme de manière isolée, ce sont les évolutions dans le comportement maternel qui sont suivies.

Comportement maternel

- "selon la position fœtale, elles prennent pas les mêmes positions. " (SF3)
- " Le fait qu'il y ait besoin d'un appui, il y en plein qui ont la faiblesse dans les jambes aussi à la fin. Elles s'accrochent à leur mari, ou elles se couchent. " (SF8)
- " Y a aussi leur attitude : dans un premier temps elles sont là, est-ce que les serviettes sont au chaud pour le bébé tout ça, et puis après y a un moment où elles s'en foutent, elles sont plus dans la gestion. " (SF8)

Sons et plaintes

- " Cesser de parler tout ça, toutes ces choses là qui font que tu sais que ça avance. Celles qui sont dans la grande conversation là... Y a toujours l'exception qui confirme la règle, qui arrête pas de causer même entre 2 poussées, mais c'est exceptionnel, la plupart des femmes elles se calment, elles parlent plus. " (SF8)
- " Leur façon de râler. " (SF1)
- "j'observe la respiration de la femme" (SF4)

Etat émotionnel

- " arrivé à 7 cm y a un basculement, un shoot hormonal où elle est plus tellement consciente de ce qui se passe. Par exemple celle qui est assez pudique avec la petite blouse de l'hôpital et la culotte filet, à 7cm, elle peut limite sortir toute nue dans le couloir pour aller aux toilettes. Alors que ça lui serait même pas venu à l'idée juste avant. C'est très particulier sachant qu'avant ce 7cm y a un moment très particulier où tu flippes un peu : « est-ce-que je vais oser y aller ? » et en fait passé cette peur-là, elle change d'état de conscience. » (SF7)
- "il doit y avoir une progression de comportement maternel, qui doit être de plus en plus, elle est un peu shootée, elle rentre dans sa bulle, elle va exprimer des peurs" (SF3)
- description de la phase active : "on sent qu'elle est pas dans un comportement complètement habituel, comme si elle était ivre. Cette ivresse elle est donnée par l'accompagnement par les endorphines et peut être d'autres. En tous cas les femmes on a vraiment l'impression qu'elles sont shootées. Elles sont directes. (...) les femmes vont avoir des paroles directes, elles vont te dire « ne me touche pas », elles oublient les formules de politesse, elles ont pas un comportement social du tout habituel. " (SF6)

Douleurs et contractions

- "l'augmentation de la contraction utérine tu l'as avec l'augmentation de la difficulté à gérer les contractions" (SF8)
- "Elle a des contractions intenses donc elle va adapter sa respiration à chaque contraction, les contractions sont longues, elle va éventuellement se plaindre de l'intensité, elle va trouver ça éventuellement difficile, pas toujours mais ça peut." (SF6)
- "Y a effectivement la fréquence des contractions, l'intensité, on voit bien qu'une femme qui va accoucher elle est pas en train de souffler sur ne contraction. " (SF4)

Engagement et poussée

- "marcher par exemple y en beaucoup qui renoncent à la fin." (SF8)
- " les regarder serrer les fesses à chaque contraction : là tu te dis le bébé il doit commencer à appuyer. Parce que instinctivement elles remontent pour retenir l'envie d'aller à la selle en fait. " (SF8)
- " je vois les blocages respiratoires. Et des souffles longs très longs, ça permet de pousser aussi. " (SF8)
- "Juste avant le second stage anglais il va y avoir la phase de transition qui va avoir des expressions typiques où le doute est exprimé, c'est du à un grand shoot d'adrénaline et de noradrénaline la phase de transition" (SF6)
- "une femme qui arrive à 7cm, le bébé peut commencer à appuyer au niveau rectal/anal, elle peut commencer à dire que ça pousse. Ça c'est un autre critère." (SF4)
- "si elle a envie de pousser sur tout le temps de la contraction, c'est qu'elle est à dilatation complète." (SF3)

L'inconvénient de l'observation du comportement maternel est qu'elle peut être rendue difficile du fait de la grande variabilité inter-individuelle :

« Comme c'est spécifique à chaque femme, ça va pas être codifiable comme ça. Ce qui va être intéressant c'est la variation » (SF9)

Selon les sages-femmes, elle peut également être faussée par l'analgésie péridurale, un état émotionnel « en résistance » ou lors d'un premier accouchement par le manque d'expérience. Dans ces cas-là, le toucher vaginal reste un élément essentiel dans le suivi de la bonne évolution du travail.

« Une primipare, (...) tu peux avoir des repères faussés sur son comportement lié à ce qu'elle projette de là où elle en est elle-même donc elle va prendre une attitude mais c'est plus une attitude qu'elle prend qu'une réalité. Donc c'est pour cette raison qu'un peu plus rapidement moi personnellement je vais examiner une primipare. » (SF6)

« (avec une analgésie péridurale) elles n'ont plus du tout le même ressenti, plus du tout l'état de conscience altéré, elles reviennent dans un état de conscience d'analyse donc on va se remettre à discuter de manière très cortiquée, on va devoir positionner de manière factuelle au lieu d'être instinctive. On est complètement coupé de tout ça, donc ça n'a pour moi aucune valeur ou presque. (...) là je repasse sur un TV toutes les heures, toutes les deux heures. » (SF4)

A la question « examinez-vous systématiquement une patiente après une rupture de la poche des eaux ? », seule une sage-femme répond positivement, en lien avec une expérience précédente :

« Si elle perd les eaux, je réexamine. Pourquoi ? Pour toujours la même chose : vérifier qu'on a pas le cordon qui se balade. On sait jamais ça peut se produire, c'est pas parce que la procidence c'est rare mais des latérocidences, ça existe par exemple donc je réécoute le cœur du bébé et je réexamine. » (SF9)

Les autres sages-femmes disent écouter le cœur du bébé dans un premier temps. Elles justifient dans certains entretiens leur pratique :

« Quand elles perdent les eaux, on les examine en milieu hospitalier parce qu'on nous a foutu l'histoire de la procidence du cordon. Mais moi je sais pas si tu en as déjà vu mais elles sont rares et on va dire la moitié sont liées à la rupture artificielle de la poche des eaux et déjà moi

comme je vais pas faire ça et puis les autres, elles arrivent aux admissions avec déjà la rupture et déjà la procidence. Mais surtout une procidence ça crée des ralentissements cardiaques chez le fœtus donc maintenant je suis capable d'écouter le bébé seulement. Je l'écoute après une rupture. » (SF8)

« Non mais une rupture de poche des eaux à dilatation complète avec la tête, je vais jamais, je vais pas l'examiner. Tout dépend d'où se trouve le bébé. Mais oui une rupture avec une anomalie de rythme. » (SF5)

« Mais la rupture de la PDE n'est pas pour moi un critère⁵. Par contre après la rupture de la poche, j'aime bien regarder le rythme cardiaque quand même. » (SF7)

3.2.3 Quand la naissance semble dysfonctionner

La majorité des sages-femmes expriment clairement que le toucher vaginal reste un examen important dès que la surveillance du comportement maternel n'est plus suffisante à les rassurer.

« Après le toucher vaginal, c'est dès qu'on sort des chemins de traverse, un liquide teinté, ça traîne, ou des anomalies de tracé, et tu te dis là il va falloir que tu fasses le tour pour pouvoir appeler éventuellement après, enfin donner les bonnes indications. » (SF3)

« Le TV, c'est si on attend la phase d'après et qu'elle vient pas, on va lui proposer des techniques pour la remettre dedans et puis à un moment donné t'es perdu. Quand t'es perdu, t'attends de signaux qu'elle t'envoie pas » (SF7)

« Soit un aspect physique où je sens qu'on est pas dans la physio avec un col hyper tonique ou un bébé super haut ou alors soit un aspect psychique ou émotionnel si y a une résistance. » (SF7)

⁵ Critère pour réaliser un TV

Nous avons recensé dans le tableau suivant les motifs de TV évoqués par les sages-femmes qui leur évoque un dysfonctionnement de la naissance :

| Evènements obstétricaux | |
|---|---|
| <p>Liquide amniotique teinté « Si le liquide teinté je vais quand même regarder ce qui se passe pour voir où on en est. » (SF6)</p> | <p>Contractions irrégulières « Parce qu'il y a des contractions anarchiques » (SF 8)</p> |
| <p>Anomalies du rythme cardiaque fœtal « Le bébé c'est surtout plus le rythme qui ferait réexaminer » (SF1)</p> | <p>Des métrorragies « J'ai envie de les examiner quand elles poussent et qu'après elles saignent un petit peu » (SF8)</p> |
| Liés à la femme | |
| <p>Absence d'évolution dans le comportement « Quand je sens que ça évolue pas : ça fait 2h et la poche s'est pas percée, elle a la même dynamique, je vois bien que, même elle me le dira, « je suis fatiguée, c'est toujours les mêmes » (...). Forcément tu réexamines » (SF4)</p> <p>« Alors un front, franchement c'est très rare. Mais un front, qu'est ce qui va se passer ? Mais c'est que c'est un travail qui avance pas, dysfonctionnant donc je vais finir par l'examiner. » (SF8)</p> <p>« Soit le temps : 2h-3h-4h, il se passe rien de nouveau » (SF9)</p> | <p>Incohérence dans le comportement « Qu'au bout de 2 ou 3h elle soit toujours dans cet aspect de contrôle de la naissance alors que normalement, tout est conçu pour qu'elle soit dans une forme de lâcher prise » (SF3)</p> <p>« En termes de temps sur une incohérence entre son état psychique et physique et là où on devrait être » (SF3)</p> <p>« J'en ai examinée une y a pas très longtemps, parce qu'elle manifestait de contractions très puissantes et moi j'avais pas du tout l'impression que c'était franchement en route et donc je l'ai examinée, elle était à un doigt. (...) il y avait pas assez de dynamique des contractions qui correspond à l'accouchement. Y avait pas non le psychisme maternel qui va avec. » (SF8)</p> |
| <p>Douleur insupportable « Une patiente qui a trop trop trop trop mal c'est pas normal et du coup je vais avoir besoin de me rassurer avec un TV » (SF 1)</p> <p>« Si elle se plaint bizarrement d'une douleur inhabituelle. » (SF 6)</p> | |

Tableau 3 : Motifs de TV en lien avec un dysfonctionnement de la naissance

Si ces signes de dysfonctionnement justifient un toucher vaginal, les sages-femmes qui vont devoir avoir recours à l'équipe médicale ou transférer leurs patientes vont avoir recours au toucher vaginal.

« Pour parler avec nos interlocuteurs, pour s'adapter aux interlocuteurs auxquels on fait appel, pour leur donner ce qui leur parle à eux, ça peut être une indication de toucher vaginal ça. » (SF3)

3.2.4 Les motivations non médicales

Quelques sages-femmes parlent pendant les entretiens de touchers vaginaux dont l'objectif ne serait pas médical mais d'ordre organisationnel. La première motivation est leur propre impatience face à la physiologie de l'accouchement.

« Alors après il y a toujours t'es fatiguée, tu veux savoir mais là ça va être plutôt ma curiosité que l'intérêt médical je pense » (SF8)

« Souvent quand t'es perdu c'est que t'es impatient, je sais pas pourquoi et là tu vas réexaminer. » (SF4)

Cette impatience peut naître également de la forte disponibilité demandée par l'accompagnement global qui impacte la vie personnelle des sages-femmes (24).

« Puisqu'il y a pas de danger ni pour le bébé ni pour la mère, c'est pas très grave qu'elle mette 3 jours pour accoucher, même si c'est un peu (...) On imagine aussi qu'on va rentrer manger chez nous, qu'on va dormir, combien de temps ? » (SF9)

« Sachant que la présence, du moment de l'appel jusqu'au moment où on rentre chez nous ou au cabinet, c'est en moyenne entre 10 et 12 heures de présence par accouchement. » (SF3)

Une sage-femme évoque une problématique de gestion des flux telle qu'elle peut exister dans une structure hospitalière même si les configurations de l'accompagnement global fait que les problématiques sont moindres.

« Si j'en ai une autre de manière extraordinaire qui a des contractions en même temps, pour savoir si elle est vraiment en route ou pas, j'ai besoin d'un élément supplémentaire mais c'est pas à cause de cette naissance mais de l'autre, pour savoir où je vais ». (SF8)

3.3 Les motivations externes des sages-femmes à faire un TV

3.3.1 La demande des femmes

Dans les entretiens réalisés, nous avons constaté qu'une des premières réponses à la question « qu'est-ce qui pourrait vous faire examiner une patiente ? » est la demande des patientes elles-mêmes.

« Parce qu'elle me le demande finalement c'est la première raison. » (SF2)

« C'est généralement après un délai, y en a c'est 10 minutes, y en d'autres c'est 4h ou elles veulent un TV. » (SF8)

Certaines sages-femmes ont constaté que les primipares sont plus demandeuses que les multipares :

« Il y a beaucoup de primis qui demandent à être examinées » (SF6)

« Les primipares sont un peu plus demandeuses de savoir où elles sont. » (SF8)

Néanmoins, parfois même les multipares ont besoin d'une confirmation par le toucher vaginal qu'elles sont en travail :

« Je me rappelle très bien d'une, c'était son deuxième elle arrive elle était bien mais je voyais quand même qu'elle était en travail mais bon elle se demandait si elle était pas venue pour rien. Je lui ai dit si tu veux je t'examine comme ça tu auras quelque chose de factuel, je l'examine, elle était je crois à 5-6 et là elle se met à pleurer en me disant « je suis en travail ». Elles ont vraiment pas confiance en elle, elles ont besoin de quelque chose de factuel comme ça mais moi non. » (SF4)

Pour toutes les sages-femmes interrogées, la demande de la patiente constitue une motivation à réaliser un toucher vaginal. Au-delà de répondre à la demande de la patiente qui souhaite savoir où elle en est de son travail, une sage-femme considère même que : « c'est souvent elles qui me demandent. Mais je le fais parce que je me dis qu'elles ont un instinct et que peut-être y a quelque chose qui coince. » (SF4)

Nous pouvons nous demander ce qui pousse les patientes à demander un toucher vaginal alors que ce geste pourrait être considéré comme un geste technique utile seulement aux professionnels de santé.

Les sages-femmes évoquent chez les femmes le besoin de connaître la progression du travail : le toucher vaginal sert de repère aux patientes aussi bien qu'aux sages-femmes. Il sert à la fois à rassurer sur le lancement du travail, et la durée prévue de l'accouchement.

A l'heure où la naissance est perçue comme une situation à haut risque (25), les femmes évoluent dans un climat où elles perdent facilement confiance en leurs capacités à mettre au monde. Il existe dans la société actuelle une relation asymétrique entre les professionnels de santé « sachants » et les femmes (26). La demande d'un TV nous semble alors un moyen de tenter inconsciemment de renverser la hiérarchie des pouvoirs entre professionnels de la naissance et les femmes : elles deviennent actrices non seulement de la naissance mais aussi de la surveillance de la naissance. Cela semble correspondre particulièrement à des patientes qui choisissent l'accompagnement global : ces femmes sont pour une part dans un désir de réappropriation de la naissance. (27)

Lors de nos entretiens, nous avons interrogé les sages-femmes pour savoir si elles donnaient toujours les « résultats » du toucher vaginal à la patiente. Les réponses sont très partagées : pour certaines sages-femmes il semble « évident » de toujours donner le résultat, là où d'autres décrivent rarement ce qu'elles trouvent de manière détaillée.

« Je donne jamais la dilatation du col aux patientes, jamais. Ça c'est un piège sur lequel je préfère pas tomber parce qu'en fait ça les remet dans le mental, dans le cortex et en fait comme elles cogitent, ça peut vraiment bloquer leur accouchement, bloquer leur dilatation du col. Par contre je vais les encourager, si elle est passée de 3 à 8 cm, je vais leur dire « ben c'est bien tu vois ton col il avance bien, il est super souple etc. » (SF3)

« Nous : Vous leur donnez systématiquement le résultat ? SF 3 : Ah oui moi je suis très transparente avec mes patientes. Très. » (SF5)

« Ah oui bien sûr moi je dis tout. (...) Des fois il y a des patientes qui veulent pas que je leur dise parce que ça avance pas vite donc elles disent « faut pas me dire, moi ça me déprime ». Le problème c'est que je suis obligé de le dire. (...) c'est pas une information qui m'appartient donc je restitue juste aux patientes une information qui les concerne elles, qui est la leur » (SF9)

« SF6 : ça dépend. Souvent oui (je leur dis) parce qu'elles sont demandeuses. Souvent je leur demande ce qu'elles en pensent elles, elles pensent qu'elles en sont où, j'essaye de voir comment elles perçoivent les choses.

Nous : Mais y a des cas où tu ne donnes pas ? SF6 : C'est pas très fréquent mais ça m'est arrivé quelques fois.

Nous : Et c'est parce que tu penses qu'il y a une discordance ? SF6 : Pas forcément, j'ai eu quelques femmes elles s'en fichaient, c'était plutôt moi qui voulais savoir qu'elles, elles étaient dans leur travail et puis voilà. J'arrive pas à me souvenir précisément d'une situation. La plupart du temps je leur dis, c'est vrai que je me suis posé la question de leur demander si elles voulaient savoir parce qu'après tout (silence). En tous cas une femme qui me demande je le lui dis ça c'est sûr. » (SF6)

Nous avons constaté que les sages-femmes ont construit une justification très personnelle à cette question et qu'il semble exister autant de réponses que de personnalités de sages-femmes. Faut-il restituer à une patiente un résultat si elle n'a rien demandé ? Il nous semble que cela dépasse le cadre du toucher vaginal et de l'accompagnement global. Ce sujet mériterait d'être interrogé plus en profondeur du point de vue du rapport de pouvoir entre le professionnel de santé et son patient. Dans l'accompagnement global, cette problématique du jeu de pouvoirs existe comme dans toute relation sociale et ne doit pas être occultée par la confiance que le « one-to-one » permet de créer. L'accompagnement global, même s'il permet une prise en charge personnalisée, n'est pas un rempart contre les violences obstétricales et gynécologiques (28,29).

3.3.2 La question médico-légale et la rédaction du partogramme

La rédaction d'un partogramme est recommandée pendant le travail par la Haute Autorité de santé (10). De plus la crainte du médico-légal a été identifiée comme facteur de modification des pratiques (25), nous avons choisi d'interroger les sages-femmes à son propos. L'objectif était de comprendre dans un premier temps si elles en remplissaient un et si oui, est-ce que sa rédaction influençait leur pratique du toucher vaginal.

Nous avons constaté que la majorité des sages-femmes remplissent un partogramme à chaque naissance. Celles qui ne le font pas systématiquement exercent à domicile et privilégient la rédaction d'observations détaillées. Elles en rédigent un en fonction des circonstances : en cas de travail long, en cas de transfert...

« Nous : Est-ce que tu utilises un partogramme ? SF : Rarement. Uniquement quand c'est long. » (SF5)

« Officiellement oui, en vrai après. Nous : En vrai après ?

SF : Oui en fait ça sert à rien un parto quand on s'occupe d'une seule patiente. Le parto, il est intéressant quand on en a plein à gérer en même temps. A domicile je tiens pas de parto. » (SF9)

« Si si parce que ça fait partie du langage commun et que si j'ai, bon à domicile je le faisais parfois un peu a posteriori parce que j'ai qu'une patiente donc j'ai bien la mémoire de ce qu'il se passe » (SF3)

Aucune sage-femme n'a indiqué réaliser de toucher vaginal pour rédiger le partogramme ou pour des raisons médico-légales.

« Mon partogramme il va y avoir des points mais il y avoir mes points à moi, c'est-à-dire que je sais que parce que le sacrum est en train de bomber elle est au moins à 8, (...) un partogramme il est défini par un TV mais c'est pas correct. » (SF4)

Par analogie au partogramme dont il occupe une grande place, le toucher vaginal n'est-il pas plus utile quand la sage-femme a plusieurs patientes à surveiller en même temps ? Des recommandations différentes ont été émises pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal en one-to-one et en surveillance multiple (9). Nous pouvons nous demander si des recommandations de surveillance du travail en one-to-one seraient pertinentes. En effet il est prouvé que la charge de travail imposée aux professionnelles conditionne parfois leurs pratiques. Ces recommandations pourraient être particulièrement utiles aux sages-femmes en maison de naissance, en plateau technique, à domicile mais également dans les filières physiologiques des maternités en prenant en compte les spécificités de leur mode d'exercice.

Il serait également intéressant d'établir un partogramme laissant plus d'espace à l'observation du comportement maternel afin d'augmenter l'adhésion à cette recommandation de l'HAS. Cela pourrait augmenter d'une part l'adhésion des professionnels à cette recommandation et d'autre part permettre une évaluation des pratiques professionnelles. En effet, nous avons pu constater que l'ANAES avait montré que le partogramme pouvait être utile dans ce cadre(22). L'évaluation des pratiques professionnelles est un outil pour garantir un bon niveau de soins aux patientes et serait d'autant plus intéressante que les sages-femmes travaillent en libéral et peuvent être isolées.

4 Perspectives et limites de l'étude

4.1.1 Points faibles de l'étude

L'étude conduite dans le cadre de ce travail est basée sur 9 entretiens semi-directifs. Le faible effectif de notre étude est un point faible identifié de celle-ci car il est possible que des sages-femmes pratiquant de manière différente n'aient pas été interrogées et que notre étude soit donc incomplète. Néanmoins il faut prendre en compte le fait que le nombre de sages-femmes exerçant l'accompagnement global est relativement faible en France (environ 80)⁶ (24). Nous n'étions pas dans un objectif de preuve quantitative, et nous pensons que ce point faible, s'il mérite d'être soulevé, n'est pas rédhibitoire.

Dans la mesure où la majorité des sages-femmes interrogées exercent en Ile-de-France (6/9) et que ce territoire présente des caractéristiques spécifiques : forte concentration des naissances et de sages-femmes pratiquant l'accompagnement global, possibilité d'accueil sur plusieurs plateaux techniques, accès facilité aux services de secours, nous ne pouvons pas généraliser cette étude à l'ensemble des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global sur le territoire français.

Enfin, notre étude est limitée par un biais déclaratif et de désirabilité sociale des sages-femmes interrogées. Ce biais consiste à se présenter favorablement aux yeux de la société. Bien que nous ayons garanti l'anonymat aux sages-femmes interrogées, certaines peuvent avoir mis de côté certaines de leurs pratiques. Nous avons essayé de formuler les questions de la manière la plus ouverte possible pour limiter ce biais. Plusieurs sages-femmes nous ont fait part également de leurs difficultés à répondre sans être dans un contexte d'accouchement malgré nos relances pendant l'entretien.

En tant que chercheur et souhaitant nous-même nous orienter vers l'accompagnement global en plateau technique à moyen terme, il existe une part de subjectivité et d'interprétation lors de la réalisation des entretiens et de l'analyse. Cependant, cette envie de découvrir et de comprendre comment pratiquaient ces sages-femmes est aussi ce qui a motivé notre investissement dans le projet de recherche.

⁶ Ce nombre reste difficile à évaluer car il n'existe pas de répertoire des professionnels proposant l'accompagnement global à la naissance.

4.1.2 Quelles leçons ?

L'accompagnement global à la naissance constitue un mode d'exercice très spécifique et ce travail n'avait pas pour objectif d'en faire la louange. En effet, l'AGN ne saurait répondre aux besoins périnataux français et aux besoins de toutes les femmes qui sont par essence toutes différentes. Nous retirons de ce travail tout de même quelques perspectives.

Elargir la formation des sages-femmes sur le travail physiologique et sans analgésie péridurale

L'exercice en maison de naissance est amené à se développer de même que le travail en plateau technique car il répond à une demande des femmes. (30,31) Or, la majorité des accouchements en France ont aujourd'hui lieu avec une analgésie péridurale. Nous avons constaté qu'il existe un savoir-faire particulier des sages-femmes qui accompagnent les patientes qui font le choix de s'en passer. Ce savoir-faire constitué au fur et à mesure de leurs expériences concerne le toucher vaginal mais aussi le diagnostic du travail et son suivi. Il serait intéressant de l'étudier pour le codifier et pouvoir le transmettre aux prochaines générations de sages-femmes.

Pour saisir l'intérêt de l'accompagnement global, des stages plus longs pourraient être utiles : en effet en 4 semaines, il est rare que les étudiants aient la possibilité d'observer la relation sage-femme/couple en consultation puis à l'accouchement.

« J'ai eu la chance à la fin de mes études de faire des stages avec des libéraux (...) et de découvrir tout un autre monde sur la physiologie de l'accouchement. » (SF4)

Repenser la phase de latence pour rendre aux femmes leurs compétences, désengorger les urgences et diminuer le temps passé en salle de naissance.

Par ailleurs, un autre élément qui a retenu notre attention concerne la gestion de la phase de latence : en effet, nous avons constaté que le fait que les patientes puissent joindre la sage-femme au téléphone améliore la gestion de la phase de latence du travail et semble diminuer le nombre de consultations d'urgence. Dans des structures où les sages-femmes peuvent accéder aux dossiers de toutes les patientes depuis un poste informatique, nous pouvons nous demander si la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée pourrait aider à un désengorgement des services d'urgences obstétricales ? Les sages-femmes pourraient répondre aux inquiétudes des patientes qui ne nécessitent pas forcément une consultation médicale à proprement parler. L'expérience de la pandémie sur la COVID-19 a montré que la

téléconsultation pouvait dans certains cas suppléer à la consultation physique, permettre un désengorgement des services d'urgences et un meilleur tri des patients. Les bénéfices ne concernent pas seulement les professionnels de santé, mais également les couples qui semblent retirer une grande satisfaction d'une plus grande autonomie et de la disponibilité téléphonique d'un professionnel (32).

Cette perspective pourrait être renforcée par le développement des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Nous avons constaté lors des entretiens que toutes les sages-femmes en plus de réaliser des consultations longues (45 à 90 minutes) accordaient une grande importance à ces cours. En effet, ils jouent un rôle important dans la transmission du savoir des professionnels vers les couples : en prenant le temps de leur expliquer comment se passe un travail naturel, les sages-femmes donnent aux patientes et à leurs accompagnateurs des clés pour leur apprendre à se repérer eux-mêmes dans le travail. Ils ne sont donc plus totalement dépendants du toucher vaginal pour connaître l'avancée de celui-ci, peuvent se réassurer l'un l'autre et contacter la sage-femme au bon moment en fonction de leur projet personnel.

Enfin, en étudiant le rapport sur l'expérimentation sur les maisons de naissance, nous avons réalisé que la durée de la phase active rapportée était de 4h ce qui est relativement faible (33). Au-delà de la fréquence du toucher vaginal, il nous semblerait intéressant de proposer un circuit de prise en charge de la phase de latence qui diffère de celui de la phase active : possibilité de boire et de manger sans restriction ? Salles différentes des salles de naissance avec présence d'un personnel formé médical et non médical ? Généralisation d'un accès à des baignoires de dilatation ? Cela serait également une piste pour répondre à la problématique de l'engorgement des salles de naissances qui conduit parfois à un non-respect des recommandations sur le travail physiologique.

Conclusion

Les sages-femmes interrogées ont développé un véritable savoir-faire clinique englobant des critères de bon déroulement du travail : l'observation du comportement physique maternel et de son psychisme, la surveillance de paramètres médicaux comme le rythme cardiaque fœtal et dans certains cas le toucher vaginal pour détecter des pathologies naissantes. Cette expertise leur confère une indépendance importante dans le domaine de compétence spécifique des sages-femmes qu'est la physiologie.

Les entretiens nous ont montré que le toucher vaginal qui pourrait être considéré uniquement comme un geste technique au service des professionnels, a en réalité été assimilé par les couples comme un outil de communication dont ils se servent pour dialoguer avec la sage-femme. Cette assimilation conduit à une prise d'autonomie en les rendant acteurs de demandes et du suivi du travail mais peut aussi créer une forme de dépendance vis-à-vis des professionnels.

Nos entretiens ne nous ont pas permis de dégager les caractéristiques d'une pratique professionnelle unique de type protocolaire sur le TV parmi les sages-femmes interrogées et plusieurs facteurs influencent cette pratique : le lieu d'accouchement des patientes, l'expérience des sages-femmes, la demande des parturientes. Plus encore, il semble que cela ne fasse pas sens dans le cadre de l'accompagnement global qui est basé sur une personnalisation de la prise en charge des couples et un investissement majeur de la sage-femme qui ne s'occupe que d'un seul couple en même temps.

Cependant, aucune d'entre-elles ne condamne cette pratique au profit d'une autre ce qui nous a permis de ne pas opposer la pratique libérale étudiée et notre pratique hospitalière mais au contraire de chercher à les enrichir l'une l'autre.

Bibliographie

1. Médecine Des internes à touche-touche avec l'éthique [Internet]. Libération.fr. 2015 [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/2015/06/05/medecine-des-internes-a-touche-touche-avec-l-ethique_1323921
2. Haut Conseil à l'égalité des hommes et des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical [Internet]. 2018 juin [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf
3. Shepherd A, Cheyne H. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women Birth*. mars 2013;26(1):49-54.
4. Rm LD, Midwifery M, Foureux M. The vaginal examination during labour: Is it of benefit or harm? 2010; *Journal* 42:21-8.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum Care for healthy women and babies [Internet]. 2017 [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
6. Muliira RS, Seshan V, Ramasubramaniam S. Improving Vaginal Examinations Performed by Midwives. *Sultan Qaboos Univ Med J*. août 2013;13(3):442-9.
7. Downe S, Gyte GM, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Group*, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 15 juill 2013 [cité 6 sept 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010088.pub2>
8. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : « Comment mieux informer les femmes enceintes? » [Internet]. 2005 [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
9. Haute Autorité de Santé. Recommandations de bonnes pratiques Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017 [cité 16 nov 2018] p. 47. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
10. Haute Autorité de Santé. Argumentaire - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. 2017 [cité



- 16 nov 2018] p. 196. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
11. Association Nationale des sages-femmes libérales. L'accompagnement global [Internet]. 2002 [cité 16 nov 2018]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>
 12. Le Poul-Petit S. La physiologie... Doss Obstétrique. mai 2016;(458):26-30.
 13. Babin M. L'accompagnement global et les difficultés rencontrées par les sages-femmes libérales qui le pratiquent [Internet]. Ecole de sages-femmes de Caen; 2005 [cité 6 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.intimesnaissances.com/files/MemoireMarionBabin.pdf>
 14. Borders N, Lawton R, Martin SR. A Clinical Audit of the Number of Vaginal Examinations in Labor: A NOVEL Idea. J Midwifery Women Health. 1 mars 2012;57(2):139-44.
 15. Ip WY. Relationships between partner's support during labour and maternal outcomes. J Clin Nurs. 1 mars 2000;9(2):265-72.
 16. La démographie de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 27 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
 17. Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile. Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile - Etat des lieux 2018. 2019 sept p. 59.
 18. Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme.
 19. Martin Winckler: «La médecine, c'est 80% de relationnel» [Internet]. [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/1933435-20161003-martin-winckler-medecine-80-relationnel>
 20. Gauthier M. Violences gynéco-obstétricales : « Nous devons évoluer avec la société » [Internet]. Le Point. 2018 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/violences-gyneco-obstetriques-nous-devons-evoluer-avec-la-societe-05-07-2018-2233573_40.php
 21. Pruvost G. Qui accouche qui ? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. Genre Sex Société [Internet]. 20 déc 2016 [cité 25 oct 2018];(16). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/3849>
 22. Lansac J, Carbonne B, Pierre F. Le partogramme : un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. /data/revues/03682315/00360001/2/ [Internet]. 10 mars 2008 [cité 17 avr 2020]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/118023>

23. Juliette et Cécile Collonge. Intimes naissances : choisir d'accoucher à la maison. La Plage éditeur. 2008. 448 p.
24. Marton C. Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global...: pourquoi pas? :88.
25. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstetrical : les enjeux d'une définition. Sociol Sociétés. 2007;39(1):123-44.
26. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. Rech Soins Infirm. 2007;N° 89(2):33-42.
27. Touchard S. L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques: quels bénéfices pour les couples? 2011;71.
28. Basma Boubakri, Bouhailer July, H Caroline, Ly Alison. Préconisations provisoires de l'Institut de Recherches et d'Actions pour la Santé des Femmes (I.R.A.S.F) contre les violences obstétricales et gynécologiques [Internet]. 2017 oct [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://afar.info/biblio/public/3056.pdf>
29. Femmes I-I de R et d'Actions pour la S des. J'adresse cette lettre ouverte tout d'abord à toutes et à tous qui travaillent au service de la santé des femmes... [Internet]. IRASF - Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes. 2018 [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.irasf.org/2018/12/09/lettre-ouverte-accouchement/>
30. Les maisons de naissance plébiscitées par 9 Françaises sur 10 [Internet]. Ipsos. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/les-maisons-de-naissance-plebiscitees-par-9-francaises-sur-10>
31. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale 2016 [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
32. Vitrai E. Accouchement en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivation et satisfaction des patientes: étude réalisée sur le territoire auvergnat auprès de 209 sages-femmes. 2018;101.
33. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. Obstet Gynecol. mars 1996;87(3):355-9.



Annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Commentaire : L'objectif des entretiens étaient de faire expliquer aux sages-femmes leurs pratiques et en particulier de faire émerger des pratiques dont nous n'aurions pas eu connaissance au préalable. Vu cet objectif, la grille d'entretien a été conçue comme une trame permettant de d'alimenter les échanges lors de l'entretien mais ne comportait pas de listes exhaustives de questions. Certaines thématiques n'ont pas été abordées avec certaines professionnelles.

Phrase d'introduction :

Mon mémoire porte sur la pratique du TV chez les sages-femmes qui proposent l'accompagnement global à la naissance. Je fais une dizaine d'entretiens avec des professionnels. Je vais vous poser plusieurs questions et même sur les détails de la physiologie de l'accouchement, je vous demande de me donner le plus de détails possibles.

Je vous précise aussi que tout ce que vous direz sera anonymisé (nom/prénom, nom des maternités, école, ...) et je vous demande la permission d'enregistrer car même si je prends des notes, j'ai parfois besoin de réécouter pour transcrire une expression exacte et ne pas déformer vos propos.

Partie n°1 : généralités

- 1) Identification de la sage-femme : Pouvez-vous vous présenter ?

Nom, lieu d'exercice, nombre d'année d'installation, année de diplôme, expérience à l'étranger

- 2) Identification de l'activité

Pouvez-vous me décrire votre semaine-type ? (Combien d'accouchements par mois ? en AAD/plateau technique ?)

Depuis quand est-ce que vous faites de l'AGN ? Comment avez-vous commencé ?

Mon travail de mémoire se concentre uniquement sur le suivi du travail parce que je ne pouvais pas tout traiter et parce qu'on trouve déjà un certain nombre de travaux sur le TV pendant la grossesse.

Partie n°2 : le premier TV ?

3) Comprendre le diagnostic du travail :

Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous vous organisez avec les patientes en AGN pour l'accouchement ?

Comment décrivez-vous le mise en travail à vos patientes ? (// dystocie de démarrage)

Quand elles vous appellent, de quelles informations avez-vous besoin et pourquoi ?

Le TV a-t-il un rôle à jouer selon vous dans le diagnostic du travail ?

Partie n°3 : les éléments intrinsèques/extrinsèques pour réaliser un examen

4) Une fois le diagnostic de travail posé, est-ce qu'il vous arrive de réexaminer une patiente ?

Thématiques à aborder :

- J'ai déjà entendu plusieurs fois dans ma formation « allons l'examiner parce que c'est l'heure ». Notion de fréquence ? Que pensez-vous de la classification des nouvelles recommandations sur le travail physiologique en 2 phases : « phase de latence », « phase active », « phase de descente » et « phase d'expulsion » et des recommandations d'examen associées ?
- En lien avec des événements tels que la RPDE ? Couleur du liquide ?
- En lien avec la dynamique utérine ?
- En lien avec le comportement maternel ?
- En lien avec le fœtus ?

5) Y a -t-il d'autres éléments que vous utilisez pour suivre le travail d'une femme et dont nous n'aurions pas encore parlé ?

6) Considérez-vous les multipares et les primipares de la même manière ?

7) Est-ce que vous en utilisez un partogramme ? Pourquoi ?

8) Les nouvelles recommandations sur l'accouchement « normal » préconisent d'utiliser un partogramme à partir de la phase active. Vous arrive-t-il d'examiner une patiente pour remplir le partogramme et satisfaire aux recommandations ?



- 9) Pouvez-vous me donner votre définition de la stagnation du travail ?
Est-ce un problème que vous rencontrez fréquemment avec vos patientes et qui vous préoccupe ? Qu'observez-vous pour en faire le diagnostic ?
- 10) En tant qu'étudiante SF, je passe beaucoup de temps en stage à tenter de trouver comment sont tournés les bébés. Comment traitez-vous cette question ?

Partie n°4 : les cas particuliers

- 11) Pour essayer de parler avec les sages-femmes hospitalières qui accompagnent majoritairement des femmes avec APD, je voudrais qu'on parle maintenant un peu de ce cas-là. Est-ce que certaines de vos patientes ont comme projet d'accoucher avec une péridurale ? Comment se passe le suivi du travail dans ce cas-là ?

Pour les SF qui font des accouchements à domicile :

- 12) Suivez-vous l'évolution du travail de manière différente entre les patientes que vous suivez en PT ou à domicile ? Plus de gestes ? existe-t-il un protocole dans une convention de PT ?
- 13) Que donnez-vous comme informations et documents sur l'évolution du travail en cas de transfert ?
- 14) Est-ce que vous avez l'impression que vos pratiques du TV ont évolué depuis que vous faites de l'AGN ?

Pour relancer : (! penser à se taire d'abord !)

- Pouvez-vous me donner un exemple de ...?
- Je n'ai pas bien compris, pouvez-vous reformuler/me donner des précisions/m'expliquer ... ?
- Est-ce que du coup vous avez un dernier mot à me dire sur le TV ?

Annexe II : Transcription de l'entretien avec la sage-femme n°4

Est-ce que vous pouvez vous présenter ?

Donc moi je suis ***, je suis sage-femme depuis 2014, j'ai eu la chance à la fin de mes études de faire des stages avec des libéraux notamment avec *** et de découvrir tout un autre monde sur la physiologie de l'accouchement. J'estime avoir été chanceuse parce que j'ai fait mes études dans une naïveté totale et du coup j'ai fait mes études sans trop remettre en question les choses. Bon très tôt j'ai fait des stages dans des maternités de niveau 1 donc j'ai vu des choses physiologiques mais j'avais pas du tout compris la souffrance des femmes pour moi comme je la vois aujourd'hui dans les protocoles classiques. Donc voilà j'ai fait mes études et en 5^{ème} année bouleversement et là je me suis dit « ben zut faut tout que je réapprenne ». Donc voilà je me suis beaucoup formée, j'ai beaucoup lu, j'ai tout remis en perspective, et j'ai fait mes armes à l'hôpital, en parallèle j'ai gardé des consultations en libéral pour garder le côté humain, j'ai beaucoup papillonné parce que j'avais du mal à trouver des hôpitaux qui me convenait. Et puis j'ai posé mes valises en niveau 1 sans médecin la nuit, vraiment en totale autonomie, j'ai vraiment appris mon métier et puis cette maternité allait fermer pour fusionner avec un gros pôle donc là pour moi ça a été le signe qu'il fallait que je parte en AG donc j'ai ouvert ce cabinet il y a deux ans et je fais de l'AG depuis là.

D'accord. Du coup est ce que vous pouvez me décrire votre activité et puis une semaine type si ça existe ?

Alors ce que j'aime bien c'est que justement y a pas trop de semaine type, le libéral t'offre une grande liberté. Moi mon but c'est d'être un fil conducteur, d'être un repère pendant une année entière. Donc euh de plus en plus je les rencontre avant leur grossesse, je fais des entretiens pré conceptionnels comme ça dès qu'elles sont enceintes, elles me recontactent. Je les suis tout au long de leur grossesse. Si elles veulent et si je peux je suis là pour l'accouchement aussi. Je fais les suites de l'accouchement à la maison, elles reviennent me voir après pour la rééducation du périnée, on fait un vrai accompagnement total. Voilà et du coup une semaine type ça va être des journées au cabinet de 9h à 20h avec le soir préférentiellement des cours de prépa pour que les papas puissent venir, pour moi c'est important de vraiment les

inclure là-dedans. Je prépare des couples et pas des femmes à accoucher, c'est vraiment des binômes. Avec pas mal de visites à domicile, parce que pour l'instant j'en fais encore parce que j'adore ça même si c'est très chronophage. Euh voilà mon agenda me le permet encore ou en tous cas je me l'autorise parce que voilà, je fuis en tous cas l'agenda blindé à 1 mois pour pouvoir garder un peu la tête froide et essayer justement d'être dispo pour mes patientes. Parce que si je suis sous l'eau j'arriverai plus à être dispo pour elles et ce sera difficile. C'est pas toujours évident : l'avantage c'est que je suis d'astreinte une semaine sur deux, ça me permet en tous cas la semaine où je suis d'astreinte de plus travailler au cabinet pour garder des créneaux de libre sur les semaines où je suis d'astreinte et où possible il va falloir que j'annule des journées de cabinet et ça peut être vite compliqué.

Vous faites à peu près combien de naissances dans l'année ?

Hum dans l'année on va dire qu'on en fait 25.

Et du PT ? pas de naissance à la maison ? du plateau technique, sauf si c'est inopiné.

*D'accord. Et vous avez du coup 2 PT comme *** que j'ai vu ce matin ?*

Oui comme ***.

Est-ce que vous pouvez me donner votre définition du travail ?

Définition du travail et ben pour moi c'est quand les déclencheurs hormonaux s'alignent tous pour commencer, engager ce bébé vers la sortie et ça se finit quand le bébé est sorti. Donc ça peut être assez long, je sais qu'on parle de phase active, de phase de latence, non pour moi c'est quand la femme sent que ça y est c'est aujourd'hui.

D'accord. Et du coup est-ce que vous faites un lien avec l'arrivée des CU ? avec la dilation du col ?

Surtout avec les CU parce que la femme elle va se dire que c'est aujourd'hui parce que la femme elle a une petite contraction en se réveillant qui est pas tout à fait la même que celle des jours d'avant que tiens elle va se reproduire peut-être une heure après, puis après toutes les demi-heures, puis toutes les 15 minutes. Donc oui c'est les contractions qui vont nous alerter évidemment. C'est surtout la qualité, comment elle ressent cette contraction-là.

Et est-ce que du coup vous leur donnez en préparation des repères ? Peut-être des indications ? Comment est-ce que vous leur décrivez à elles ?

Moi je leur demande vraiment de se dire : est-ce que cette contraction-là elle est différente de celle d'il y a une heure ? Et quand elles peuvent vraiment me dire « ah nan mais je sais que cette contraction elle n'a vraiment rien à voir avec celle d'il y a une heure », je sais qu'elles sont lancées.

D'accord. Du coup en termes d'organisation elles vous téléphonent à ce moment-là ? Soit elle, soit leur conjoint. Généralement elles savent que je suis dispo donc elles me préviennent pas forcément, elles font leur vie et une fois qu'elles ont compris elle-même qu'elles sont en travail, c'est elles qui mènent la barque jusqu'à ce qu'elles se sentent en sécurité à la maison. Quand elles ont envie de partir, elles demandent à leur conjoint de m'alerter.

Et à ce moment-là quand vous les avez au téléphone, qu'est-ce que vous leur demandez ?

J'ai rarement la femme au téléphone. Si elle peut encore me parler, c'est que c'est pas le moment de m'appeler entre guillemets. Le but c'est vraiment qu'on interfère au minimum avec la bulle de la femme donc c'est assez rare que ce soit elle qui m'appelle. Si elle m'appelle c'est plus qu'elle est en stress émotionnel et qu'elle a besoin d'être réconfortée mais elle sait bien que probablement on va pas partir juste suite à ce coup de fil là.

Du coup avec le papa vous voyez la fréquence des contractions, depuis quand ça dure ?

Oui bien sûr on pose quelques questions, après c'est tellement aléatoire que les conjoints qui font l'accompagnement global avec nous ont suivi les cours et ont vraiment plus cette notion de « là écoute elle répond plus à mes questions, elle est dans sa bulle, moi je vois qu'elle passe d'étapes en étapes, je pense qu'il faudrait y aller ». Voilà ce qu'ils me disent généralement.

Donc vous prenez chacun votre voiture, vous arrivez à la maternité et là comment ça se passe ?

9 fois sur 10 on est là avant elle, donc je prends le temps de préparer la salle pour me mettre moi dans mon bain d'accouchement et puis voilà éteindre les lumières, préparer les draps, préparer mon cathéter que je vais poser, préparer mon monitoring sans fil et puis je les attends.

Et du coup quand elles arrivent elles ont un monito ? Acquiescement. Obligatoirement, pas obligatoirement ?

Obligatoirement si on a le temps, si l'enfant est là je le rattrape c'est mieux (rires). Mais c'est la première chose que je vais faire en tous cas lui demander comment va son bébé et lui dire qu'on va vérifier son ressenti en l'écouter.

Vous les examinez quand elles arrivent ? Non je vais les examiner, si je les examine à la fin de ce monito là. D'accord. Et vous dites « si je les examine » parce que vous les examinez pas toutes ?

Non. D'accord ? est-ce que vous pouvez me donner un exemple d'une femme que vous examineriez et une non pour que je comprenne ?

Euh elle arrive on met un monito, je vois qu'elle gère bien ses contractions, je vois que les contractions sont rapprochées, qu'elles sont intenses, qu'elles évoluent aussi, quand elle est arrivée elle était pleine d'adrénaline donc forcément les contractions étaient moins intenses, elle arrivait à me parler mais là au bout de 30-45 minutes de monito, elle a lâché prise, elle est partie, là je vais généralement. Soit j'ai un doute en fait et je me dis tiens est-ce que vraiment c'est parti et là je vais examiner, si j'ai pas vraiment de doute je vais la mettre dans un bain ou je vais la positionner mais je vais la laisser. Alors autre cas : beaucoup de femmes me demandent d'être examinées. Donc là souvent je me rappelle très bien d'une, c'était son deuxième elle arrive elle était bien mais je voyais quand même qu'elle était en travail mais bon elle se demandait si elle était pas venue pour rien. Je lui ai dit si tu veux je t'examine comme ça tu auras quelque chose de factuel, je l'examine, elle était je crois à 5-6 et là elle se met à pleurer en me disant « je suis en travail ». Elles ont vraiment pas confiance en elle, elles ont besoin de quelque chose de factuel comme ça mais moi non. Je savais que...Je pense qu'en 2 ans j'ai dû me faire avoir une fois avec une maman qui est

venue trop tôt. Donc souvent je prends le pari de poser le cathéter avant d'examiner et j'examinerai 1h, 1h30 après l'arrivée.

Vous leur dites ce que vous trouvez à l'examen du col ? Pas forcément, souvent je dis « oh c'est bien, c'est super, c'est ouvert ». Je donne pas un chiffre parce que ne serait-ce que pour moi-même ça n'a pas vraiment de valeur donc non, sauf pour celles qui sont contentes, je leur dis « oh voilà c'est bien tu as passé plus de la moitié ». Je donne une échelle mais pas de chiffre en lui-même.

Pas de valeur parce que ça vous dit pas où elle en est vraiment ?

Non non souvent. Moi c'est vraiment un de mes grands questionnements le TV et je m'amuse, entre guillemets à examiner parfois en me disant « toi tu penses ça mais qu'est-ce que le corps te dit ? » et une fois sur deux j'ai quelque chose d'assez incohérent par rapport à où elle en est de son travail. Je me rappelle très bien d'une patiente c'était son deuxième, je savais qu'il allait arriver dans la demi-heure et je sais plus pourquoi, flottement je crois que c'était elle qui voulait, enfin je l'examine et là je trouve un truc à peine 5 cm, je dis rien bien sûr mais sur ma tête je pense qu'on voit beaucoup de choses, surtout que les patientes me connaissent très bien et ils ont senti ça mais ils ont rien dit parce que c'était très intense, elle allait accoucher c'était sûr et elle accouche une demi-heure après. Effectivement on en a débriefé et elle m'a dit on a vu que quand t'as examiné t'as fait une drôle de tête, on s'est demandé ce qui se passait et je lui ai dit « ben oui quand je t'ai examiné t'étais à peine à 5 », c'était totalement incohérent avec l'avancée psychique, émotionnelle et hormonale de ton travail.

Et du coup qu'est-ce que vous utilisez d'autres comme indicateurs ?

Parce que c'est vrai que c'est pas forcément facile. Alors on a l'avantage qu'on les connaît : alors il y a tout ce flottement psychique où on sent que la femme est plus là, elle est train de passer dans un état de conscience altérée, quand elle quitte l'état de conscience bêta on peut se dire quand même elle est bien en travail. Après y a effectivement la fréquence des contractions, l'intensité, on voit bien qu'une femme qui va accoucher elle est pas en train de souffler sur une contraction. Après il y a évidemment les signes corporels alors là le signe le plus flagrant c'est le bombement

du sacrum avec la disparition de la raie des fesses. On a le filet de sang à dilatation complète. Souvent mes patientes elles arrivent, je leur demande si elle sent que ça pousse, elle me dit oui bon ben ça veut dire qu'elle est avancée, je lui enlève la culotte et là je vois plein de sang, elle est quasi à dilatation complète c'est sûr, elle est pas à 2 doigts. Donc là je vais même pas aller examiner ça sert à rien, c'est que son col il est souple, il est relâché, son bébé est train de descendre, peut-être elle a rompu la poche, peut-être elle a pas rompu la poche mais je n'ai aucun intérêt à aller mettre mes doigts. Je vais aller examiner une femme qui arrive, qui souffle un peu mais avec qui j'arrive à converser, où y a pas de modifications sur le bassin, ou y a pas de pertes de sang, là je me dis elle est peut-être un 1 doigt comme à 3 cm, il faut que je le sache pour savoir si j'ai une marge de manœuvre pour la renvoyer chez elle ou pas.

Mais vous m'avez dit que vous en renvoyez pas beaucoup à la maison en fait ?

Nan, non parce que j'ai vraiment une grande confiance en elle. La dernière que j'ai failli renvoyer, en fait j'ai tenté de la laisser à l'hôpital parce que c'est elle qui voulait et moi de repartir faire une consultation je suis pas partie, 15 minutes après elle rompait la poche, 5h après elle accouchait. Donc je suis pas repartie immédiatement parce qu'elles savent en fait. Là c'était pas une de mes patientes, c'était une patiente de mon binôme donc je la connaissais un peu moins, c'était un premier, elle avait pas rompu et elle avait un col à 2 doigts donc je me suis un peu fait avoir sur le fait de la théorie : bon en c'est bon, elle est à 2 doigts, elle accouchera dans l'après-midi et encore. Et non elle accouché 5h après parce qu'elle elle le sentait.

Donc du coup vous les examinez ou pas à peu près 1h, 1h30 après ?

1h oui, ne serait-ce que parce qu'il y a souvent une rétraction du col parce qu'elles sont stressées sur le trajet. J'ai eu des gynécos qui m'ont dit c'est faux ça n'existe pas, moi je suis persuadée que ça existe et que le col peut s'ouvrir et se refermer. Alors je suis d'accord qu'il va pas passer de 8 à 2 mais en tous cas entre 8 et 5, entre 5 et 3 largement. Donc on les laisse se poser dans l'environnement, elle s'approprie l'espace, elle se détend, elle écoute le bébé, on pose le cathéter et après on les examine si besoin.

Ok et du coup après ce premier examen, qu'est-ce qui va vous amener à réexaminer une patiente ? Quand ?

Quand je sens que ça évolue pas : ça fait 2h et la poche s'est pas percée, elle a la même dynamique, je vois bien que, même elle me le dira, « je suis fatiguée, c'est toujours les mêmes », même elles, elles le voient bien que ça évolue pas. Un accouchement physio que ça soit primi ou multi en 2-3h tu vois une évolution claire et nette. Si t'en vois pas dans son état, tu réexamines parce que peut-être que tu as une mauvaise position ou ci ou ça et que le col s'est rigidifié, j'en sais rien. Et du coup tu vas pouvoir avoir un avis sur quoi faire techniquement. Forcément tu réexamines. Mais si en 2-3h je vois une évolution franche et nette, je sais que c'est lancé, je vais pas réexaminer.

Est-ce qu'il y a des évènements obstétricaux comme la RPDE qui vous feraient réexaminer ?

Hum si la rupture de la poche s'est faite naturellement et que le rythme cardiaque est parfait, ben non parce que ça majorerait le risque infectieux et qu'il y a pas de procidence si le bébé va bien. Qu'est ce qui me ferait examiner ?

Des éléments cliniques dans le comportement de la mère ou de l'enfant ?

Ben oui si t'as des anomalies de rythme là on change totalement, effectivement. Tu veux dire dans un contexte patho ?

Non pas forcément, ça peut être des choses qui vous inquiète ou que la femme vous dirait ?

Si elle me dit qu'elle a très très mal à un endroit par exemple je me dis tiens ça doit bloquer sur la symphyse et je vais aller vérifier mais avant ça je vais la positionner en fait, je vais essayer de bouger ce bébé. Franchement c'est elle, c'est souvent elles qui me demandent. Mais je le fais parce que je me dis qu'elles ont un instinct et que peut-être y a quelque chose qui coince. Ça ou alors peut-être je sens qu'elle est à dilatation complète et que ça descend pas. Voilà ça fait 1h30, je vois bien que le sacrum se recule pas assez, que je commence pas à voir la vulve s'ouvrir, je vais regarder à quelle hauteur il est s'il est bien fléchi, voilà mais ça si c'est rompu, si la poche est pas rompu ben...Nan le plus embêtant c'est les anomalies de rythme mais c'est tout.

Du coup si tout évolue bien, vous les examinez pas forcément ? Est-ce que ça veut dire qu'il peut se passer 4-5h sans qu'elles soient examinées ? Est-ce que vous avez une sorte limite où au bout d'un moment là vous vous dites ça fait trop longtemps ?

Euh pour moi si j'examine pas, c'est que dans les 4-5h elle accouche. C'est sûr que si dans les 4h elle a pas accouché après son arrivée, je vais réexaminer, parce que primi ou multi normalement elle est arrivée assez lancée pour que ça se passe pour moi en accouchement physiologique en 4-5h. Donc les multis bien plus vite, souvent elles ont accouché dans les 2h donc je ne vois vraiment aucune, aucune indication de les examiner, ça c'est certain. Si je les ai examinées en premier, ce qui n'est pas toujours le cas, et les primis faut qu'elles accouchent dans les 4h sinon je réexamine généralement. Mais ça veut dire que je vais pas faire un partogramme. Mon partogramme il va y avoir des points mais il y avoir mes points à moi, c'est-à-dire que je sais que parce que le sacrum est en train de bomber elle est au moins à 8, que parce que .. ; Donc pour moi un partogramme il est défini par un TV mais c'est pas correct.

On pourrait utiliser d'autres .. Oui d'autres critères qui permettent de dire elle est au moins dans sa deuxième phase. Elle est au moins quasiment à dilatation complète. Ce qui va être pour moi beaucoup plus prédictif. Un partogramme il va être utile dans la pathologie c'est-à-dire quand ça stagne quand c'est la galère mais toi ce que tu veux avoir c'est une prédiction. C'est pour ça qu'il y a des femmes et on a entendu le scandale de la femme qui a accouché seule à Saint Jo, pour moi la sage-femme elle était sans doute pleine de bonne volonté mais elle a dû examiner, elle a trouvé un col à 4 et elle s'est barrée mais avec d'autres critères elle serait sans doute restée dans la pièce. C'est une erreur mais vraiment une erreur de se baser là-dessus pour être prédictif, ça laisse des femmes dans un désarroi total. En tant que sage-femme c'est primordial de voir plus loin que ces 2 doigts parce qu'en plus vraiment c'est faux, y a vraiment un truc qui me dérange, je suis en train de réfléchir, parce qu'en plus c'est faux ce qu'on a sous nos doigts. En fait c'est faux par rapport au référentiel qu'on nous a mis en tête pendant nos études qui est un référentiel d'accouchement sous péridurale c'est-à-dire elles nous font du 1 cm par heure, ça ne marche pas sur un accouchement sans péridurale. Donc il faudrait qu'on ait un autre référentiel en tête, sauf

que comme la femme est toujours unique il y a pas de référentiel possible, sauf ton feeling, ton instinct de sage-femme. Ça c'est difficile de l'apprendre à l'école j'en suis consciente mais ... (silence). Vous pourriez l'apprendre en stage.

Y a quand même des choses que vous observez ? Oui le bassin mais ça tu vas l'observer quand même à la fin. Tu vas l'observer à 7-8 quand ton bébé s'engage mais là t'es convaincu. Avant c'est une question de confiance aussi du couple, de la patiente. C'est toujours plus facile d'avoir ses éléments là quand t'es en AG que quand t'es hospitalière. Faut pas non plus se leurrer, quand tu connais pas les gens, qu'ils arrivent, c'est plus dur et t'as pas le temps de rester dans la salle pour les observer.

Mais vous avez quand même des patients qui sont suivis par votre binôme ? Oui mais j'ai une telle confiance, parce qu'elles sont préparées exactement comme les miennes, parce que je les ai rencontrées.

Vous les rencontrez une fois pendant la grossesse ? Au moins 2 fois.

Du coup, pour les stagnations, vous le voyez parce que ça n'évolue pas ? Les femmes elles te le disent : j'en ai marre, j'y arriverai pas, c'est toujours pareil, ça avance pas, pourquoi ça avance pas *** ? Elles se questionnent comme ça, quand elles se questionnent faut voir.

Et quelle définition vous donnez à la stagnation ? Au bout de combien de temps ? Est-ce qu'on peut donner un temps au bout duquel on sort de la physiologie ?

Après on peut sortir les trucs de l'OMS dire si ça dépend si c'est au début du travail c'est 4h, non maintenant ils disent que d'après les dernières recos qu'avant 5 cm y a pas de stagnation. Avant 5-6cm elles pourraient être chez elle. C'est pour ça que sur ta question du travail ben ouais y a peut-être des femmes qui font un travail de 20h, parce qu'elles vont rester 15h chez elles et qu'elles vont rester 10h à 3cm, c'est un temps émotionnel sur lequel elles vont s'ouvrir mais ça fait aussi partie du travail pour moi, même si c'est pas une phase sur laquelle on va agir. Parce que la question en France c'est quoi le travail, c'est-à-dire c'est quoi la phase sur laquelle on peut agir, aller mettre nos mains, ben non le travail, c'est un processus qui est pour moi

beaucoup plus grand que ça et ça veut pas dire qu'on doit aller y mettre nos mains. Donc pour moi y a deux cas : une stagnation sur un travail physiologique où la femme peut manger, peut boire, peut bouger, peut dormir, elle, il faut lui foutre la paix, on doit la toucher que pour deux raisons : soit 1 son bébé ralentit, y a des anomalies du rythme, soit 2 elle est en cycle de souffrance mais finalement elle pourrait bien rester 6h à 8 cm qu'est-ce que ça pourrait vraiment changer si son bébé va bien ? Après il faut faire un monitoring, il faut être très précautionneux mais en soi on peut lui laisser des chances. Moi j'ai vu des gynécos avec qui on pouvait attendre longtemps jusqu'à ce que la femme me dise elle-même mais là ça passera pas, il faut aller au bloc. Elle en est arrivée à cette raison là et pour moi c'est ça le travail.

Du coup quand vous les examinez : est – ce qu'il y a des choses que vous regardez en plus que la longueur, la tonicité ?

Ben je regarde principalement la tonicité parce qu'en fait la dilatation on en a fait le tour, m'intéresse pas beaucoup.

Ce qui est vraiment pertinent, c'est la hauteur du bébé, est-ce qu'il reste une poche ou pas et du coup si t'as une présentation ou pas mais ça tu dois le savoir dès le début du travail si ton bébé a le dos à gauche, à droite, en arrière, moi c'est quelque chose que je trouve essentiel parce que ça va t'aider à comprendre pourquoi ça va vite ou pourquoi ça va doucement. Ça c'est voilà et si jamais t'as besoin de rompre une poche, tu dois absolument l'orientation de ton dos. Rompre une poche, comme ce qui se fait en hospitalier je pense 1 fois sur 2 sur un dos à droite, c'est une erreur, une grave erreur. Tu dois le savoir avant. Bon si ta poche est rompue, tu peux sentir tes fontanelles mais normalement tu le sais. Donc hauteur du bébé, souplesse du col et voilà.

Mais du coup vous déterminez la variété en fonction du dos du bébé, donc vous avez pas besoin de les examiner pour savoir la variété de présentation ?

Oui et si tu vois que ça se dilate, que ça avance, tu t'en fous de savoir s'il est fléchi ou pas. Il va se fléchir à un moment, ou au pire il naitra un peu défléchi. En fait t'as besoin de savoir des choses si tu veux agir. Donc notre job c'est quand même d'anticiper donc en fait il vaut mieux que je sache en début de travail si le dos du bébé est à gauche

parce que si dans 3h ça a pas bougé, machin il faut rompre une poche je pourrais. Ça va bouger bien sûr mais je pourrais.

Et si un dos à droite ? T'essayes de le tourner avant ? T'essayes de la positionner. C'est une patiente que tu vas mettre à 4 pattes, sur laquelle tu vas serrer le bassin, voilà. Il faut vraiment, ça c'est des choses que je leur indique avant, je les prépare au 9^{ème} mois.

C'est biaisé, je le disais notre travail par rapport aux hospitalières parce que ce soit les miennes ou celles de *** je leur rappelle au 9^{ème} mois « ben ton bébé il est de quel côté ? pense à l'amener vers la gauche etc ».

En prépa ? En prépa, en individuel, en consultation. C'est à elles d'avoir conscience de tout ça aussi, de comment elles vont se faciliter le jour J.

Et du coup, est-ce que vous suivez le travail chez une nullipare ou chez une multipare ? Oui, j'ai vraiment des belles surprises avec les primis qui accouchent en 4h. Oui elles vont avoir une phase de descente dans le bassin plus longue ça c'est sûr que je sais que quand elles sont à complète j'en ai encore pour 1h, 1h30, et ben c'est ok. Sur une multi je sais que j'en ai pour 20 min, mais après le suivi du travail avant c'est pareil.

Vous examinez pas plus les primi que les multi ? Non ça va pas être ma démarche. Peut-être qu'il y aura plus souvent besoin dans les faits mais ça va pas être ma démarche. J'ai eu des primis que je n'ai jamais examinés qui sont arrivées je suppose quasiment à complète. Au moins entre 8 et 10 parce que je peux jamais en être certaine et qui se sont euh voilà immédiatement positionnées pour leur accouchement et qui ont accouché comme ça.

Est-ce que les femmes qui ont une analgésie péridurale que ce soit d'indication médicale ou par choix, comment est-ce que ça se passe pour elles ? est-ce qu'elles ont moins accès au ressenti dont on parlait tout à l'heure ?

Ah ben pour moi clairement là on est plus du tout sur la même chose. Plus du tout parce qu'elles n'ont plus du tout le même ressenti, plus du tout l'état de conscience

altéré, elles reviennent dans un état de conscience d'analyse donc on va se remettre à discuter de manière très cortiquée, on va devoir positionner de manière factuelle au lieu d'être instinctive. On est complètement coupé de tout ça, donc ça n'a pour moi aucune valeur ou presque. Parce qu'on est plus du tout, du moment qu'on a injecté un produit chimique, on est plus du tout dans le même cadre, le bébé est beaucoup plus à risque de faire des anomalies du rythme, donc on va plus pouvoir faire de monitoring intermittent, la femme pareil, il va falloir la monitorer une fois sur deux, elle va être plus lourde pour se mobiliser. Non donc là je repasse sur un TV toutes les heures, toutes les deux heures. C'est, on est plus du tout dans le même cadre. Moi je vois elles accouchent quand même à 4 pattes, même sous péri mais je vais plus du tout pouvoir me fier à mon mouvement de sacrum, parce que je sais que la descente dans le bassin va être beaucoup moins aidée par les réflexes du périnée, y a quelque chose qui se passe moins. Donc je vais forcément les faire pousser, je vais forcément les diriger. Et pour moi prendre une péri, c'est prendre un package, ça veut pas dire qu'on va se couper totalement d'un accouchement physio parce qu'on peut avoir une position physio on peut quand même avoir un rythme cardiaque fœtal physiologique, mais on est dirigé, on te laisse plus totalement libre avec le package médical mais parce que de toute façon tu es coupée, donc ta liberté ne te servirait pas à grand-chose je crois en tous cas.

On en parlé un petit peu mais je voulais vous demander si vous utilisiez un partogramme ? Oui ne serait-ce que parce que si jamais y a un souci il faut que les autres intervenants médicaux puissent avoir un référentiel et eux ça va les guider quand même.

Est-ce qu'il vous arrive d'examiner une femme un peu pour ces raisons-là ? Pour remplir le parto, pour des raisons médico légales ?

Non je remplis le parto parfois pour des raisons médico-légales, mais avec des points qui représentent mon ressenti et pas un TV. Après ben voilà si j'ai besoin de faire appel à un gynécologue obstétricien je vais examiner pour pouvoir lui donner quelque chose de factuel parce que je sais que possiblement il va réexaminer derrière et qu'il va avoir besoin de cet avis-là. Maintenant je travaille avec des gynécos qui ont une belle

ouverture d'esprit et qui comprennent comment on fait notre métier et qui nous font confiance. Donc ça change tout.

Vous travaillez avec des gynécos référents ou avec le gynéco de la clinique ? Avec celui qui est de garde le jour J. Après on est sur des maternités assez stables donc c'est assez souvent les mêmes et ils nous connaissent assez bien. C'est ça hein, c'est un lien de confiance.

Est-ce qu'il y a des éléments que vous utilisez pour suivre le travail et dont on a pas parlé encore ?

Euh on pourrait parler du placement du monito : parce qu'effectivement plus tu vas descendre ton monito pour le capter plus tu as une fiabilité sur la descente du bébé. C'est difficile hors contexte de repenser à ça. L'ouverture de l'anus quand le bébé commence à arriver en bas : ben là je sais qu'on arrive sur la phase finale d'étirement vulvaire, ben là je sais que l'anus s'ouvre.

Ça correspond à un bébé qui serait quoi en partie moyenne ? en partie basse ?

Entre partie moyenne et partie basse. Alors après il fait encore son yoyo, il vient ouvrir l'anus puis il remonte mais en tous cas quand il vient attendre cette zone-là rectale, on est bon quoi, ça veut dire qu'il est plutôt bien fléchi pour naître et qu'on va probablement pas avoir besoin d'instruments voire pas du tout, c'est quasi certain. Qu'est-ce qu'on pourrait avoir avant ?

Alors par exemple quand vous parlez de l'ouverture de la vulve ? Qu'est-ce que vous mettez derrière ? Ben c'est à peu près pareil, quand on va avoir l'anus qui commence à se dilater, on va avoir les lèvres qui s'ouvrent et qui se referment, puis qui s'ouvrent jusqu'à ce qu'une petite mèche de cheveux apparaisse. Ça peut être une demi-heure avant la naissance comme 5 minutes, c'est très aléatoire. J'ai eu sur des accouchements physio des mamans qui restaient 10 minutes au petit couronnement avec ça de la tête du bébé sur leur vulve, et ben on attends, on attends que la vulve se dilate et chacun sa vérité du moment que le bébé va bien et que la femme aussi.

C'est très étonnant parce que c'est pas ce qu'on a l'habitude de voir. Le bébé au petit couronnement il est là quoi.

Ça c'est si on la fait pousser. Si on la fait pas pousser, on attend que la vulve se dilate, et c'est comme ça que sur des premiers on a des périnéés intacts. C'est un autre vécu quoi. Voilà pour les critères. Après y a des critères théoriques que moi j'observe pas : on nous dit que quand la femme est à DC, au-dessus de la raie des fesses se créerait un filet rouge sur la peau, une coloration, moi je n'arrive pas à la voir sur les mamans occidentales.

Ça c'est des éléments que vous avez appris en observant ? Non en formation puisque ça je l'ai jamais vu.

Est-ce que quand vous avez commencé l'accompagnement global vous avez commencé seule ? Non tout de suite en binôme. *Oui mais pour les naissances ?* On est toujours seules dans les salles d'accouchement. J'ai fait quelques compagnonnages, j'ai déjà assisté à quelques accouchements avec mon associé plus pour voir l'organisation que lui avait déjà instauré dans les maternités : plus pour voir lui quand il arrivait, ce qu'il demandait aux hospitalières etc. J'en ai fait peut-être deux je crois et puis après.

Plus pour des aspects matériels ?

Oui, quand tu t'installes en AG, l'accouchement physio, t'es censée gérer quoi. Moi je me serai pas installée à la sortie de mon diplôme quoi. Parce que j'avais pas les connaissances, et puis j'avais pas les épaules non plus. J'ai commencé en niveau 2, puis en niveau 1, puis en niveau 1 toute seule la nuit et là je me suis dit « ok je serai plus en sécurité à travailler en one to one que là maintenant donc c'était une nécessité de partir ». Mais l'accouchement physio ben j'en avais vu, même si je fais encore des formations, même si j'apprends encore et j'arrêterai jamais, j'en avais vu assez pour me sentir bien dans mes baskets et pour que les femmes veuillent accoucher avec moi. Si elles veulent accoucher n'importe comment, je m'adapte parce que j'ai mon schéma mécanique dans la tête, parce que tout est clair quoi. J'entends encore trop, encore hier, une patiente à moi, « la sage-femme elle était super mais elle m'a dit pour des raisons d'hygiène vous accoucherez pas debout, on va se mettre sur le lit » non ça, ça va pas, par chance elle a eu la relève juste avant son accouchement et elle a

pu accoucher avec une autre sage-femme au sol mais bon. Quand tu t'installes en AG, c'est pas pour brider tes patientes c'est sûr, il faut que tu sois à l'aise. Je lui jette pas la pierre à cette sage-femme, elle a peur je pense mais du coup elle est pas encore abouti dans sa pratique pour moi.

Est-ce que du coup vous avez l'impression que depuis que vous êtes installée vos pratiques elles ont évolué ?

J'examine moins, j'examine moins parce que je suis sur ma seule responsabilité. Alors oui quand j'ai besoin d'aide, mais la plupart du temps, c'est mes dossiers, c'est mes patientes, c'est moi qui gère donc forcément je me permets des choses, que j'aurai pas forcément faite parce que tiens la collègue va prendre le relais, parce que voilà le gynéco passe, il regarde le dossier. Aujourd'hui je prends mes responsabilités et c'est comme ça.

Et est-ce que du coup l'expérience, ça c'est le côté travail en équipe et puis en libéral, mais est-ce que l'expérience fait que y a des situations où vous examinez systématiquement ou au contraire vous examinez plus ?

Ben justement quand elles arrivent et que je suis quasi sûre qu'elles sont à complète, jamais je vais aller mettre mes doigts. Alors qu'avant il fallait exactement regarder si elles étaient bien à complète parce que si une femme pousse elle est à complète, laissons là tranquille. Mais j'étais vraiment enfermée dans les carcans de l'école, c'est-à-dire elle va déchirer son col, des choses aberrantes quoi. Mais on est vraiment dans des peurs. Petit à petit je quitte des peurs, mais ça prend du temps. La procidence, voilà, une femme a rompu il faut aller mettre tes doigts. Ben non t'écoute le bébé, de toute façon si y a eu une procidence y a une demi-heure, il est plus déjà donc avant d'aller mettre les doigts et d'aller mettre des germes, mets plutôt un monito quoi. Sur une rupture, je vais examiner quand je sens que ça sent le déclenchement parce que là il me faut un col évidemment.

Est-ce que du coup vous avez un dernier mot à me dire sur le TV ?

Il faut arrêter de les examiner. (Rires). Sur un accouchement physio, attention on est vraiment sur ce domaine-là pour moi, on ne parle pas d'un accouchement dirigé, sous péridurale, ou déclenché ou que sais-je : quand une femme arrive, c'est vraiment la

dernière chose qu'on doit faire examiner. Pour moi on examine à 1h, 1h30, et ça ne sert à rien. Vraiment j'ai plein d'histoires où me dit oh ben elle est arrivée, je l'ai examinée, elle était à 5cm je l'ai mise dans le bain et du coup paf elle a accouché, j'étais coincé. C'était une erreur pour moi en fait, parce que si t'avais pris 5 minutes à mettre un monito, à mettre un KT ben tu serais pas passé à côté de l'accouchement imminent, ça t'a trompé. Et en fait c'est ça le problème c'est que ça nous trompe trop souvent sur un accouchement physio le toucher vaginal, donc faut essayer de s'en passer, faut essayer d'avoir d'autres signes.

Peut-être comme étant faussement rassurant ou faussement inquiétant de ce que je comprends ?

Exactement pour moi ça fausse vraiment et à chaque fois que je me dis allez essaye de voir si ça corrèle ce que toi tu prédis, ben ça marche pas. Et pourtant ce que moi je pensais ça marche mieux, donc c'est bien que, la dilatation corporelle du corps elle est pas tout de suite en accord avec l'ouverture psychique de la femme pour enfanter. Y a un décalage mais je pense qu'on arrivera jamais à maîtriser ce décalage sur l'accouchement physio et tant mieux qu'on laisse cette part de mystère au corps qui choisit de s'ouvrir ou pas mais en tous cas.

Mais du coup pourquoi est-ce que vous continuez quand même à l'utiliser si vous avez l'impression que ça vous donne une fausse appréciation ?

Parce que parfois ça va aider. L'accouchement physio c'est toujours un peu sur un fil d'équilibre, à tout moment tu peux basculer, à toi en tant que sage-femme d'être garant de cet équilibre. Mais si je sens que le déséquilibre est pas loin je vais examiner avant de tomber dedans, je vais pas attendre que mon col se rigidifie comme ça parce que je sens qu'elle est hyper fermée, parce que je sens que ça va pas, je vais pas attendre de tomber, je vais examiner, je vais voir si effectivement je commence à avoir des retentissements physiques d'un état émotionnel que je percevais donc je vais peut-être lui proposer une péridurale et on va pas tomber dans quelque chose de très compliqué. Notre but c'est vraiment l'anticipation donc il aura toujours sa place ce toucher vaginal mais pas dans un contexte totalement physio. Alors après à chaque praticien et c'est ça aussi notre force dans ce métier, c'est que c'est à chacun à chacune de juger est-ce que là c'est nécessaire ou pas.

Est-ce que chaque praticien a son propre fil ?

Mais oui, on doit être libre de pouvoir, et puis c'est avec les femmes aussi. Voilà moi j'ai une patiente qui m'a dit à la toute fin de la prépa voilà moi j'ai eu des violences et j'ai très peur qu'on m'examine pendant le travail parce que je sais que ça va me replonger dans des difficultés personnelles. Je lui ai dit ben écoute, redis le bien etc. Et chez cette patiente ça devrait limite être contre-indiqué, on devrait de débrouiller autrement parce que tu sais que c'est pas pour elle les TV. J'ai pas eu le fin mot de son histoire, bien sûr elle ne s'est pas ouverte au-delà de 3, et elle a eu une césarienne. Donc y a vraiment quelque chose où en bas c'était pas possible. Ça doit être un élément personnel utilisé par chaque praticien et toujours utile dans des cas de pathologie. Il ne faut vraiment rien faire de manière protocolaire et se poser la question est-ce que là je vais apprendre quelque chose ou pas ? Et si tu sais d'office que tu vas rien en tirer de ce toucher vaginal, ben ne le fais pas. Ne le fais pas parce qu'un TV correct est fait sur le dos et que ça c'est délétère parce qu'elle va avoir mal, parce que le bébé va être moins irrigué, parce que voilà. Donc il faut vraiment réfléchir à 3 fois avant d'examiner.

Vous les examinez forcément sur le dos ?

Alors je m'amuse à examiner autrement mais t'as pas du tout le même ressenti. Ça c'est important pour les SF d'essayer, moi j'examine souvent sur le côté ou à 4 pattes et alors là c'est la cata, on ressent pas du tout la même chose et on a pas du tout le même rapport donc quand on veut parler avec un autre praticien sur un TV qui peut être engageant une pathologie, il faut absolument examiner sur le dos et correctement pour le coup. Donc oui ça va m'arriver d'examiner sur le côté rapidement ou à 4 pattes mais encore une fois je vais regarder la souplesse du col et la descente du bébé, c'est tout ce que je pourrai en tirer.

Même la dilatation est différente ?

T'as plus du tout les mêmes repères. Faut que chacun expérimente ça. A 4 pattes notamment, c'est une catastrophe, t'as l'impression qu'elles sont ouvertes à 5 alors qu'elles sont en train d'accoucher. En fait tu sais pas trop, y a aussi de la muqueuse vaginale qui se mêle. Et puis c'est pas comme ça qu'on a appris donc je pourrais repasser 10 ans à apprendre les TV à 4 pattes mais je pense qu'il y a pas d'utilité à ça



parce que je pourrais en parler avec personne si jamais j'ai un problème. Il vaut mieux se contenter de ce qu'on sait à savoir le TV sur le dos voilà là on a tous nos repères et puis ne pas en faire plus que ça. *Merci beaucoup.*