



**HAL**  
open science

# La pratique de l'accouchement naturel par les sages-femmes

Méganne Pajot

► **To cite this version:**

Méganne Pajot. La pratique de l'accouchement naturel par les sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-04205845

**HAL Id: dumas-04205845**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04205845v1>**

Submitted on 13 Sep 2023

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

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



**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE  
CLERMONT-FERRAND**

**UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE**

**LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL PAR LES  
SAGES-FEMMES**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR  
PAJOT Méganne**

**DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Année 2022





**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE  
CLERMONT-FERRAND**

**UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE**

**LA PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT NATUREL PAR LES  
SAGES-FEMMES**

**MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR  
PAJOT Méganne**

**DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME**

Année 2022

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue et épaulée lors de ce travail de recherche et plus particulièrement :

- ❖ Mme Inès Parayre en sa qualité de directrice de mémoire. Je vous remercie pour le temps que vous avez consacré à ce travail, vos suggestions et relectures qui m'ont guidées dans la réalisation de cette étude.
- ❖ Mme Anne Dabernat en sa qualité de co-directrice de mémoire. Je vous remercie pour votre disponibilité tout au long de ce travail, pour votre soutien, vos précieux conseils et votre gentillesse.
- ❖ Toutes les sages-femmes ayant participé à cette étude. Je vous remercie d'avoir partagé vos expériences, ce fut un plaisir d'échanger avec vous et de découvrir la richesse de vos pratiques.
- ❖ Ma famille pour son soutien tout au long de ces études. Merci d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir toujours épaulée.
- ❖ Mr Benoît Chastanet pour ses nombreuses relectures et son aide précieuse dans la réalisation de ce mémoire.
- ❖ Mes amies de promotion Janys, Elodie, Elsa et Lou pour tous les beaux moments passés ensemble durant ces années d'études.

## **Liste des abréviations**

- AAD : Accouchement à Domicile
- AI : Auscultation Intermittente
- ANSFL : Association Nationale des Sages-Femmes Libérales
- APAAD : Association professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile
- APD : Analgésie Péridurale
- ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
- CTG : Cardiotocographe
- CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
- CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français
- CU : Contraction Utérine
- DD : Décubitus Dorsal
- DI : Déroit Inferieur
- DL : Décubitus Latéral
- DM : Déroit Moyen
- DS : Déroit Supérieur
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- EE : Effort Expulsif
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDD : Hémorragie de la Délivrance
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter de l'Anus
- NICE : National Institute for Health and Care Excellence
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PT : Plateau Technique
- RCF : Rythme Cardiaque Fœtal
- SF : Sage-Femme
- TV : Toucher Vaginal
- VP : Variété Postérieure

# **Table des matières**

<b>Introduction.....</b>	<b>2</b>
<b>Revue de la Littérature .....</b>	<b>3</b>
I. <i>Evolution de l'accouchement au cours de l'Histoire .....</i>	3
II. <i>Nouvelles pratiques de l'accouchement par les sages-femmes .....</i>	4
III. <i>Impact de la mobilisation sur le travail et l'accouchement.....</i>	10
<b>Population et méthode.....</b>	<b>22</b>
I. <i>Population de l'étude .....</i>	22
II. <i>Méthode de l'étude.....</i>	22
<b>Résultats.....</b>	<b>25</b>
I. <i>Caractéristiques de la population étudiée.....</i>	25
II. <i>Surveillance du travail lors de l'accouchement naturel.....</i>	26
III. <i>Freins et difficultés rencontrés par les sages-femmes.....</i>	40
IV. <i>Solutions afin de favoriser la mobilité spontanée de la femme .....</i>	43
<b>Discussion.....</b>	<b>46</b>
I. <i>Atteinte des objectifs.....</i>	46
II. <i>Limites de l'étude .....</i>	46
III. <i>Points forts de l'étude.....</i>	47
IV. <i>Comparaison des résultats avec les données de la littérature.....</i>	47
V. <i>Projet d'action .....</i>	58
<b>Conclusion .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliographie .....</b>	
<b>Annexes .....</b>	

## **Introduction**

L'approche de la naissance a été durant de nombreuses années marquée par une hypermédicalisation de l'accouchement. Après une prise de conscience générale de l'impact de cette hypermédicalisation, on observe ces dernières années, un retour à des prises en charge moins interventionnistes (1). Les pratiques systématiques sont abandonnées afin de ne garder que celles qui restent scientifiquement justifiées. En témoignent les recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 : « *Tant que les risques obstétricaux, réévalués en continu restent faibles, la HAS recommande de limiter les interventions techniques et médicamenteuses au minimum nécessaire dans le respect du choix des femmes* » (2).

Afin de s'éloigner de cette hypermédicalisation, certaines femmes choisissent de ne pas recourir à l'analgésie péridurale afin d'être actives durant leur accouchement qui se veut plus naturel et plus respectueux de la physiologie (1). En réponse à cette demande, des alternatives à l'accouchement en milieu hospitalier voient le jour : maisons de naissances, plateaux techniques, accouchements à domicile, etc. (3,4). Les sages-femmes doivent répondre à la demande croissante d'accouchements en position autre que gynécologique et à la gestion de la douleur de manière non médicamenteuse. Elles doivent assurer une surveillance médicale discrète, non invasive tout en garantissant la sécurité maternelle et fœtale. Un équilibre doit se trouver entre respect du processus physiologique de l'accouchement et surveillance médicale.

Ainsi, il semble pertinent d'étudier les pratiques des sages-femmes concernant l'accouchement naturel. Pour se faire, une étude qualitative a été réalisée, il s'agissait d'une enquête de pratique via des entretiens semi-dirigés. L'objectif principal était d'analyser les pratiques des sages-femmes afin de déterminer comment elles parviennent à s'adapter aux postures adoptées par les femmes durant l'accouchement naturel. Ce travail étudie comment les sages-femmes parviennent à s'assurer du bon déroulement du travail, quelle que soit la position prise par la femme. Par ailleurs ce document s'intéresse à l'interprétation clinique des sages-femmes, quant au déroulement du travail, concernant les postures adoptées spontanément par les femmes. Enfin, les postures proposées par les sages-femmes pour favoriser le déroulement du travail et leurs indications précises y sont analysées, ainsi que les freins et difficultés rencontrés par les sages-femmes lors de l'accouchement naturel.



# **Revue de la Littérature**

## **I. Evolution de l'accouchement au cours de l'Histoire**

La pratique de l'accouchement a connu de nombreux changements au cours de l'histoire. Au Moyen-Age, les femmes accouchaient à leur domicile, près du feu de cheminée, dans diverses positions : accroupie, à genoux, à quatre pattes ou encore debout et assis. Les femmes étaient accompagnées par les membres féminins de la famille et par une sage-femme appelée matrone. La déambulation et la mobilisation étaient alors encouragées afin de soulager les douleurs (1,5).

Peu à peu, le développement de connaissances notamment sur l'hygiène, l'asepsie et la stérilisation permet à l'hôpital de devenir un lieu sûr attirant les femmes pour donner naissance à leur enfant. Les connaissances obstétricales se développent et des accoucheurs masculins apparaissent dans les salles de naissance. Les hommes s'intéressent à l'accouchement ordinaire et inspirent aux patientes un sentiment de sécurité, notamment dans les cas les plus difficiles (5,6).

À l'image de Mauriceau, les chirurgiens accoucheurs imposent, par commodité, la position dite gynécologique. Les femmes sont couchées sur le dos, les autres postures étant considérées comme bestiales. L'approche de l'accouchement est alors considéré comme un évènement pathologique qu'il convient de médicaliser en systématisant certaines interventions (épisiotomies, instrumentations...) (1,5).

Les avancées scientifiques dans le domaine médical s'enchaînent avec notamment l'émergence de la notion d'accouchement sans douleur grâce aux premières drogues anesthésiantes. L'accouchement se médicalise de plus en plus, ce qui en éloigne progressivement les sages-femmes, car seuls les hommes sont autorisés à manipuler les instruments et à administrer des drogues. Les femmes recourent de plus en plus aux hommes médecins, et accouchent plus fréquemment à l'hôpital : 53% en 1952 contre 85 % en 1962 (5).

L'apparition de la médicalisation des accouchements, a fait naître une crise identitaire de la profession de sage-femme. L'indépendance de la profession disparaît progressivement et leurs compétences sont de plus en plus limitées (7).

Dès les années 70, la médicalisation systématique de l'accouchement fait naître un sentiment de doute chez les femmes, partagées entre la sécurité de la pratique en milieu hospitalier et une impression de déshumanisation de la naissance. Des mouvements féministes et des démarches d'empowerment font émerger le besoin de retrouver un accouchement plus physiologique. Apparaît alors un engouement pour le retour à un accouchement plus naturel (1).

## **II. Nouvelles pratiques de l'accouchement par les sages-femmes**

### **A) Emergence de nouvelles alternatives**

Certaines femmes choisissent de s'éloigner de cette hypermédicalisation et font naître la volonté d'accoucher autrement en France. Les professionnels, ayant fait le choix d'accompagner les accouchements à domicile (AAD), ont ouvert le débat sur les conséquences de l'hypermédicalisation de la naissance et ont permis aux autorités de s'intéresser à des propositions alternatives.

Des associations voient le jour comme l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL), créée en 1983, ayant pour but la revalorisation et la défense de la profession de sage-femme libérale en France (8).

Des associations d'usagers tel que le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) sont créées. Cette association représente les parents et usagers concernés par tout ce qui entoure la naissance. Le CIANE fait entendre leurs besoins et défend leurs droits auprès des professionnels de santé et des pouvoirs publics. Il regroupe plus de 140 associations soit environ 150 000 usagers (9).

L'Association Professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD) est, quant à elle, une association qui vise à réunir les sages-femmes de France pratiquant l'accouchement à domicile. Sa mission consiste à défendre les intérêts d'une profession autonome, réglementée et financée par l'État (10). Ces associations se mobilisent pour faire émerger des alternatives à l'accouchement en milieu hospitalier, mais aussi pour permettre aux femmes de se sentir plus investies et plus actives durant leur accouchement.

De plus en plus de femmes rédigent des projets de naissances et expriment leurs souhaits concernant leur accouchement. En effet, en 2011, 57% avaient des volontés particulières, contre 36% avant 2005. Les projets de naissance sont également plus nombreux : 7% avant 2005 contre 18% en 2009 (11).

La notion d'accouchement « naturel » ou « physiologique » émerge. On retrouve une définition dans la Contribution commune sur la filière physiologique en obstétrique, publiée en 2015 par le CIANE et le Collectif des sages-femmes. Selon cette définition : « *l'accouchement est considéré comme naturel ou physiologique lorsqu'il ne s'accompagne que de peu, ou même, d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement* » (12). Selon la HAS, l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement exclue les analgésies médicamenteuses telles que l'analgésie locorégionale et l'administration d'oxytocine pour accélérer le travail. D'autres interventions sont cependant possibles comme l'amniotomie, l'antibioprophylaxie, l'administration préventive d'oxytocine au troisième stade du travail ou encore la pose d'une voie veineuse (12).

Des méthodes de prise en charge non médicamenteuses de la douleur sont de plus en plus utilisées (seules ou en association avec une analgésie médicamenteuse). En 2016, plus de 35 % des femmes ont opté pour une méthode non médicamenteuse afin de gérer la douleur durant le travail. Ce pourcentage était de 14,3 % en 2010 (13).

A partir des années 70, un mouvement de concentration des maternités engendre une forte diminution de leur nombre en France. Les petites structures ferment au profit d'établissements pratiquant un nombre plus élevé d'accouchements. En 2016, l'enquête nationale périnatale met en évidence la disparition de plus de 70% des maternités en moins de 50 ans. La grande majorité de ces fermetures concerne des maternités de type 1, induisant une forte augmentation des accouchements à bas risque dans les grosses structures (type 3) (13). La volonté d'un accouchement sans analgésie péridurale (APD), nécessite une prise en charge individualisée, qui implique soutien et investissement de la part des sages-femmes. Malheureusement, le nombre important de patientes à prendre en charge au sein de grosses structures, n'offre pas cette souplesse ce qui conduit aujourd'hui à réfléchir à de nouvelles structures alternatives.

### 1) Les Salles Natures

Les salles natures sont développées au sein des maternités ; il s'agit d'espaces aménagés permettant un accouchement naturel dans un environnement le moins médicalisé possible. L'accès à ces salles physiologiques repose sur des critères d'accueil obstétricaux et pédiatriques. Différents accessoires sont disponibles pour permettre aux femmes de gérer la douleur de manière naturelle : baignoires de dilatation, suspensions, ballons... L'environnement se veut le plus agréable et apaisant possible : lumières tamisées, musique... Cette alternative est notamment proposée aux couples qui souhaitent un accouchement sans péridurale (14).

### 2) Les Plateaux techniques (PT)

L'accès à un plateau technique permet aux professionnels de bénéficier des infrastructures de la maternité, afin que la patiente soit accompagnée au moment de l'accouchement, par la sage-femme libérale l'ayant suivi durant sa grossesse. Elle assure alors l'accouchement en toute autonomie. Les sages-femmes bénéficient du matériel et des locaux de la maternité en signant un contrat avec l'établissement (15,16).

L'ANSFL définit l'accompagnement global ainsi : « *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* » (17). Ce modèle est très répandu en Angleterre où les sages-femmes prennent en charge leur patientes selon le principe « one-to-one care » : « une femme, une sage-femme ». Cette prise en charge permet d'allier un suivi personnalisé et un environnement hospitalier (18).

L'ouverture des PT aux sages-femmes libérales reste cependant limitée en France. En effet, seulement 54 plateaux techniques ont été recensés par l'ANSFL en 2017 (19).

### 3) Les Maisons de naissance

En décembre 2013, l'expérimentation des maisons de naissance en France voyait le jour. Les maisons de naissance sont des structures où des sages-femmes accompagnent la physiologie de l'accouchement des femmes, dont elles ont assuré le suivi de la grossesse. Il s'agit de « *structures autonomes de suivi médical des grossesses, de*

*l'accouchement et de ses suites, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes ».*  
D'après la loi du 6 décembre 2013 : « *la maison de naissance doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication ».*  
L'expérimentation a pris fin en 2020, les résultats sont positifs avec un niveau de sécurité satisfaisant et une très faible fréquence d'intervention, ce qui va conduire le législateur à en augmenter le nombre dans les années à venir (3).

#### 4) Les accouchements à domicile (AAD)

La pratique de l'AAD est légale, mais reste une pratique minoritaire et marginale en France puisqu'au premier janvier 2022, selon les données de l'APAAD, les sages-femmes pratiquant les AAD n'étaient que 76. La proportion d'accouchements à domicile est très faible en France alors qu'en comparaison cette pratique est beaucoup plus répandue dans nos pays voisins (20).

Plusieurs raisons expliquent cette faible proportion d'accouchements à domicile. Premièrement se pose la question de la sécurité médicale ; il existe une crainte de voir la morbi-mortalité augmenter, la peur des complications. Cependant des études ont été réalisées et les conclusions sont rassurantes. Une étude française a notamment été réalisée afin de faire un état des lieux des AAD en France en 2018. Les résultats ont montré la sécurité de l'accouchement à domicile lorsqu'il est programmé et accompagné par une sage-femme (20,21). L'étude de Virginie Orliac a notamment montré que les issues maternelles sévères ainsi que les issues néonatales défavorables semblaient significativement diminuées pour les enfants de mères ayant prévu d'accoucher à domicile par rapport à l'ensemble des naissances en maternité. La naissance était trois à quatre fois plus physiologique chez les femmes ayant un projet d'AAD (22).

Une autre explication est la charge de travail importante qu'induit cette pratique et la nécessité d'être très disponible pour ses patientes (23). Enfin, il existe un problème important d'assurance professionnelle. Aujourd'hui, les sages-femmes souhaitant pratiquer des AAD doivent souscrire une assurance professionnelle. Cependant, celle-ci représente un coup majeur. En effet, ces montants peuvent atteindre 25 000 à 30 000 euros par an ce qui peut limiter le nombre de professionnels souhaitant s'investir dans ce type

de pratique (23,24). La cour européenne des droits de l'homme affirme que « *les États membres doivent prévoir une législation permettant aux parents qui font le choix d'un accouchement à domicile d'être accompagnés par des professionnels* ». Malgré cela, face à l'impossibilité de souscrire de telles assurances, le nombre de sages-femmes accompagnant les naissances à domicile reste très faible et ne permet pas de répondre à la demande. On voit alors apparaître des accouchements non accompagnés à domicile, qui peuvent mettre en danger la vie des mères et des nouveau-nés (23).

L'accouchement à domicile est une pratique qui attire de plus en plus de couples comme en témoigne le sondage de janvier 2021, créé par l'APAAD : les résultats concernant 1 062 femmes montraient que parmi elles, environ 36% des femmes pourraient vouloir accoucher à domicile. Cependant, l'offre de soin actuel ne permet pas la prise en charge d'autant de patientes, puisque l'accouchement accompagné à domicile n'est pas véritablement intégré au système de santé actuel et les sages-femmes libérales assurant ces AAD sont peu nombreuses (4).

## **B) Accoucher aujourd'hui en France et dans le monde**

### 1) L'accouchement en France

Dans les maternités françaises, selon l'enquête nationale périnatale de 2016, parmi les femmes qui ont accouché par voie basse, on constate qu'au début des efforts expulsifs 88,5% des femmes étaient en position gynécologique, 8,4% en décubitus latéral, 1,8% assis, accroupie ou debout et 1,2% à quatre pattes ou à genoux. A l'expulsion, 95,5% des femmes étaient en position gynécologique, 2,9% en décubitus latéral, 0,8% assis, accroupie ou debout et 0,7% à quatre pattes ou à genoux (13).

Concernant les accouchements à domicile, selon le rapport de 2019 de l'APAAD, la position gynécologique à l'accouchement n'était que très peu utilisée. En effet, les positions les plus fréquentes étaient les suivantes : 49,4% à genoux ou à quatre pattes, 11,3% accroupie, 11,1% de décubitus latéral, 10,1% de positions assises, 7,4% debout, 6,1 % semi-assise, 2,9 % en décubitus dorsal jambes libres et enfin 1,7% en position gynécologique (25).

D'après les données de l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), en 2016 on constatait en France que 97.4% des naissances avaient lieu

dans un établissement spécialisé, 0.5% à domicile ou dans un autre lieu avec assistance (médecin ou sage-femme), 0.1% à domicile sans assistance et environ 2% n'avaient pas été déclarées. Si ces naissances hors structures spécialisées étaient, dans certains cas, voulues par des femmes qui souhaitaient accoucher chez elles, elles pouvaient parfois être subies : déclenchement impromptu de l'accouchement (26). Selon le rapport de l'APAAD, les accouchements à domicile représenteraient seulement 0.14% des naissances (27).

En France, contrairement aux Pays-Bas, la grossesse et l'accouchement sont définis comme étant normaux a posteriori. Chaque accouchement reste donc possiblement pathologique jusqu'à preuve du contraire. Par sécurité, le modèle français a fait le choix de promouvoir les accouchements hospitaliers, considérés comme plus sécuritaires pour les femmes et leurs enfants (28).

## 2) L'accouchement aux Pays Bas

Aux Pays Bas, l'accouchement est considéré comme un évènement physiologique à priori normal, qui ne doit faire l'objet d'une prise en charge médicale que dans des situations bien définies. Ainsi, 30 % des femmes accouchent à domicile, 20 % en « polyclinique », et environ 50% en milieu hospitalier. Pour autant, les indicateurs de mortalité et de morbidité sont comparables à ceux de la France. Seules les situations physiologiques peuvent se dérouler dans des structures non médicales (à domicile ou en polyclinique). L'accouchement en « polyclinique », permet à une femme d'accoucher dans une maternité, après avoir passé le début du travail à la maison, accompagnée de la sage-femme qui a suivi la grossesse (28).

## C) Les obligations médico-légales de la Sage-Femme

Le Code de la Santé Publique (CSP) a établi une classification des professions de santé parmi lesquelles on retrouve les professions médicales qui sont : les médecins, les chirurgien dentistes et les sages-femmes. Les sages-femmes ont un droit de diagnostic et de prescription. Elles peuvent assurer, en toute autonomie, le suivi de la femme et du nouveau-né en bonne santé. Le champ de compétences de la sage-femme est défini par le Code de la Santé publique (29). Les sages-femmes sont soumises à un code de déontologie qui définit leurs obligations professionnelles. Quel que soit leur mode d'exercice, les sages-femmes sont tenues de fonder leurs pratiques professionnelles sur

des données factuelles et actualisées (selon l'Evidence Base Midwifery) et les recommandations nationales (émises par la HAS) et internationales (émises par l'OMS).

Différents modes d'exercices sont possibles : établissements de santé publics ou privés, cabinet libéral ou encore dans les Services de Protection Maternelle et Infantile. En France, en 2021, 59% des sages-femmes étaient salariées et hospitalières, 34% des sages-femmes exerçaient en libéral, 31% des sages-femmes avaient un exercice mixte et 7% des sages-femmes étaient dans la catégorie autres salariés (30). Selon le rapport DREES « *alors que 20 % des sages-femmes avaient en 2012 une activité libérale (cumulée ou non à une activité salariée), 34 % des sages-femmes sont dans ce cas en 2021. Si ces tendances se prolongent, les effectifs de sages-femmes libérales ou mixtes progresseraient de 70 % à horizon 2050* » (30). On peut mettre en parallèle cette évolution de l'attractivité pour l'exercice libéral avec le développement des compétences des sages-femmes et des possibilités de pratique en libéral : accompagnement global, développement des plateaux techniques, des maisons de naissance etc..(31).

Par ailleurs, les conditions de travail en milieu hospitalier et le manque d'effectif conduit les sages-femmes à se mobiliser et à revendiquer plus de moyens et plus de temps pour accompagner convenablement les femmes. En témoigne l'appel lancé via le hashtag « Je Suis Maltraitante », la pétition « 1 femme - 1 sage-femme » ou encore les grèves et manifestations des sages-femmes en 2021. Les sages-femmes demandent plus de personnel dans les maternités. Cette surcharge de travail peut expliquer la volonté de la part de certaines sages-femmes de s'orienter vers l'exercice libéral (32).

### **III. Impact de la mobilisation sur le travail et l'accouchement**

#### **A) Les différents stades de l'accouchement**

Durant l'accouchement, différents stades ont été décrits par la HAS. Le premier stade du travail comprend une phase de latence, qui commence avec les premières contractions régulières et potentiellement douloureuses, avec ou sans modification du col, et une phase active, qui débute autour de cinq centimètres de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète. Le deuxième stade du travail commence à dilatation complète et se termine lors de la naissance de l'enfant. Il existe une phase passive ou phase de descente et une phase active ou phase d'expulsion qui débute avec les efforts



expulsifs. Le troisième stade du travail débute à la naissance de l'enfant et s'achève avec la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta (12).

Il existe différents types de délivrance :

- Délivrance spontanée : « l'expulsion du placenta se fait sous le simple effet de la gravité, des contractions musculaires du périnée et des efforts maternels ».
- Délivrance naturelle : le placenta est évacué à l'aide d'une tierce personne qui, d'une main empaume le fond utérin et de l'autre, exerce une traction douce sur le cordon, vers le bas, afin de guider sa sortie. Afin d'éviter que les membranes se déchirent, le placenta est recueilli dans les mains de l'opérateur puis est vrillé sur lui-même.
- Délivrance dirigée : « la rétraction et les contractions utérines sont renforcées artificiellement au moyen de médicaments utérotoniques, administrées dès le dégagement de l'enfant ». L'administration de l'oxytocine se fait le plus souvent en intra veineux, au moment du dégagement de l'épaule fœtale antérieure (33,34).

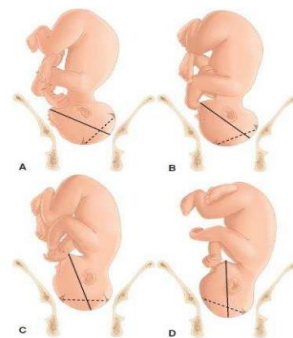
## **B) La mécanique obstétricale**

Durant l'accouchement, le fœtus doit, grâce au moteur des contractions utérines, franchir le col de l'utérus qui s'efface puis se dilate. Par la suite, il rencontre les parties molles : le plancher pelvien puis un défilé osseux, le bassin, caractérisé par 3 rétrécissements (les détroits supérieurs -DS, moyen -DM et inférieur -DI) (35,36).

Dans un premier temps, le fœtus doit s'engager dans le DS. Pour cela, il doit orienter son crâne dans un des diamètres obliques du DS qui mesurent 12,5 à 13cm (Figure 1). La présentation doit réduire ses dimensions d'une part, grâce au chevauchement des os du crâne, et d'autre part, grâce à une flexion de la tête sur le tronc (Figure 2). Ainsi, il présentera un plus petit diamètre : le sous occipito-bregmatique mesurant 9,5cm (36).



**Figure 1 : Orientation de la présentation dans un des diamètres obliques du bassin (36)**



**Figure 2 : Flexion de la tête permettant une diminution du diamètre d'engagement (36)**

Par la suite, grâce à la force des contractions utérines (CU), le fœtus va continuer sa progression dans l'axe d'engagement, jusqu'à rencontrer le hamac musculaire des muscles releveurs de l'anus ce qui va alors provoquer la rotation de la tête fœtale en antéro postérieure. L'occiput se retrouve alors sous la symphyse pubienne.

Enfin, la dernière étape correspond au dégagement qui commence quand la tête du fœtus est à la partie basse de l'excavation pelvienne et se termine avec la naissance de l'enfant. Le fœtus continue sa progression ce qui entraîne l'ampliation du périnée et une rétropulsion du coccyx en arrière. L'occiput va faire pivot en se fixant sous la symphyse pubienne ce qui permettra la déflexion de la présentation permettant son dégagement (37).

Les parties osseuses du bassin sont reliées entre elles par des articulations qui permettent de modifier les diamètres du bassin. Ainsi, en jouant sur la mobilité du bassin la progression du fœtus dans le bassin serait facilitée :

- Les mouvements de nutation obtenus par la flexion des cuisses sur le bassin et par le fait de se pencher en avant permet d'augmenter les diamètres du détroit inférieur et ainsi faciliter le dégagement. A l'inverse, la contre nutation obtenue notamment par l'extension des cuisses facilite l'engagement du fœtus par l'augmentation des diamètres du DS (38).
- Les mouvements d'antéversion du bassin (bascule en avant) orientent le fœtus vers l'axe de la concavité sacrée ce qui facilite sa descente et sa rotation. La rétroversion du bassin (bascule en arrière) va quant à elle orienter le fœtus dans l'axe de dégagement du DI (37).
- La rotation externe des fémurs permet d'agrandir les diamètres du détroit supérieur en induisant un rapprochement des ischions. La rotation interne des fémurs induit un écartement des ischions et donc un agrandissement du DM et du DI au détriment du détroit supérieur. Enfin, des mouvements de bascule d'avant en arrière permettent une rétropulsion du coccyx et donc une augmentation du DI (39,40).

Le bassin étant mobile, certaines approches posturales et techniques de manipulation du bassin peuvent être utilisées durant la grossesse et l'accouchement afin de favoriser le bon positionnement du fœtus.

Dans un premier temps, le « Spinning Babies » propose différentes techniques posturales durant la grossesse et l'accouchement. Le Spinning Babies a été créé par une sage-femme américaine Gail Tully pour faciliter la rotation fœtale (41).

- La technique de « l'inversion vers l'avant » (Figure 3) permettrait au fœtus, se présentant en transverse ou en siège, de se tourner en présentation céphalique. Cette technique consiste à s'agenouiller sur le bord d'un canapé ou d'un lit et à reposer les avant-bras au sol. La position peut être réalisée pendant 30 à 45 secondes plusieurs fois par jour en fin de grossesse. Pendant le travail, cette technique serait intéressante en cas de stagnation de la dilatation, d'asynclitisme, de variété postérieure ou de défaut d'engagement (42).
- La technique du « Relâchement Latéral » (Figure 4) utilise un étirement statique pour agrandir et assouplir le bassin. L'étirement des muscles pelviens permettrait d'augmenter la mobilité pelvienne, soulager les douleurs, faire de la place au fœtus afin qu'il se mette en bonne position. La femme s'allonge sur le côté, sa jambe supérieure bascule dans le vide, la sage-femme tient sa hanche dans le creux de ses mains puis exerce un appui. La manœuvre doit être faite de chaque côté durant au moins trois contractions (43).



Figure 3 : Inversion vers l'avant



Figure 4 : Relâchement latéral

D'autres approches utilisent des modelages ostéopathiques du bassin. Il existe notamment la méthode N'féraïdo créée par l'ostéopathe Dominique Jacquin. Des manipulations et pressions manuelles sont réalisées sur le bassin afin d'ouvrir chaque détroit du bassin en fonction de l'avancée du fœtus (44).

Enfin, le bassin et l'abdomen peuvent être manipulés à l'aide de tissus. Il s'agit d'une technique mexicaine appelée « Rebozo ». Des bercements et vibrations peuvent être effectués au niveau de l'abdomen ; un enveloppement et des compressions peuvent être réalisés sur les parties osseuses. Le Rebozo permettrait de détendre les ligaments, les muscles pelviens et abdominaux ce qui faciliterait la rotation du fœtus mal positionné. Cette technique diminuerait aussi les douleurs durant le travail d'accouchement (45–47).

## **C) Description des Positions et travaux de Bernadette de Gasquet**

Dans la littérature, les positions sont classées en deux groupes selon l'angle que fait la ligne reliant les centres des troisième et cinquième vertèbres lombaires avec l'horizontale. Lorsque cet angle est inférieur à 45°, la position est considérée comme horizontale et à contrario si l'angle est supérieur à 45°, la position est verticale (33).

Bernadette de Gasquet, médecin et professeur de yoga, milite pour changer les erreurs biomécaniques lors du travail et l'accouchement et a réalisé de nombreux travaux sur le sujet. Les postures décrites ci-dessous ainsi que leurs bénéfices potentiels sont ceux décrits par B. de Gasquet. Ils sont le fruit d'une analyse des attitudes posturales des femmes et de leurs conséquences sur le déroulement du travail et de l'accouchement (48).

### **1) Positions verticales**

Les positions verticales permettraient de dynamiser l'utérus et de favoriser la descente du fœtus qui, grâce à la gravité appuie alors d'avantage sur le col, ce qui accélère ainsi la dilatation (38). Ces positions peuvent mettre le fœtus dans le bon axe et aider à la flexion de sa nuque car, l'utérus étant verticalisé et plaqué contre le rachis maternel, la pression abdominale est plus importante que lorsque l'utérus bascule dans le vide. (48)

- Posture debout et déambulation : l'objectif est de bouger le bassin afin de faciliter le positionnement et la descente du fœtus (38).
- Posture assise : sur une chaise, sur un ballon, en étirement asymétrique (Figure 5) etc. La bonne position doit éviter le tassement et la cambrure du dos. On peut combiner à cette position des balancements hypnotiques, des étirements (Figure 6), ou encore de la suspension (48).



**Figure 5 : Position assise en étirement asymétrique**



**Figure 6 : Position assise sur un ballon, appui en avant**

➤ Posture accroupie

En position accroupie (Figure 7), les pieds doivent être écartés de la largeur du bassin, ils doivent rester parallèles et le dos doit être droit afin d'éviter la cambrure. Cette posture permettrait de plaquer le fœtus contre le dos de sa mère, ce qui le mettrait dans l'axe de descente (48). Cette position est intéressante au moment de l'expulsion puisqu'elle entraîne une nutation du bassin et peut agrandir le DI de 2cm (38).



Figure 7 : Position accroupie, appui en avant

2) Positions horizontales

Les positions horizontales peuvent diminuer les douleurs dans le bas du dos, la sensation de pesanteur pelvienne et d'appui sur le périnée. Elles limitent les effets de la gravité sur les viscères et le syndrome cave (compression de la veine cave inférieure qui peut entraîner une hypotension maternelle et une mauvaise oxygénation fœtale) (38).

➤ Ventre dans le vide et quatre pattes

La femme peut être debout, penchée en avant, en appui sur un meuble (Figure 8). Elle peut aussi adopter la position à quatre pattes, avec le ventre dans le vide ou le ventre posé sur un coussin. Les avant bras peuvent être en appui sur un ballon (Figure 9).



Figure 8 : Position debout appui en avant



Figure 9 : Position ventre dans le vide en appui sur un ballon



A genoux, la femme peut adopter une posture asymétrique en « position du coureur ». Cette posture est intéressante afin d'ouvrir le DI du bassin (Figure 10). L'objectif de ces positions est de favoriser la flexion de la tête fœtale et le positionnement du fœtus dos en avant, notamment grâce à la position à quatre pattes (non prouvé scientifiquement) (48).



Figure 10 : Position à genoux asymétrique ou « position du coureur »

➤ **Décubitus Dorsal (DD) et Position Gynécologique**

La parturiente est allongée sur le dos, les jambes peuvent être relevées à l'aide d'un coussin d'allaitement ou d'un ballon (Figure 11). Une galette peut être positionnée sous les fesses de la patiente afin que le bassin reste mobile. Le DD favorise le repos de la parturiente, et peut diminuer la douleur et la fréquence des contractions (48).

Concernant la position gynécologique, afin que celle-ci soit favorable au dégagement, les étriers doivent être assez hauts afin que la patiente soit légèrement suspendue pour laisser libre le sacrum (Figure 12). L'angle fémur-rachis doit être inférieur à 90° afin d'éviter la cambrure ; les étriers doivent être placés de telle sorte que les genoux soient plus serrés que les pieds en position « chasse neige » afin d'ouvrir le détroit inférieur du bassin (48).



Figure 11 : Décubitus dorsal, jambes relevées



Figure 12 : Position gynécologique galette sous les fesses

➤ Décubitus Latéral (DL)

Dans cette position, la jambe de la femme (droite si DLG/ gauche si DLD) peut être relevée à l'aide d'un étrier ou d'un coussin d'allaitement (Figure 13). Cette position permet : d'éviter la cambrure, de maintenir l'utérus plaqué contre le dos, de laisser libre le sacrum. L'angle entre le fémur et le rachis doit être inférieur à 90°. Cette position peut être intéressante afin de favoriser l'engagement du fœtus dans le bassin, limiter le syndrome cave et diminuer les tensions dans les reins (48).

La position en décubitus latéral peut être réalisée avec une jambe en hyperflexion : le genou supérieur doit être plus bas que la hanche ; celui-ci est calé grâce à un étrier ou un cale pied (Figure 14). Cette posture favorise l'étirement (favorable à la poussée en expiration), libère le sacrum et permet au fœtus de progresser dans une trajectoire sans virage (le sacrum devenant presque rectiligne).



Figure 13 : Décubitus latéral



Figure 14 : Décubitus Latéral en hyperflexion

Pour respecter la biomécanique de l'accouchement, certaines postures peuvent être privilégiées en fonction de l'avancée du travail et du mobile fœtal dans le bassin maternel. Durant la phase de dilatation, les postures verticales peuvent permettre, grâce à la pesanteur, de favoriser l'appui du fœtus sur le col de l'utérus ce qui favorise la progression de la dilatation. Durant la phase d'engagement, le fœtus doit franchir le détroit supérieur ; il faut donc l'agrandir en favorisant les mouvements de contre nutation et la rotation externe des fémurs. Durant la phase de descente et de rotation, le fœtus doit progresser dans l'excavation pelvienne ; il va alors être important d'adopter une position laissant le sacrum et le coccyx libres de basculer. Les positions verticales peuvent être adoptées afin d'utiliser la gravité et ainsi faciliter la descente du fœtus. Enfin, afin de favoriser le dégagement, il est possible de réaliser une antéversion du bassin et une rotation interne des fémurs. La position accroupie est intéressante afin d'agrandir le détroit inférieur tout comme les positions à genoux et à quatre pattes (38,48).

## **D) Impact des postures sur la mécanique de l'accouchement**

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer scientifiquement l'impact des postures sur le déroulement du travail et de l'accouchement.

Lors du premier stade du travail, on retrouve notamment la méta-analyse de Lawrence et al. réalisée en 2013. Celle-ci comprend 21 études portant sur un total de 3 706 femmes. Pour les femmes sans APD, ayant une position verticale, les résultats ont montré une diminution de la durée du premier stade du travail d'environ une heure, une diminution du taux de recours à l'analgésie péridurale et du risque de césarienne. La méta-analyse retrouve cependant une absence de différence sur la durée du deuxième stade du travail et sur le bien être maternel et foetal. Aucune différence entre les positions verticales et horizontales n'a été retrouvée sur le déroulement du travail, chez les femmes bénéficiant d'une APD (49).

Paufichet, en 2004, a mené une enquête prospective afin d'étudier l'intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. Trois groupes de parturientes étaient comparés : le premier comprenait des femmes gardant la même position pendant le travail (décubitus dorsal et/ou latéral). Le deuxième groupe était composé de femmes alternant les positions et le troisième groupe de femmes alternait les positions et utilisait le ballon et/ou la baignoire. Les résultats ont montré que le changement de positions pendant le travail permettait une amélioration du confort des parturientes, une diminution du temps de travail, grâce à une meilleure dynamique utérine et dilatation cervicale (39).

F. Venditelli a, quant à elle, réalisé une revue des méta-analyses comparant les positions verticales et les positions horizontales durant le deuxième stade du travail. La revue a étudié 17 essais randomisés. Les résultats ont montré qu'en position verticale, on observait une diminution des déchirures du troisième degré à l'accouchement, des douleurs ressenties par les femmes au moment des contractions utérines et des anomalies du rythme cardiaque foetal (ARCF). La revue ne retrouvait pas de différence statistiquement significative concernant le taux de césarienne et d'extractions instrumentales entre les deux groupes. Cependant, les positions verticales ont montré une augmentation des hémorragies de la délivrance (HDD) (50).

La revue des méta-analyses de Gupta et al. a comparé 30 essais portant sur 9 015 femmes. Les résultats retrouvent, dans le groupe position verticale, une réduction de la



durée du deuxième stade du travail, des accouchements assistés, du taux d'épisiotomie et des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Les positions verticales n'ont pas montré de différences statistiquement significatives quant au taux de césariennes, de déchirures périnéales du troisième ou quatrième degré, de nombre d'enfants admis en soins intensifs. Enfin, les positions verticales ont été associées à une augmentation des déchirures du second degré et une augmentation des pertes sanguines supérieures à 500 ml (51).

Au final, ces deux revues des méta-analyses retrouvent conjointement, dans le groupe position verticale durant le deuxième stade du travail, une diminution des ARCF et une augmentation des HDD. Cependant, en ce qui concerne les déchirures périnéales et les extractions instrumentales les résultats sont discordants. L'augmentation du taux d'HDD dans le groupe positions verticales, est probablement liée au fait, qu'en position verticale, le recueil et la quantification des pertes sanguines sont plus compliqués à mettre en œuvre, ce qui peut conduire à un retard de diagnostic et donc à une augmentation du risque d'HDD grave (> 1.5L). De nombreux biais sont à prendre en compte dans l'analyse des résultats de ces études. En effet, les effectifs des études étaient souvent insuffisants et certaines études n'ont pas été réalisées en double aveugle. De plus, la durée pendant laquelle la patiente adoptait une position ou l'éventuel passage d'une position à une autre n'a pas toujours été précisée. Enfin, le mode de poussée n'a parfois pas été mentionné ce qui peut biaiser l'étude de la durée du deuxième stade du travail.

Les études ont montré que les postures verticales peuvent être intéressantes lors des différents stades du travail mais le niveau de preuves reste faible quant aux bénéfices ou risques liés à ces positions. On considère donc qu'il n'y a pas de position meilleure qu'une autre. Cependant, le changement de position et la déambulation ont montré un réel bénéfice. Il convient alors de laisser à la femme la possibilité d'alterner les positions en fonction de son ressenti et du soulagement que ces dernières lui procurent (12).

## **E) Recommandations Internationales**

### **1. Les postures**

Ainsi, face aux résultats de ces études, les autorités compétentes ont émis des recommandations (12). D'après le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) : « *il paraît possible de conseiller largement les positions verticales lors de l'expulsion, tout en étant vigilant sur le risque hémorragique* ».

Selon la HAS : « *il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité. En l'absence de contre-indication et sous réserve d'une surveillance maternelle et fœtale préservée, il est recommandé d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables lors du second stade du travail* ».

D'après l'OMS, il faut encourager la mobilité et une position verticale pendant le travail chez les femmes à faible risque obstétrical (52).

## 2. L'enregistrement cardiotocographique

Durant le travail, la surveillance du bien-être fœtal se fait grâce à une analyse du rythme cardiaque fœtal. Il existe 2 méthodes d'enregistrement :

- L'auscultation continue : analyse en continue du RCF à l'aide d'un cardiotocographe (CTG). Cette méthode nécessite un maintien en continu de capteurs sur l'abdomen de la femme permettant l'enregistrement du RCF et des contractions utérines. Ces capteurs sont maintenus en place grâce à une ceinture abdominale et reliés au CTG à l'aide de fils pouvant restreindre la mobilité de la femme.
- L'auscultation intermittente (AI) : chez des femmes en bonne santé, présentant un bas risque obstétrical durant la grossesse et avant l'accouchement, une auscultation du RCF discontinue peut être réalisée. L'AI est réalisée avec un stéthoscope de Pinard ou une sonde Doppler, toutes les 15 minutes, pendant une contraction et immédiatement après durant au moins une minute. L'auscultation doit être réalisée en vérifiant conjointement le pouls maternel et doit être répétée en cas de changement significatif, comme la rupture spontanée des membranes ou l'augmentation de l'intensité de contractions utérines (12).

Des études ont évalué et comparé ces méthodes de surveillance. La méta-analyse d'Alfirevic et al. publiée en 2013 a mis en évidence une réduction des convulsions néonatales en cas de CTG continu. Aucune différence n'a été retrouvée concernant la paralysie cérébrale et la mortalité infantile. La CTG en continu était cependant associée à une augmentation des césariennes et des accouchements instrumentaux (53).

Selon la HAS, « *après avoir préalablement informé la femme des bénéfices et des risques de chaque technique, il est recommandé de laisser le choix à la femme d'une surveillance continue (par CTG), ou discontinue (par CTG ou AI) si les conditions d'organisation de la maternité et la disponibilité permanente du personnel le permettent*

(à savoir un praticien par femme en cas d'AI) ». Les femmes doivent également répondre aux critères d'éligibilité définis par la HAS (12).

### 3. Surveillance de la femme durant le travail

Selon la HAS : « *En l'absence d'événements intercurrents, la surveillance de la femme comprend au minimum une prise de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et de température toutes les quatre heures ; une évaluation de la fréquence des contractions utérines toutes les 30 minutes et durant dix minutes au cours de la phase active ; la proposition d'un TV toutes les deux à quatre heures ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel lors du premier stade du travail* » (12).

Des techniques alternatives au TV existent afin de surveiller l'avancée du travail. La « ligne violette » est un indicateur qui permettrait d'estimer la progression de la dilatation. Une ligne se colore et s'étend entre l'anus et le sommet du pli enter-fessier au fur et à mesure que le travail progresse. Une étude de cohorte, publiée en 2018, a mis en évidence une corrélation positive entre la longueur de la ligne violette et la progression de la dilatation et du mobile fœtal dans le bassin (54). Ces résultats rejoignent ceux de Sheperd et al. publiés en 2010. Dans leur étude la ligne violette apparaissait chez 76% des femmes. Cette ligne serait liée à la congestion vasculaire pelvienne et à des processus inflammatoires : elle apparaît plus fréquemment en cas de rupture prématurée des membranes. Cependant, la physiologie du phénomène reste peu connue (55).

### 4. Techniques de dégagement de la tête fœtale

- « Hands ON » : « *consiste à maintenir la tête fœtale fléchie par une pression exercée sur l'occiput avec une main alors que l'autre main maintient le périnée postérieur. L'objectif de cette manœuvre étant d'empêcher la déflexion brutale de la tête fœtale afin de limiter le risque de déchirure périnéale* ».
- « Hands OFF » : consiste à ne pas intervenir dans la phase d'expulsion, l'opérateur observe seulement le dégagement.
- « Hands Poised » : les mains de l'opérateur sont près de la tête fœtale afin d'intervenir en cas de déflexion trop rapide de la tête fœtale (12).

Selon HAS : « *Il n'existe pas de données suffisantes dans la littérature permettant de recommander une technique de dégagement de la tête fœtale* » (12).

# **Population et méthode**

## **I. Population de l'étude**

### ❖ Critères d'inclusion :

La population choisie était constituée de sages-femmes françaises acceptant de participer à l'étude et pratiquant des accouchements naturels en milieu hospitalier et/ou à domicile, et/ou en plateau technique et/ou en maison de naissance.

Pour rappel, selon la définition du CIANE et du Collectif des Sages-Femmes : « *l'accouchement est considéré comme « naturel » ou « physiologique lorsqu'il ne s'accompagne que de peu, ou même, d'aucune intervention humaine et que, lorsque de telles interventions s'avèrent nécessaires, elles sont faites en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement* » (12).

### ❖ Critères d'exclusion : Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

## **II. Méthode de l'étude**

### 1) Type d'étude

L'étude a été menée selon une approche qualitative de type descriptive, il s'agissait d'une enquête visant à étudier les pratiques cliniques des sages-femmes via des entretiens semi-dirigés. « *L'entretien semi-directif est une technique de collecte de données qui contribue au développement de connaissances [...], il s'agit d'une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur* » (56).

### 2) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les pratiques des sages-femmes afin de déterminer comment elles s'adaptent aux positions qu'adoptent les parturientes durant le travail et l'accouchement naturel.

Les objectifs secondaires étaient de décrire :

- Comment les sages-femmes parviennent à s'assurer du bon déroulement du travail, quelle que soit la position prise par la femme durant le travail et l'accouchement.
- L'interprétation clinique des sages-femmes quant au déroulement du travail, concernant les postures adoptées spontanément par les femmes.
- Les postures proposées par les sages-femmes pour favoriser le déroulement du travail et leurs indications précises.
- Les freins et difficultés rencontrés par les sages-femmes lors de l'accouchement naturel.

### 3) Mode de recueil des données

Les sages-femmes interrogées pouvaient choisir de réaliser l'entretien en présentiel ou à distance à l'aide de plateformes de visioconférence. Les entretiens ont été menés à l'aide d'une grille d'entretien qui a servi de guide lors des échanges (Annexe I). Cet outil a été testé lors d'un premier entretien puis réajusté.

La grille d'entretien était structurée en différentes parties :

- 1<sup>ère</sup> partie : informations relatives aux caractéristiques de la sage-femme interrogée.
- 2<sup>ème</sup> partie : prise en charge proposée par la sage-femme durant le travail
- 3<sup>ème</sup> partie : prise en charge proposée par la sage-femme durant l'accouchement.

Les entretiens ont été enregistrés grâce à un dictaphone après un recueil oral du consentement de la personne interrogée puis, ils ont été retranscrits à l'écrit, à l'aide d'un outil de traitement de texte. Les documents et enregistrements ont été conservés sur une clef USB exclusivement dédiée à la réalisation de l'étude. Les noms des sages-femmes ont été remplacés par des numéros afin de conserver l'anonymat des participantes.

### 4) Déroulement de l'étude

#### ➤ Recrutement des sages-femmes libérales

Les sages-femmes libérales ont été informées de la réalisation de l'étude grâce à la diffusion d'une lettre d'information à différentes associations notamment l'APAAD

et l'ANSFL. Les associations ont relayé sur leurs réseaux sociaux la lettre d'information. Par la suite, les sages-femmes intéressées par l'étude ont fait part de leur volonté d'y participer par l'envoi d'un mail à l'enquêtrice.

➤ Recrutement des sages-femmes hospitalières

Le recrutement a été fait par le biais d'une information orale auprès des sages-femmes au cours de stages en milieu hospitalier puis, par l'envoi de mails aux sages-femmes potentiellement intéressées. Au total, six mails ont été envoyés, trois sont restés sans réponse. Trois sages-femmes hospitalières ont été interrogées. Les sages-femmes ciblées pour la réalisation des entretiens exerçaient en maternité de type 1, 2 et 3.

Les entretiens ont été menés sur une période de quatre mois allant d'octobre 2021 à janvier 2022. Le phénomène de saturation des données a été observé lors de la réalisation des derniers entretiens. « *La saturation renvoie au point où, dans une recherche, toute donnée nouvelle n'apporte aucun élément nouveau à la compréhension du phénomène à l'étude* » (57).

5) Mode d'analyse des données

Dans un premier temps, les entretiens ont été retranscrits et analysés de manière individuelle. Par la suite, des thèmes principaux ont été identifiés ; les idées ont été structurées par thèmes et sous thèmes à l'aide de tableaux permettant ainsi une analyse thématique du contenu. « *Il s'agit, en somme, à l'aide des thèmes, de répondre petit à petit à la question générique type, rencontrée dans divers projets d'analyse : Qu'y a-t-il de fondamental dans ce propos, dans ce texte, de quoi y traite-t-on ?* » (58).

6) Aspects éthiques et réglementaires

Le projet d'étude a été soumis au Délégué de la Protection des données qui a émis une autorisation écrite le 21 juillet 2021.

La lettre d'information distribuée en amont aux participantes leur a permis de disposer d'explications claires sur la réalisation de l'étude (Annexe II). Le consentement oral des participantes quant à l'utilisation des données a été recueilli avant chaque entretien. Les données ont été conservées de manière anonyme.

# Résultats

## I. Caractéristiques de la population étudiée

Douze sages-femmes ont participé à l'étude. Les entretiens ont duré entre 30 minutes et deux heures avec une durée moyenne d'environ une heure. Les caractéristiques des sages-femmes interrogées sont décrites dans le tableau ci-dessous (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques des sages-femmes interrogées

Sage-Femme	Année du Diplôme	Expérience professionnelle	Pratique professionnelle actuelle
<b>Sages-Femmes exerçant en Plateau Technique</b>			
SF1	2003	Maternité de type 3 pendant 7 ans Remplacement en libéral de sages-femmes pratiquant l'AAD Exercice libéral depuis 4 ans	Plateau Technique depuis 4 ans
SF3	2010	8 ans en maternité de type 2A Exercice libéral depuis 3 ans	Plateau Technique depuis 3 ans
SF4	2004	7 ans d'exercice en maternités de type 1, 2 et 3 Exercice libéral depuis 10 ans	Plateau Technique depuis 5 ans
SF5	1985	8 ans en maternité de type 2, 1 an en maternité de type 3 et dispensaire à Mayotte Libéral depuis 11 ans	Plateau Technique depuis 11 ans
SF11	2006	2 ans en type 3 / 11 ans en type 2 Libéral depuis 2 ans et demi	Plateau technique depuis 1 an
SF12	2014	4 mois en type 2 / 5 mois en type 1 en Suisse Libéral depuis 6 ans	Plateau Technique depuis 6 ans
<b>Sages-Femmes pratiquant les Accouchements à Domicile</b>			
SF2	1999	16 ans en maternité de type 1 2 ans en maison de naissance	AAD depuis 5 ans
SF6	2011	5 ans et demi en maternité de type 1 Libéral depuis 4 ans et demi	AAD depuis 4 ans et demi
SF7	1978	33 ans en maternité de type 2 puis Missions Humanitaires Libéral depuis 8 ans, Plateau Technique durant 2 ans	AAD depuis 6 ans
<b>Sages-Femmes exerçant en milieu Hospitalier</b>			
SF8	2014	7 ans en maternité de type 2	Pratique Hospitalière type 2
SF9	2010	6 mois en maternité de type 1, 10 ans en maternité de type 3 3 mois de remplacement en libéral	Pratique Hospitalière type 3
SF10	2004	Enseignement à l'école de Sages-Femmes durant 4 ans 13 ans en maternité de type 3	Pratique Hospitalière type 3

## **Formations**

Parmi les 12 sages-femmes interrogées, neuf d'entre elles ont suivi des formations, après l'obtention du diplôme d'état, qui les ont aidées dans la pratique de l'accouchement naturel. Les formations suivantes ont été citées par les sages-femmes :

- La physiologie de l'accouchement avec des formations proposées notamment par Jacqueline Lavillonière, Michel Odent, Isabelle Brabant ou encore Karine la sage-femme,
- La gestion de l'urgence en milieu extra hospitalier formation proposée par l'APAAD,
- La gestion non pharmacologique de la douleur : formation Bonapace,
- Les postures durant le travail et l'accouchement : formation De Gasquet.

Aussi, les sages-femmes ont rapporté l'importance des lectures. Selon la SF8 : *« accompagner des naissances naturelles exige de nous le meilleur, exige qu'on soit formées à aider les femmes à gérer la douleur, ça passe par des formations mais aussi par les lectures personnelles, on doit avoir des ressources pour accompagner les femmes ».*

## **II. Surveillance du travail lors de l'accouchement naturel**

### **A) Surveillance Maternelle et Fœtale**

Toutes les sages-femmes interrogées effectuaient un monitoring d'au moins 20 minutes à leur arrivée auprès de la patiente ainsi qu'une prise des constantes maternelles (pouls, tension artérielle et température).

Concernant la prise des constantes durant le travail, sur les 12 sages-femmes interrogées : quatre sages-femmes observaient un intervalle régulier de trois à quatre heures entre la prise de constantes ; huit sages-femmes disaient effectuer cette surveillance en fonction du ressenti clinique.

A propos de la phase de latence, une sage-femme accompagnant les AAD expliquait que généralement, les femmes étaient seules durant cette phase et appelaient quand elles pensaient être en phase de travail actif. Si la sage-femme était sur place, la surveillance était *« légère durant cette phase du travail »*. L'auscultation du rythme cardiaque fœtale (RCF) était variable, elle pouvait être rapprochée ou non en fonction de ce que souhaitait faire la femme afin de gérer la douleur (déambulation, bain, ballon ...).



La moitié des sages-femmes interrogées ne respectaient pas d'intervalle strict pour réaliser l'auscultation du RCF durant cette phase mais six effectuaient des monitorings continus de 20 minutes toutes les deux heures.

Concernant l'auscultation durant la phase active du travail, les pratiques des sages-femmes sont décrites dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Auscultation du RCF durant la phase active du travail

Monitoring continu	AI toutes les 30 min	AI toutes les 15 min	AI sans rythme fixe
1 SF Plateau T	2 SF Plateau T	2 SF Plateau T	1 SF Plateau T
	2 SF Hospitalières	1 SF AAD	2 SF AAD
			1 SF Hospitalière

Durant la phase d'expulsion, les trois sages-femmes accompagnants des AAD et une sage-femme pratiquant en plateau technique continuaient à réaliser une auscultation intermittente. Les autres sages-femmes réalisaient un monitoring continu durant la phase d'expulsion. Les sages-femmes qui réalisaient une AI décrivaient un rythme allant de trois à dix minutes entre chaque auscultation.

Pour les sages-femmes hospitalières, l'auscultation intermittente était réalisée si l'activité du service le permettait puisque celle-ci nécessite un temps de présence important. Afin de favoriser la liberté de mouvements des femmes, certains équipements comme le monitoring sans fil étaient privilégiés.

La pratique de l'auscultation intermittente et l'utilisation de certains équipements étaient motivés par la volonté de ne pas perturber les mécanismes maternels liés à la parturition. Afin de permettre à la femme de « *rester dans sa bulle et donc connectée à son cerveau primitif* », le principe de discrétion et de surveillance la moins invasive possible était appliqué. En effet, « *les interventions extérieures peuvent reconnecter la femme à son néocortex ce qui peut altérer la libération d'hormones permettant à la femme de gérer la douleur. Le néocortex correspond à la partie du cerveau assurant la réflexion* » (SF2). Le cerveau primitif est la partie du cerveau qui gère l'instinct primaire et les comportements primitifs. Il permet à la femme de libérer le « *cocktail hormonal nécessaire pour accoucher naturellement* » (SF2).

## B) Méthodes de surveillance de l'avancée du travail

Parmi les différentes méthodes de surveillance ; le toucher vaginal, l'observation clinique du comportement de la femme et l'observation des postures adoptées par les femmes étaient les techniques les plus souvent citées par les sages-femmes afin d'estimer l'avancée du travail (Tableau III).

Tableau III : Techniques de surveillance de l'avancée du travail employées par les 12 SF interrogées

Moyens de Surveillance Clinique	Nombre de sages-femmes
TV	12
Observation du comportement de la femme	12
Observation des postures adoptées par les femmes	8
Analyse des vocalises	6
Observation du soulèvement du sacrum	4
Dilatation de l'anus	3
Coloration de la ligne violette	2
Mobilité des os iliaques	1

### 1) Le Toucher Vaginal (TV)

Concernant les modalités de surveillances obstétricales de l'avancée du travail, les sages-femmes pratiquant l'AAD réalisaient des TV mais de manière peu fréquente, sans rythme défini. Pour la SF6 : « *je fais des TV si la femme est demandeuse ou si j'ai l'impression que le travail stagne* ». Pour la SF2 : « *je fais au moins un toucher vaginal, car il est indispensable d'avoir des données de départ sûres afin de pouvoir surveiller le travail par la suite, via l'observation de l'état de la femme (visage, degré de calme ou de panique ...)* ». La SF7 quant à elle disait réaliser des TV seulement pour un tiers des femmes qu'elle accompagnait.

Pour les sages-femmes assurant les naissances en plateau technique, il y avait généralement un TV de départ qui permettait d'établir la conduite à tenir : si le travail était peu avancé, la sage-femme proposait au couple de différer le départ à la maternité, ou au contraire si l'avancement du travail était suffisant, le départ à la maternité était envisagé. Les sages-femmes accompagnants les naissances en PT faisaient majoritairement des TV à la demande des femmes (quatre sages-femmes sur six).

Les deux autres SF respectaient un intervalle de maximum quatre heures entre chaque TV. La SF11 expliquait : « *parfois le TV peut être délétère, dans le sens où ça peut être désespérant pour la femme de se dire que le travail n'est pas si avancé que ce qu'elle espérait, de se dire qu'elle ne tiendra pas, que ça va encore être long donc qu'elle ne va pas y arriver...* ». Pour la SF1 : « *parfois je n'ai pas besoin de faire de TV car je suis l'avancée du mobile fœtal grâce à mes observations* ». Cependant, certaines sages-femmes qui accompagnent les accouchements en plateau technique déclaraient devoir respecter les protocoles hospitaliers et donc effectuer des TV à intervalle régulier (SF5).

Les sages-femmes hospitalières utilisaient principalement le toucher vaginal afin de surveiller l'avancée du travail. Les sages-femmes déclaraient faire des TV plus espacés que lors d'une surveillance d'une femme bénéficiant d'une APD. La SF9 et la SF10 effectuaient un TV toutes les deux heures en moyenne sauf pendant la phase de latence où les TV pouvaient être plus espacés. La SF8 faisait des TV à la demande des femmes.

## 2) Méthodes basées sur l'observation du comportement de la femme

Toutes les sages-femmes interrogées ont dit être attentives au comportement de la femme afin d'évaluer l'avancée du travail.

### a) Analyse des phases du travail propres à l'accouchement naturel

Parmi les 12 sages-femmes interrogées, six d'entre-elles ont décrit des phases bien précises durant l'accouchement naturel. Ces phases sont décrites grâce à une analyse comportementale de la femme qui accouche naturellement.

Cinq phases ont été décrites par les SF1,2,4,6,7 et 12 et résumées ci-dessous :

#### - **Phase de Latence entre zéro et cinq centimètres :**

- Entre zéro et deux centimètres : « *on parle de pré-travail passif qui correspond aux modifications antérieures du col durant la fin de la grossesse* » (SF2).
- Entre deux et cinq centimètres : « *il s'agit du pré-travail actif, la femme est contente d'entrer en travail, elle est souriante, fait appel à son cerveau cognitif, elle est capable de répondre, de déambuler mais marque une pause pour gérer la douleur durant les contractions. Les mouvements sont fluides et nombreux* » (SF2).

- **Phase Active après cinq centimètres :**

*« En phase active, la femme marque vraiment une pause pendant la contraction parce qu'elle a besoin de se concentrer et de respirer. Il y a un changement comportemental, la femme commence à avoir le rouge aux joues, les yeux sont de plus en plus fermés, elle parle de moins en moins » (SF12). « En phase active, les contractions sont plus intenses et plus fréquentes, la femme cherche des positions de soulagement, elle bouge mais ne déambule pas » (SF13).*

- **Phase de quiétude :**

*D'après la SF12 : « Souvent, à dilatation complète, on observe une phase de quiétude, il y a un espacement des contractions qui sont plus courtes et moins douloureuses, la femme arrive à discuter, c'est une phase de pause ». Pour la SF2 durant cette phase « la femme doit réussir à se reposer, s'endormir, se calmer ; la femme commence à fatiguer, elle a envie de s'allonger, elle libère pleins d'endorphines, parfois s'endort entre les CU, c'est un retour au calme d'épuisement ».*

- **Phase de désespérance**

*« La phase de désespérance peut avoir lieu avant ou, le plus souvent, après la phase de quiétude. La femme a l'impression qu'elle va mourir, qu'elle ne va pas y arriver, les CU sont plus intenses, plus fortes et longues ; c'est une phase d'angoisse physique et morale, pas toujours à dilatation complète, elle est liée au cocktail hormonal (adrénaline et ocytocine). Il y a souvent des pleurs à ce moment-là et un besoin de réassurance » (SF12).*

- **Phase d'expulsion**

*« Quand le fœtus est entre l'étage supérieur et moyen du bassin, la poussée va survenir seulement à l'acmé de la contraction. Plus le fœtus va descendre plus on va voir apparaître le réflexe de poussée dès le début de la contraction » (SF1).*

**b) Observation des postures prises par les femmes**

Parmi l'observation du comportement maternel, les sages-femmes étudiaient les postures spontanément adoptées par les femmes en travail. Pour la SF1 : *« Quand j'observe les postures, je regarde comment la femme s'adapte, si elle réfléchit à la position qu'elle va prendre c'est qu'elle n'est pas très avancée dans le travail alors que*

*si elle se positionne instinctivement sur la contraction sans réfléchir c'est qu'on est à un stade plus avancé ». Pour la SF10 : « au moment où la femme va être à dilatation complète elle va chercher sa position, généralement elle a envie de se mettre à l'équerre, sur les genoux en appui en avant ». Pour la SF12, durant la dernière phase du travail « la femme va souvent chercher une position accroupie ou proche du sol ».*

Certaines sages-femmes s'aidaient des postures adoptées par les femmes pour définir la position du fœtus. Pour la SF9 : *« si le fœtus est en variété postérieure la femme va chercher des positions penchées en avant car elles auront une douleur localisée en bas du ventre et en bas du dos [...], la douleur ne sera pas diffuse au niveau du ventre contrairement à une femme qui a un fœtus en variété antérieure »*. Pour la SF5 : *« Si le fœtus est haut et bute sur le détroit supérieur la femme va chercher à s'étirer. S'il a le dos en postérieur les femmes vont chercher des positions à quatre pattes souvent ou elles vont se lever pendant la contraction »*.

#### c) Analyse des vocalises

La moitié des sages-femmes interrogées étaient attentives aux vocalises émises par les femmes durant le travail. Les sages-femmes interrogées déclaraient avoir observé des variations dans la tonalité des vocalises émises par les femmes selon l'avancée du travail. Ces vocalises pouvaient aider les professionnelles à déterminer, de manière subjective, le stade du travail. La SF6 observait des sons plutôt graves pendant la phase active et des cris rauques lors de l'engagement et descente du fœtus. Pour la SF7 : *« En début de travail la femme qui extériorise la douleur va émettre des sons plutôt aigus, en fin de dilatation les vocalises sont plus graves »*.

#### d) Observations corporelles

Durant l'accouchement, l'observation de certaines modifications corporelles permettait aux sages-femmes de se faire une idée de l'avancée du travail. Parmi les sages-femmes interrogées, quatre ont déclaré observer le soulèvement du sacrum afin de suivre l'engagement du fœtus dans le bassin. La SF12 expliquait : *« en fin de travail, je suis attentive au soulèvement du sacrum, à la bascule du bassin et à la mobilité des os iliaques. Cela me permet de me faire une idée sur l'engagement du fœtus dans le bassin »*.

La dilatation de l'anus et la coloration de la « ligne violette » sont aussi des indicateurs pour certaines sages-femmes de l'avancée du fœtus dans le bassin. Trois sages-femmes ont déclaré observer la dilatation de l'anus pour suivre l'avancée du fœtus dans le bassin. La SF1 expliquait : « *Quand la femme est à dilation complète, je suis la modification de la ligne violette et la dilatation de l'anus. Parfois je n'ai pas besoin de faire un TV car je suis l'avancée du mobile fœtal grâce à ces observations* ». Deux sages-femmes ont déclaré utiliser la ligne violette afin de surveiller l'avancée du travail.

## **C) Gestion de l'accouchement naturel**

### **1) Rôle de la Sage-femme lors de l'accouchement naturel**

Au-delà d'assurer la surveillance médicale maternelle et fœtale, la sage-femme proposait lors de l'accouchement naturel un accompagnement important. Selon la SF8 : « *il y a un autre lien qui se crée avec une femme qui n'a pas d'analgésie péridurale, on est plus proche d'elle, par notre temps de présence, nos paroles, nos gestes, on peut la masser donc il y a aussi une proximité plus physique* ».

Pour la SF11 : « *avec le suivi global on connaît les femmes depuis plusieurs mois, on voit les changements dans leur façon d'être : leur façon de gérer les contractions, leur conscience, le moment où elles déconnectent, la phase de désespérance où elles peuvent réclamer la péridurale. Dans cette phase de désespérance, si je ne connaissais pas bien la femme que j'accompagne et à quel point elle est investie dans son projet, j'aurais tout fait pour la soulager très vite. Comme je la connais bien, je me dis que non, on va y arriver à ce projet, elle en est capable* ».

Les sages-femmes hospitalières expliquaient qu'elles essayaient de proposer un accompagnement et un temps de présence important auprès des femmes ne bénéficiant pas d'APD comme l'expliquait la SF10 : « *en fonction de la charge de travail, on essaie de prendre maximum 2 femmes en travail, quand on suit une femme qui veut accoucher naturellement, car ça demande plus de présence* ».

La présence de la sage-femme est importante afin de rassurer la femme, qu'elle se sente en sécurité. La SF5 déclarait : « *Notre rôle c'est d'être active dans l'accompagnement, être vigilante, être présente, encourager... C'est être là du début à la fin, s'avoir s'éclipser à certains moments, proposer des outils de gestion de la douleur, aider à la respiration, orienter les papas. Parfois ce n'est pas forcément faire quelque*

*chose mais juste être là. Les femmes ont parfois besoin de se sentir en sécurité par notre présence ».*

## 2) Techniques posturales proposées par les sages-femmes

La plupart du temps les sages-femmes ont déclaré laisser les femmes se posturer de manière autonome afin qu'elles suivent leurs sensations, qu'elles écoutent leurs corps.

A la question : « *Proposez-vous aux femmes des postures particulières lorsque le bébé est en variété postérieure ?* » certaines sages-femmes expliquaient que, selon elles, « *les femmes trouvent seules les positions qui leur conviennent* » (SF9). Pour la SF11 : « *Je n'ai jamais eu ce cas-là, mais j'ai tendance à me dire, dans ma trop grande confiance dans le corps humain, que si je n'ai pas eu le cas c'est parce que comme elles écoutent leur corps elles font déjà ce qu'il faut, c'est elles qui ont les meilleures armes* ».

Cependant, sur les 12 sages-femmes interrogées, neuf d'entre elles proposaient aux femmes des postures dans certains cas. Par exemple la SF3 expliquait « *je laisse la femme faire comme elle le sent mais si à un moment elle est perdue alors je l'oriente* ». Pour la SF5 « *Plus on avance dans le travail, plus la douleur s'intensifie plus la femme peut avoir mal et être déstabilisée. Certaines femmes vont avoir besoin d'aide, il ne faut pas chercher à idéaliser les choses et à se dire qu'elles vont savoir trouver des positions. Elles apprécient qu'on leur propose des choses aux moments où ça devient plus difficile pour elles. Il ne faut pas les abandonner mais les accompagner* ».

Aussi, dans certaines situations, les professionnelles proposaient aux femmes des postures particulières.

- ➔ Pour commencer, en cas de stagnation du travail, différentes solutions étaient proposées par les sages-femmes :
- Technique des squats dynamiques à deux avec le papa qui sert d'appui, utilisée en cas de stagnation ou pour favoriser l'engagement. Les squats sont faits pendant les CU, la femme doit s'accroupir puis faire des mouvements de bassin. Pour la SF1 : « *la sensation de la contraction est démultipliée, c'est dur mais c'est efficace, quand la contraction est passée le couple se redresse et reprend la position du câlin* ».
  - Posture à quatre pattes ou posture penchée vers l'avant (SF3, SF4, SF5)
  - Décubitus Latéral avec hyperflexion de la jambe (SF3, SF5, SF8)

- Posture du « Side-lying Release » ou « relâchement latéral ». *« Cette posture est à utiliser en cas de variété postérieure, quand le travail est long, quand les femmes ont très mal, quand elles commencent à craquer alors que ce n'est pas la fin du travail. Il faut faire 5 contractions de chaque côté, c'est dur car elles ont mal mais à la fin il se passe quelque chose : elles ont moins mal, elles vont rompre la poche des eaux ou avoir envie de pousser »* (SF4).
  - Changement de position et/ou déambulation (SF6, SF7, SF12)
  - Méthode N'féraïdo : modelages ostéopathiques du bassin (SF12)
- ➔ Certaines sages-femmes proposaient également aux femmes, de prendre des positions particulières, en cas de variété postérieure :
- Position ventre dans le vide, par exemple, position quatre pattes penchée en avant (bassin plus haut que le buste). Il s'agissait de la position la plus utilisée en cas de variété postérieure puisque huit sages-femmes sur 12 utilisaient cette position.
  - Décubitus latéral côté opposé au plan du dos (SF4, SF12)
  - Relâchement latéral (SF4, SF7)
  - Rebozo : manipulation du bassin avec un tissu (SF7, SF12)

La SF2 déclarait que, pour éviter les présentations postérieures, il faudrait *« proposer aux femmes, dès le sixième mois de grossesse, des positions penchées vers l'avant ou assises sur le ballon (avec le corps versé vers l'avant) »*. Selon elle, *« à l'époque les femmes allaient chercher l'eau au puit, elles faisaient du jardinage, elles lavaient la lessive au lavoir, elles se penchaient vers l'avant donc elles avaient peu de variété postérieure. Aujourd'hui, les modes de vie sont plus sédentaires, ce qui ne favorise pas la bonne position du bébé »*.

La même idée est retrouvée dans le discours de la SF5 qui expliquait que, dans certains pays, les postures penchées en avant sont très utilisées pendant la grossesse dans le but de favoriser la position du bébé dos en avant. La sage-femme expliquait à ses patientes qu'il faut éviter, en fin de grossesse, la posture assise sur le canapé car elle favorise le tassement vers l'arrière et donc, les variétés postérieures. Selon elle, les bonnes



positions en fin de grossesse sont les postures allongées sur le côté ou assises mais sur un ballon. Cette sage-femme incitait ses patientes à travailler les exercices de sophrologie et de relaxation qu'elle propose en préparation à la naissance dans la position quatre pattes (en appui en avant sur un ballon et avec un traversin sous les fesses). Ces exercices durent une vingtaine de minutes. La sage-femme conseillait aux femmes de réaliser chez elles des exercices de bascule de bassin à quatre pattes durant la grossesse.

### 3) Organisation des sages-femmes pour s'adapter à la mobilité des parturientes

Lors de l'accouchement naturel la sage-femme doit assurer une surveillance maternelle et fœtale et doit donc s'adapter aux positions prises par les femmes durant le travail et l'accouchement.

#### a) L'auscultation

D'une manière générale, les positions prises par les femmes ne rendaient pas plus compliquée la surveillance du rythme cardiaque fœtale. Selon la SF6 : *« les bruits du cœur sont entendus peu importe les positions que prennent les femmes, elles vont légèrement déplier les jambes pour me laisser poser mon capteur, mais dans la mesure où l'écoute ne dure qu'une minute ce n'est pas trop déranger pour elles »*. Pour réaliser l'auscultation intermittente, les sages-femmes utilisaient surtout des doppler portables, qui sont pour la majorité étanches et peuvent donc aussi être utilisés dans la baignoire.

Certaines sages-femmes utilisaient le monitoring pour effectuer l'AI, car les protocoles hospitaliers demandent, la plupart du temps, d'avoir une trace écrite des enregistrements. La SF4 expliquait : *« L'hôpital me demande d'avoir une trace écrite en phase active, donc j'utilise le monitoring. Les femmes ont comme des « gaines gersées » qu'elles mettent autour du ventre, elles gardent la gaine pendant le travail et je glisse les capteurs dedans. Il faut parfois tenir le capteur sinon on n'entend pas très bien, mais comme l'auscultation ne dure qu'une minute et que je reste toujours auprès de la femme, ça ne pose pas problème »*. Pour les SF8 et 9 exerçant en milieu hospitalier les monitorings se faisaient en décubitus latéral, ou sur le ballon afin de bien capter le RCF.

#### b) Les Touchers Vaginaux

Parmi les 12 sages-femmes interrogées, 10 déclaraient réaliser le TV dans la position où se trouvait la femme. Seulement deux sage-femmes demandaient aux parturientes de prendre une position particulière pour l'examen (DD ou DL).

La réalisation du TV en position autre que gynécologique était plus difficile pour certaines sages-femmes. Ainsi, pour avoir un examen le plus fiable possible, certaines demandaient à leurs patientes de se mettre sur le dos pour l'examen : « *en position autre que gynécologique, je n'arrive pas à comprendre ce que je sens, mon examen sera moins fiable que si la femme est sur le dos* », « *comme je leur demande de se rallonger parfois les femmes ne veulent finalement plus du TV, quand c'était une demande de leur part* » (SF6). « *Pour les TV j'essaie de m'adapter aux positions mais c'est difficile car ce ne sont pas les mêmes repères. Pour la dilatation ça va, mais pour l'engagement du bébé et sa position c'est plus difficile, donc à ce moment-là je fais les TV en décubitus dorsal, mais j'essaie toujours quand même* » (SF10).

Cependant, la majorité des sages-femmes arrivaient à s'adapter aux positions prises par les femmes pour réaliser les TV. Pour la SF1, il fallait : « *laisser ses doigts un moment pour prendre ses repères, c'est un autoapprentissage rapide et facile* ». Pour la SF5 : « *les repères sont différents, à quatre pattes l'axe n'est pas le même, c'est particulier mais si on prend son temps pour retrouver ses repères, on y arrive* ».

#### 4) Adapter ses gestes lors de l'accouchement naturel

Lors de l'accouchement naturel, la sage-femme doit adapter sa gestion de l'expulsion au fait que la femme ne bénéficie pas d'analgésie péridurale.

##### a) Gestion des Efforts Expulsifs

Lors de l'accouchement naturel, les efforts expulsifs (EE) étaient peu guidés par les sages-femmes : seulement deux sages-femmes ont déclaré les guider. Les EE étaient parfois guidés par les sages-femmes hospitalières. Ces dernières ont expliqué que les protocoles auxquels elles étaient soumises, ne leur autorisaient que 30 minutes d'EE avant de devoir appeler le médecin de garde. La SF9 expliquait : « *les efforts expulsifs ne sont pas forcément guidés au début, mais si le timing se rapproche des 30 minutes, on va les guider* ». Certaines sages-femmes donnaient des indications aux femmes au moment des EE. Pour la SF4 : « *ce que je dis c'est : doucement, souffle-le ton bébé [...], protège ton périnée, laisse-le venir, laisse la contraction amener ton bébé, ça doit brûler mais n'aie pas peur. Par contre, je ne dis pas « pousse, pousse, encore encore », ça c'est seulement quand il y a des anomalies de rythme, quand l'accouchement doit aller vite* ». De la même

manière pour la SF11 : « *si les efforts expulsifs sont trop puissants, je calme la femme pour qu'elle reprenne pied, qu'elle pousse en soufflant* ».

Les sages-femmes ne guidant pas les EE expliquaient: « *Une femme qui accouche sans péridurale sait quand pousser* » (SF4). « *Quand le fœtus arrive sur le périnée, je ne veux pas engendrer une déchirure parce qu'elle m'écoute moi et pas son périnée. A la fin de la poussée je lui dis c'est super, sinon pendant la poussée je ne parle pas* » (SF1). Pour la SF7 : « *C'est très important de ne pas aller à l'encontre du réflexe expulsif. Il ne faut pas remettre les femmes sur le dos quand elles sentent l'envie de pousser et ne surtout pas intervenir au risque de faire remonter le fœtus* ».

#### b) Manceuvres lors de l'expulsion

Concernant l'expulsion, le « hands on » a été employé par six sages-femmes. La SF9 l'a décrit de la manière suivante : « *je maîtrise la vitesse de dégagement de la tête fœtal en maintenant d'une main, la tête fœtale et de l'autre le périnée, dans le but de limiter le risque de déchirure du périnée* ». Pour la SF5 : « *je fais un contre appui pour tenir le périnée, comme ça le bébé rencontre plus de résistance et va donc mieux défléchir sa tête ; ça aide à l'ampliation du périnée. Je ne le fais pas en systématique, ça dépend si le périnée blanchit vraiment trop* ».

La SF1 expliquait utiliser le « hands poised » : « *je mets mes mains contre le périnée, au moment du cercle de feu, pour soulager la douleur grâce à la chaleur de ma main* ». Le « cercle de feu » correspond à une sensation de brûlure intense au moment de l'étirement du périnée permettant le passage du fœtus. Afin de soulager la douleur certaines sages-femmes appliquaient des compresses d'eau chaude sur le périnée.

Enfin, le « hands off » est une technique qu'on employé cinq sages-femmes. Parmi elles, la SF4 déclarait : « *Je me prépare seulement à mettre mes mains pour amortir la chute de bébé. Sans APD la femme sent et contrôle la vitesse du dégagement du fœtus, elle change de position si ça la brûle trop. Ça arrive qu'elles commencent à pousser puisqu'elles changent de position au couronnement (petit ou grand couronnement)* ».

#### c) Position de la sage-femme lors de l'accouchement

Lors de l'expulsion, la sage-femme doit s'adapter aux positions prises par les femmes afin d'accompagner la phase d'expulsion.

Le tableau IV présente ci-dessous les positions prises par les sages-femmes en fonction des postures d'accouchement.

Tableau IV : Position de la Sage-Femme lors de l'accouchement

<i>Position de la Sage-femme par rapport à la parturiente</i>	<i>Accouchement à quatre pattes</i>	<i>Accouchement en DL</i>	<i>Accouchement debout ou accroupi</i>
<i>SF devant la femme</i>	0	2	3
<i>SF derrière la femme</i>	5	2	3
<i>SF sur le côté</i>	2	0	1
<i>La position varie durant l'accouchement</i>	5	8	5

Lors d'un accouchement naturel, la femme est libre de choisir sa position d'accouchement. Les sages-femmes, réalisant du Hands Off, avaient peu de contraintes quelle que soit la position de la femme. Elles laissaient le bébé se poser sur le matelas en cas d'accouchement en décubitus latéral et en cas d'accouchement à quatre pattes, elles mettaient leurs mains au dernier moment, afin d'attraper le bébé. En cas d'accouchement debout ou accroupi, elles pouvaient aussi proposer aux femmes d'attraper elles-mêmes leur bébé. La SF4 expliquait : « *je ne vois pas pourquoi ce serait moi qui toucherais le bébé en premier, s'il va bien je vérifie juste qu'il n'ait pas le cordon autour du cou mais je ne le touche pas, ça c'est quelque chose d'important pour moi* ». « *La femme doit pouvoir rencontrer son bébé et le prendre quand elle est prête, parfois prendre le temps de redescendre d'un cran, revenir à son néocortex...* ».

Les sages-femmes qui contrôlaient l'ampliation du périnée et la vitesse de dégagement du mobile fœtal, avaient, quant à elles, plus de contraintes pour se positionner et positionner leurs mains (les repères ne sont pas les mêmes). La SF12 expliquait : « *J'essaie de me mettre en position confortable pour pouvoir attendre sans me fatiguer, sinon je pense que j'aurais tendance à vouloir intervenir inconsciemment* ». Lorsque les sages-femmes ont été interrogées sur les positions qu'elles prenaient au moment de l'expulsion, elles déclaraient ne pas réfléchir et se positionner naturellement, comme la SF11 l'a expliqué : « *j'écoute mon corps et je me place en fonction* ». Les sages-femmes se mettaient plutôt devant ou derrière la patiente, en fonction de la position prise et étaient la plupart du temps à genoux, assises en tailleur par terre ou accroupies.

L'accouchement naturel pouvait avoir lieu sur une table d'accouchement, sur une combi track, un tabouret d'accouchement, un lit etc. Le matériel (ciseaux, clamps, pinces ...) était disposé sur le matelas ou par terre, à proximité en cas de besoin. En milieu hospitalier, les sages-femmes veillaient à ce que la sonnette soit également à proximité.

La position de la femme autre que gynécologique au moment de l'accouchement pose la question de la gestion des situations d'urgence, comme une dystocie des épaules. Les sages-femmes interrogées expliquaient que cela n'était pas plus compliqué puisque les femmes peuvent bouger et donc rapidement se mettre sur le dos en cas de manœuvres (SF10). La SF9 déclarait : « *J'essaie de m'installer confortablement quelle que soit la position prise par la femme pour pouvoir gérer le dégagement des épaules si besoin* ». De plus, une sage-femme expliquait que parfois, les femmes sentent la position qui peut décoincer les épaules : « *certaines passent spontanément à quatre pattes et cela débloque la situation* » (SF5). Les positions utilisées par certaines sages-femmes lors de la dystocie des épaules sont la position quatre pattes : manœuvre de Gaskin ou la « position du coureur » quatre pattes avec une jambe semi-relevée.

#### d) Gestion de la délivrance

Sur 12 sages-femmes interrogées, neuf proposaient aux femmes de s'allonger pour la délivrance. Pour la SF5 : « *Les femmes ont besoin de se reposer après l'effort intense qu'elles ont fourni et je trouve qu'elles sont plus en sécurité en cas de malaise vagal ou d'hémorragie* ». La SF10 expliquait : « *C'est plus propre, je demande à la femme de se mettre sur la table d'accouchement et je place le sac de recueil, comme ça si jamais il y a une hémorragie on peut réagir rapidement, la femme est bien installée* ».

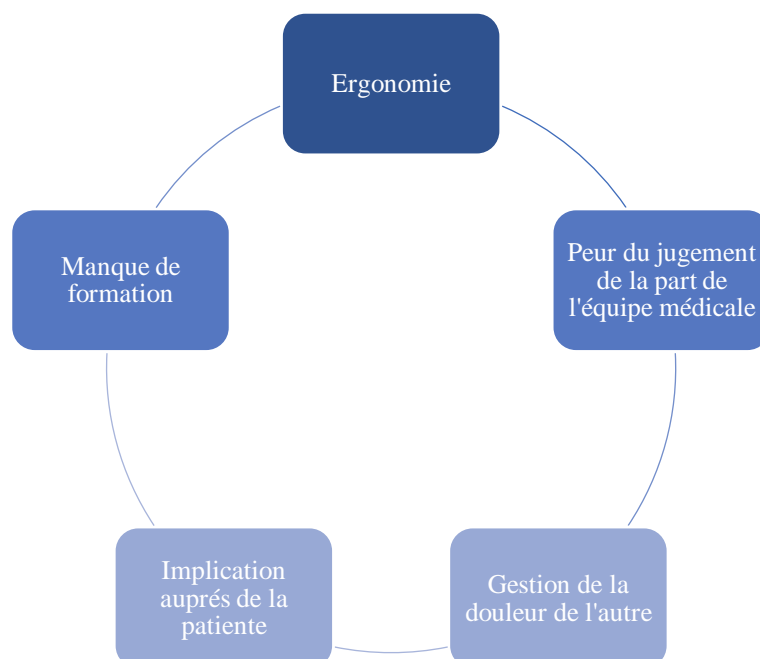
Cependant, certaines sages-femmes proposaient aux femmes d'utiliser la gravité pour favoriser la délivrance :

- « *Si la femme n'est pas trop fatiguée je lui propose de se mettre debout et d'attraper son placenta* » (SF6).
- « *Quand le placenta vient, je mets un bassin sous la femme qui pousse debout ou accroupie. Si la délivrance tarde, je propose à la femme de se lever et d'aller faire pipi et généralement, le fait qu'elle se soit mobilisée fait venir le placenta* » (SF1).
- « *Si le placenta ne vient pas, je lui demande de s'accroupir pour que la gravité aide le placenta à se décoller ; la plupart du temps ça suffit* » (SF4).

Sur les 12 sages-femmes interrogées, trois effectuaient une délivrance dirigée, quatre réalisaient une délivrance naturelle ou spontanée et cinq laissaient la patiente choisir. La SF6 expliquait : « *la délivrance naturelle est le plus souvent ce qui correspond aux attentes des femmes ayant ce projet d'accouchement naturel* ». D'une manière générale, lorsque la délivrance était « naturelle » ou « spontanée », les sages-femmes n'étaient pas actives lors de cette phase et intervenaient le moins possible. Afin de favoriser la sécrétion d'ocytocine et donc la délivrance placentaire : le calme, l'intimité, la chaleur, l'obscurité étaient de nouveau requis. Selon la SF7 : « *La femme peut ressentir le besoin de pousser et de changer de position, d'utiliser la gravité pour expulser le placenta* ». Ainsi, la délivrance était dite « spontanée ». Les quatre sages-femmes pratiquant la délivrance naturelle ou spontanée s'adaptaient aux besoins de la femme. Si celle-ci était fatiguée et ne souhaitait pas se verticaliser, la délivrance était faite par une légère traction sur le cordon. La délivrance était alors dite « naturelle ». Si le placenta tardait à se détacher alors la sage-femme demandait à la femme de se verticaliser.

Les positions prises par les femmes ne permettaient pas l'utilisation d'un sac de recueil. Afin de quantifier les pertes sanguines, les sages-femmes utilisaient des champs et des alèses pendant l'accouchement. Les alèses étaient pesées en cas de saignements subnormaux. Le sac de recueil était utilisé une fois que la femme se rallongeait au moment de la délivrance.

### **III. Freins et difficultés rencontrés par les sages-femmes**



A la question : « *Considérez-vous qu'un accouchement dans une position autre que gynécologique est plus difficile à réaliser pour la sage-femme ?* », les sages-femmes ont mis en évidence des difficultés notamment en termes d'ergonomie :

- Pour la SF1 : *« si je devais travailler à l'hôpital et faire 2-3 accouchements par jour où je suis à genoux, je pense qu'à 40 ans ce serait compliqué, mais en faisant quelques accouchements dans le mois, c'est gérable. Il faut y penser, s'il y a toujours aussi peu de sage-femme en salle de naissance et que toutes les femmes veulent un accouchement naturel, je pense qu'ergonomiquement ce sera compliqué ou bien il faudrait des lits d'accouchements en hauteur, pour qu'on puisse être autour et pas assises par terre ».*
- Pour la SF5 : *« lors d'accouchement postural en plaisantant je leur dis que je vais leur facturer un forfait ostéopathe ; on est très impliquées et on se mobilise beaucoup ».*
- Pour la SF12 : *« on a plus mal au dos, mais il faut apprendre à écouter notre corps et à prendre des positions plus confortables pour nous même ».*
- Pour la SF8 exerçant en milieu hospitalier : *« on n'est pas à l'aise pour se placer, on ne sait pas trop comment se mettre, on va avoir des positions peu ergonomiques et moins confortables, on a le dos en compote après ».* *« La position gynécologique est plus confortable pour la sage-femme, je ne le cache pas, c'est ce qu'on fait le plus souvent à l'hôpital donc on est plus à l'aise quand la femme est en position gynéco ».*

La deuxième difficulté soulevée était la peur du jugement de la part de l'équipe médicale. En effet, ces méthodes de travail sortent du schéma conventionnel.

- La SF9 expliquait : *« Le fait de faire des accouchements dans des positions variables ce n'est pas plus difficile, mais c'est l'environnement autour qui n'est pas évident. Il faut avoir une équipe qui approuve ce mode d'accouchement, avec certaines personnes, on se sent plus ou moins soutenue. Pour certains, ce n'est pas évident de changer ses habitudes de travail quand ça fonctionne bien. L'installation est plus compliquée et moins confortable pour nous. S'il y a une situation d'urgence, on est plus facilement dépourvue. Je sais que si quelqu'un rentre dans le box, je vais avoir une remarque sur la position donc je réfléchis toujours à une solution de repli sur le dos rapide ».*
- Pour la SF8 : *« ce n'est pas facile de changer les habitudes de service, cela rajoute aussi du travail pour le ménage car c'est moins propre d'où la réticence de certains membres du personnel à l'hôpital ».*

- La SF10 témoignait : « *Encore maintenant, je passe pour la sage-femme qui fait des choses un peu bizarres, par mes collègues ou même les étudiantes* » ; *ce n'est pas habituel d'accoucher des femmes dans d'autres positions qu'en décubitus dorsal.* »
- Pour la SF12 : « *Pour moi le plus difficile dans le suivi global, c'est sortir du moule hospitalier et de se sentir marginalisée dans notre pratique. J'aimerais bien, à terme, accompagner des accouchements à domicile mais je ne le ferais pas dans le climat actuel, tant que l'accouchement à domicile ne sera pas favorisé en France* ».

Gérer la douleur de la femme était également une difficulté soulevée par les sages-femmes. Pour la SF8 : « *c'est plus difficile et prenant émotionnellement car on est plus impliquées, on doit supporter et gérer la douleur de la femme* ». Pour la SF11 : « *La phase de désespérance est particulièrement difficile à gérer, faire face à la femme qui commence à perdre pied, qui demande la péridurale [...] savoir quoi lui proposer, faire la différence entre douleur et souffrance, [...] on a envie de tout faire pour la soulager vite alors qu'il faut savoir pousser la femme pour qu'elle arrive à aboutir à son projet [...], il faut avoir des armes pour gérer cette phase* ».

L'implication exigée et le temps de présence sont des problématiques qui ont été soulevées par les sages-femmes hospitalières. Pour la SF8 : « *si on doit s'occuper de 3-4 femmes en même temps, on ne peut pas accompagner convenablement les femmes* ». Pour la SF9 : « *accompagner un accouchement naturel, ça puise beaucoup, tout comme nos conditions de travail à l'hôpital, si on est sur une garde chargée où on doit avoir une disponibilité mentale très forte, c'est compliqué d'être disponible pour la femme* ».

Afin d'accompagner des accouchements naturels, six sages-femmes ont rapporté un besoin de connaissances complémentaires à la formation initiale de sage-femme.

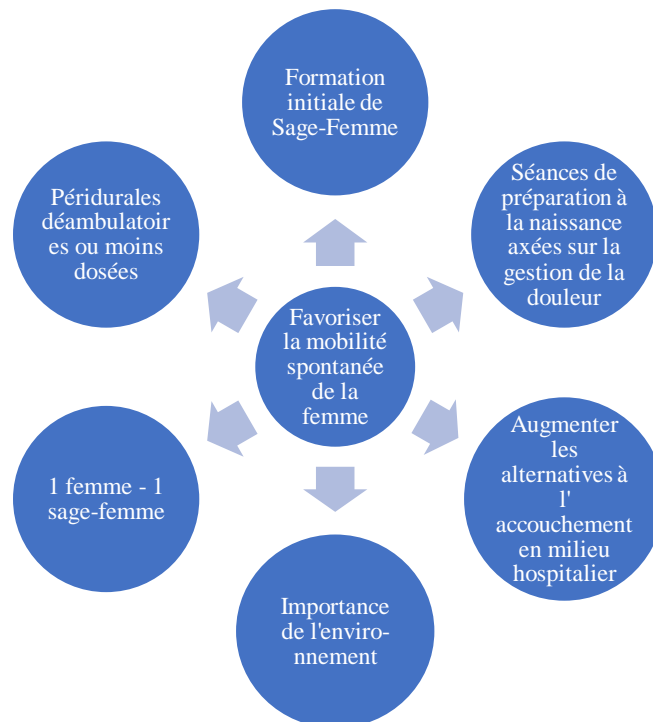
- Pour la SF12 : « *Quand je gérais les accouchements sans péridurale à l'hôpital, je me sentais impuissante car je n'avais pas d'arme pour accompagner les patientes, on n'est pas formé à l'école pour gérer ça. Il y a des choses que j'ai apprises uniquement depuis que je suis libérale, notamment le rôle des hormones. En sortant de l'école, j'étais capable de gérer une hémorragie, un diabète, une prééclampsie ; par contre, comment favoriser la mécanique de l'accouchement, comment gérer la douleur (etc.) je n'avais aucune notion. J'ai l'impression d'avoir découvert la physiologie de l'accouchement quand j'ai commencé l'accompagnement global et quand j'ai moi-même accouché* ».



- Selon la SF3 : « les observations de la femme et les phases de l'accouchement naturel devraient être enseignées ; je suis sortie de l'école et quand j'ai découvert à travers mes lectures ce que c'était vraiment qu'un accouchement, je me suis dit : mais pourquoi je ne savais pas tout ça ? Pourquoi je découvre ça que maintenant ? ».
- Pour la SF4 : « réfléchir la mécanique d'accouchement, dans une position autre que couchée sur le dos, la première fois que tu as une dame qui va accoucher autrement tu peux te dire mais comment va sortir l'enfant ? dans quel sens ? si je dois faire un geste comment je vais m'y prendre ? ».

Les connaissances recherchées par les sages-femmes étaient : les notions physiques et psychiques de l'accouchement naturel, les états modifiés de conscience, les alternatives au TV, la place de la sage-femme, comment favoriser la mécanique de l'accouchement et désapprendre le « systématique ». Face à ce besoin d'en apprendre davantage sur l'accouchement naturel, certaines sages-femmes ont accompagné notamment celles pratiquant l'accouchement à domicile comme en témoignait la SF7 : « Moi c'est le compagnonnage qui m'a formée, j'ai tout appris sur le terrain ».

#### **IV. Solutions afin de favoriser la mobilité spontanée de la femme**



Selon les sages-femmes interrogées, afin de favoriser la mobilité de la femme au moment de l'accouchement, il est nécessaire de permettre aux sages-femmes d'avoir des outils sur la gestion de la douleur dès la formation initiale. Pour la SF5 : « Si quand tu es

*en stage, tu ne vois pratiquer que d'une seule façon, que des accouchements sous péridurale, tu ne peux pas être formé à la gestion de la douleur ». Pour la SF7 : « La douleur peut bloquer l'avancée du travail donc il faut savoir la prendre en charge ».*

De même, les sages-femmes ont soulevé le fait que l'accouchement en position alternative pourrait être abordé et pratiqué à l'école de sage-femme. Pour la SF12 : *« les étudiantes reproduisent ce qu'elles ont vu en stage donc si elles ne voient jamais d'accouchement en positions alternatives, elles n'en feront pas ! Il faudrait permettre aux étudiantes de faire leurs armes sur des positions intermédiaires. La première fois qu'elles vont innover, elles seront seules. C'est normal que ça fasse peur, donc c'est pour ça que ça doit s'apprendre quand on a du monde autour de nous, tant qu'on est étudiantes et pas toutes seules une fois qu'on est diplômées ».* Pour la SF4 : *« quand tu as accompagné plusieurs accouchements et que tu comprends comment le bébé va sortir, une fois que tu le visualises bien, tu te sens plus rassurée, plus à l'aise ».*

De plus, certaines sages-femmes ont relevé le fait que des séances de préparation à la gestion de la douleur pourraient être bénéfiques à toutes les femmes, même celles souhaitant une APD. Elles expliquaient que la gestion de la douleur était nécessaire à toutes les femmes qui entrent en travail avant de pouvoir bénéficier de l'APD, qui est généralement posée après trois centimètres de dilatation. Les femmes devraient être plus informées sur les bénéfices de la mobilisation durant le travail et le posturage devrait être d'avantage proposé. Pour la SF10 : *« certaines femmes qui ont une péridurale sont demandeuses d'accoucher sur le côté par exemple, je pense qu'il faut tenter, essayer et repasser sur le dos si nécessaire mais il faut au moins le proposer ».* Pour la SF8 : *« La majorité des femmes ne demandent pas à accoucher autrement qu'en position gynécologique, parce qu'elles savent que c'est comme ça à l'hôpital, qu'on va les mettre sur le dos à l'accouchement. Si en préparation à la naissance on leur expliquait qu'il existe d'autres alternatives, peut-être qu'il y aurait plus de demandes ».*

Pour la SF10 : *« la péridurale est un frein à la mobilisation, sans péridurale les femmes sentent les positions que leur corps veut leur faire prendre. Une femme qui aurait le souhait de se mobiliser pour son accouchement, tout en étant soulagée, devrait bénéficier d'une analgésie faiblement dosée ou déambulatoire ».* Ainsi, développer les péridurales déambulatoires permettrait aux femmes qui le souhaitent, de pouvoir se mobiliser davantage.

L'ouverture de plus de plateaux techniques et maisons de naissances pourrait également répondre à la demande croissante d'accouchements naturels. La SF7 expliquait : « *Je freine mon activité parce que j'ai trop de travail : je refuse parfois 20 femmes par mois. Il y a une forte demande, mais peut être que ces femmes en maternité pourraient accéder au respect de leur projet de naissance si les sages-femmes étaient formées à ça* ».

L'environnement est lui aussi important pour que la femme se sente rassurée et puisse créer sa bulle. Pour la SF8 : « *l'univers cosy est important pour l'accouchement, la froideur de l'environnement hospitalier, le matériel médical et l'asepsie* » peut avoir un impact sur l'accouchement. Selon la SF7 : « *si la pièce et le sol sont froids la femme n'aura pas envie de déambuler, il faut qu'il fasse au moins 23 degrés, sombre, que l'environnement soit rassurant ; il faut conseiller aux femmes de personnaliser la salle* ».

L'équipement de la salle d'accouchement a aussi un impact sur la mobilité des femmes. La présence de chaises d'accouchements, suspensions etc. permettrait de favoriser la mobilité de la femme. Pour la SF4 : « *dans une salle d'accouchement classique sans matériel à disposition, les femmes ont moins envie de bouger. Plus la salle est équipée, plus la femme va se mobiliser.* » Selon la SF11 : « *L'environnement est important ; ce n'est pas la pièce en elle-même, c'est le fait d'arriver à une ambiance chaleureuse pour que les femmes puissent créer leur bulle et écouter leur corps. Il faut savoir être inventif et ça c'est notre rôle de les guider et de leur permettre d'avoir des outils pour gérer leur douleur* ». Ainsi, en proposant des salles équipées avec du matériel permettant à la femme de gérer sa douleur, la mobilité serait favorisée.

Les SF1 et 10 ont soulevé un autre frein à la mobilisation : la place centrale du lit dans la salle d'accouchement. La SF1 expliquait : « *avoir un lit au milieu d'une pièce c'est une sorte d'injonction implicite pour la femme d'aller se mettre sur ce lit [...] pour moi le lit devrait être sur le côté. Si la femme est tentée de ne pas bouger elle va avoir mal et demander une péridurale alors que si elle avait continué à bouger, elle aurait réussi à gérer ses CU* ».

Pour la SF3, le fait de pouvoir être une sage-femme pour une femme, permettrait de mieux répondre aux projets de naissance des femmes à l'hôpital : « *Quand on fait 10 naissances en 10 heures, on accouche juste les femmes et ça s'arrête là* », « *Déjà qu'on a du mal à faire des surveillances adéquates alors posturer voilà...* ».

# **Discussion**

## **I. Atteinte des objectifs**

Les témoignages, recueillis lors des entretiens, ont permis aux sages-femmes de partager leurs pratiques concernant l'accompagnement de l'accouchement naturel. Ainsi, les entretiens ont permis de répondre à l'objectif principal de l'étude qui était d'analyser comment les sages-femmes s'adaptent aux positions prises par les femmes durant le travail et l'accouchement. Les sages-femmes interrogées privilégient des techniques alternatives comme ; l'auscultation intermittente et l'observation du comportement de la femme, afin de s'assurer du bien être maternel et fœtal tout en laissant aux parturientes une liberté posturale. Ces méthodes de surveillance sont peu invasives et permettent aux femmes de rester concentrées sur la gestion de la douleur. En effet, les auscultations sont réalisées dans la position adoptée par la femme. Les touchers vaginaux sont peu nombreux et ne sont pas obligatoirement réalisés dans une position gynécologique. Durant l'accouchement, les sages-femmes adaptent leurs interventions et leurs postures aux positions que prennent spontanément par les femmes. Les sages-femmes ont cependant soulevé la difficulté en termes d'ergonomie que cela représentait.

Les témoignages recueillis ont également permis de répondre aux objectifs secondaires qui étaient notamment de déterminer comment les sages-femmes parvenaient à s'assurer du bon déroulement du travail, quelle que soit la position prise par la femme durant le travail et l'accouchement. Les sages-femmes ont partagé leurs compétences concernant l'observation de la femme lors de l'accouchement naturel, et leur interprétation clinique quant au déroulement du travail. Enfin, les sages-femmes ont échangé au sujet de stratégies posturales permettant, selon elles, de favoriser le déroulement du travail. Elles ont également mis en évidence certains freins et difficultés, concernant la mobilisation des femmes.

## **II. Limites de l'étude**

Il semblait pertinent d'interroger des sages-femmes ayant des pratiques différentes, afin d'évaluer l'influence de l'environnement sur l'accompagnement de l'accouchement naturel. Il a donc été choisi d'interroger des sages-femmes accompagnant des accouchements naturels en plateau technique, à domicile, en maison de naissance et

en milieu hospitalier. Cependant, la multiplicité des pratiques a imposé de limiter le nombre de participants à l'étude. De fait, le travail de recherche se trouve impacté, en raison du temps nécessaire à la conduite de chaque entretien (une heure environ). L'échantillon étudié reste limité, ce qui interroge sur la représentativité de l'étude.

Les sages-femmes hospitalières ont été sollicitées pour participer à l'étude en fonction de leur potentiel intérêt pour le sujet, ce qui représente un biais de sélection, puisque des sages-femmes moins à l'aise avec le sujet n'ont pas témoigné dans l'étude. Il aurait pu être intéressant d'avoir un échantillon de sages-femmes hospitalières plus important, afin d'avoir davantage de données exploitables dans l'analyse de l'accompagnement de l'accouchement naturel en milieu hospitalier. En ayant un échantillon de sages-femmes hospitalières plus important, il aurait aussi pu être intéressant de comparer les pratiques en maternité de type 1, 2 et 3, afin de savoir s'il existe une différence dans l'accompagnement en fonction du type de maternité.

De plus, parmi l'échantillon de sages-femmes interrogées, aucune sage-femme exerçant en maison de naissance n'a répondu favorablement à la demande d'entretien.

### **III. Points forts de l'étude**

La qualité des entretiens durant en moyenne une heure et la pertinence des témoignages riches, délivrés par les sages-femmes interrogées, ont permis de répondre aux objectifs de l'étude. Douze entretiens ont pu être effectués avec une population représentative de différentes régions de France et de plusieurs pratiques : hospitalière et libérale avec une pratique d'accouchements à domicile ou en plateau technique. Ainsi, la variété de la population fait la richesse de l'étude.

### **IV. Comparaison des résultats avec les données de la littérature**

#### **1) Adapter ses pratiques aux postures prises par les femmes**

##### **a) Durant le travail**

Les 12 sages-femmes interrogées ont expliqué qu'elles adaptaient leur pratique durant le travail en fonction des positions prises par les femmes. Ceci passe notamment par le fait de privilégier l'auscultation intermittente au monitoring continu. Sur les trois

sages-femmes hospitalières interrogées, toutes ont déclaré utiliser l'auscultation intermittente afin d'assurer la surveillance fœtale chez des femmes souhaitant accoucher sans APD. Cependant, l'échantillon très faible de sages-femmes hospitalières interrogées ne permet pas d'avoir des résultats représentatifs de la population hospitalière générale. Ainsi, on peut s'intéresser à d'autres études menées sur des échantillons plus larges comme le mémoire de fin d'études de G. Foret en 2018, intitulé : « *Le suivi clinique du travail des parturientes sans analgésie péridurale : quelles pratiques ?* ». G. Foret a étudié 100 dossiers de femmes, accouchant sans APD, en maternité de type 2 et 3. Ses résultats montrent que les sages-femmes hospitalières essaient de moins médicaliser l'accouchement lorsque la femme souhaite un accouchement naturel puisque la surveillance était intermittente dans 32% des cas. Cependant, dans 68% des cas la surveillance était continue chez des femmes ne bénéficiant pas d'APD (59).

En 2013, C. Kraemer dans son mémoire intitulé : « *Les salles physiologiques l'accompagnement d'un accouchement naturel* » s'est intéressée à la satisfaction des femmes accouchant au sein de salles natures. Ses résultats montrent que, pour les femmes, la liberté posturale passe notamment par la réalisation d'un monitoring discontinu. Sur les 13 entretiens réalisés par C. Kraemer, trois femmes ont considéré ne pas avoir bénéficié d'une « liberté posturale » durant leur travail. Les femmes déclaraient avoir été gênées et contraintes à rester allonger à cause du monitoring (60). Il semblerait donc que la pratique de l'auscultation intermittente soit un critère important de satisfaction, quant à l'accompagnement de l'accouchement naturel. Si cela s'avère facilement praticable pour des sages-femmes assurant un accompagnement global de la naissance, cela s'avère être parfois plus compliqué en milieu hospitalier, puisque ces méthodes de surveillance nécessitent, comme le mentionnent les recommandations de la HAS, d'avoir « *un effectif suffisant (à savoir un praticien par femme), dans le cadre de l'accompagnement de la physiologie de l'accouchement d'une femme à bas risque obstétrical et en dehors de toute anomalie survenue pendant le travail [...]* » (12).

Concernant les méthodes utilisées afin de s'assurer de l'avancée du travail, la SF1 expliquait : « *parfois je n'ai pas besoin de faire de TV car je suis l'avancée du mobile fœtal grâce à mes observations* ». En effet, nous constatons que la majorité des sages-femmes interrogées, pratiquant l'accouchement à domicile ou en plateau technique, n'utilisaient pas le toucher vaginal comme principal outil de surveillance. Le TV était

principalement réalisé sur demande de la femme ou en cas de suspicion de stagnation. Des méthodes alternatives étaient privilégiées par les sages-femmes comme l'observation du comportement de la femme, ce qui leur permettait d'avoir des informations concernant l'avancée du travail, sans avoir à examiner la femme. Grâce à leur expérience professionnelle, les sages-femmes ayant l'habitude d'accompagner des naissances naturelles ont développé des capacités d'analyse du comportement de la femme. L'analyse des postures, des vocalises, de la ligne violette ou encore des mouvements du bassin permettaient aux sages-femmes de s'assurer de l'avancée du travail. Cependant, ces méthodes sont subjectives et personnelles, elles exigent d'avoir un opérateur expérimenté et leur fiabilité reste à démontrer.

Nous remarquons que les sages femmes hospitalières utilisaient principalement le TV, afin de surveiller l'avancée du travail. La SF10 disait « *J'utilise surtout le Toucher Vaginal pour surveiller l'avancée du travail et un peu d'observation notamment la respiration et la déconnexion de la femme* ». Nous pouvons soulever plusieurs hypothèses pour expliquer la place importante du TV dans les pratiques des sages-femmes hospitalières. En premier lieu, les recommandations sur l'accouchement normal de la HAS sont relativement récentes, les pratiques des sages-femmes se modifient peu à peu sur le terrain. Des habitudes sont encore encrées dans les pratiques professionnelles. De plus, les sages-femmes hospitalières doivent prendre en charge plusieurs patientes en même temps, donc qu'elles n'ont pas la possibilité de rester auprès de la femme autant de temps que des sages-femmes pratiquant le « one to one ». G. Foret s'est intéressée à l'intervalle des TV chez des femmes souhaitant accoucher sans APD en milieu hospitalier. Dans son étude réalisée en 2018, il était constaté que les sages-femmes adaptent, pour la plupart, leur pratique selon que la femme bénéficie ou non d'une analgésie péridurale. En effet, le TV était réalisé toutes les heures chez 37% des femmes sans APD ; ce taux s'élevait à 66% chez des femmes bénéficiant d'une APD (59). Ainsi, une majorité de sages-femmes hospitalières conserve le Toucher Vaginal comme moyen de surveillance principal mais une partie de professionnels choisit néanmoins de ne pas réaliser de TV toutes les heures chez une femme sans APD (61). Cependant, nous constatons que l'intervalle entre chaque TV reste très fréquent contrairement à ce que recommande la HAS : proposer un TV toutes les deux à quatre heures ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel (12).

## b) Durant l'accouchement

### → Gestion des efforts expulsifs et impact de la poussée dirigée lors de l'AN

Le fait de diriger les efforts expulsifs lors de l'accouchement naturel pourrait, selon certaines sages-femmes, altérer le bon déroulement de l'accouchement. Pour la SF1 : « *Quand le fœtus arrive sur le périnée, je ne veux pas engendrer une déchirure parce qu'elle m'écoute moi et pas son périnée* ». Pour la SF7 : « *C'est très important de ne pas aller à l'encontre du réflexe expulsif, il ne faut pas remettre les femmes sur le dos quand elles sentent l'envie de pousser et ne surtout pas intervenir au risque de faire remonter le fœtus* ». Les sages-femmes ne guidant pas les efforts expulsifs expliquaient qu'il ne fallait pas aller à l'encontre du réflexe expulsif, laisser la femme pousser lorsqu'elle sentait que c'est le bon moment. Ainsi, intervenir lors de cette phase, engendrerait plus d'instrumentalisation et plus de déchirures selon certains témoignages. Pourtant, les résultats de la revue de la Cochrane ne retrouvaient pas de différence significative concernant la durée du deuxième stade du travail, les déchirures périnéales, le score d'APGAR à la naissance, etc. entre les femmes ayant poussé spontanément et celles ayant poussé de manière dirigée. Ainsi, la HAS n'a pas émis de recommandations sur la façon de diriger ou non les efforts expulsifs (62). Puisque la poussée dirigée ne semble pas être plus bénéfique que la poussée spontanée, il paraît intéressant, lors d'un accouchement naturel, de ne pas intervenir dans ce processus physiologique de poussée afin de continuer à laisser la femme actrice de son accouchement.

### → Technique de dégagement de la tête fœtale

Les techniques de dégagement varient en fonction des sages-femmes. Cinq sages-femmes utilisaient le « hands off » au moment de l'accouchement naturel. Pour la SF4 : « *sans péridurale, la femme sent et contrôle la vitesse du dégagement du fœtus, elle change de position si ça la brûle trop* ». Ainsi, les sages-femmes expliquaient qu'en accouchant sans APD les femmes arrivaient à contrôler leur poussée. Le « cercle de feu » est décrit par les femmes comme étant une sensation de brûlure périnéale lors du passage de la tête de leur enfant (63). Le cercle de feu, lié à l'ampliation du périnée au moment du couronnement de la tête fœtal, est très douloureux ; il permettrait aux femmes de ralentir les efforts expulsifs afin de permettre au périnée de s'amplifier progressivement. Dans la littérature scientifique, les études comparant les techniques « Hands on » et « Hands off » montraient des résultats contradictoires. Selon les recommandations du



CNGOF : « *le contrôle manuel du dégagement de la présentation et le soutien du périnée postérieur, lors de l'expulsion semblent diminuer le taux de LOSA (Lésions Obstétricales du Sphincter de l'Anus) et c'est pour cela qu'il est recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur* » (64). Cependant, une étude récente de Pierce-Williams et al., publiée en 2019, laissait apparaître d'autres résultats. L'incidence de déchirures périnéales sévères était similaire entre les groupes « hands on » et « hands off ». Il n'y avait pas de différence significative concernant l'incidence de périnée intact, de déchirures du premier, deuxième et du quatrième degré. La technique « hands on » était associée à un risque accru de lacérations au troisième degré (2,6 vs 0,7 % dans le groupe hands off) et d'épisiotomie (13,6 vs 9,8 % dans le groupe hands off) (65). Cependant, en France où la technique « hands on » est très majoritairement utilisée, les déchirures du troisième et quatrième degrés sont plus faibles que dans les pays utilisant la technique hands off (12). Ces études ont, pour la plupart, été réalisées chez des femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale. Il semblerait intéressant d'effectuer des études chez des femmes accouchant naturellement, afin d'évaluer l'impact réel des pratiques des sages-femmes au moment de l'expulsion.

#### → Positions durant le travail et l'accouchement

Toutes les sages-femmes interrogées ont déclaré s'adapter aux positions prises par les femmes durant le travail et l'accouchement. Cependant, les résultats de l'enquête périnatale de 2016 montraient qu'au moment de l'expulsion 95,5% des femmes étaient en position gynécologique. Dans son mémoire de fin d'études G. Foret, retrouvait les résultats suivants : sur 100 accouchements sans APD en milieu hospitalier, 91% avaient été réalisés en position gynécologique (59). Ainsi, on peut s'interroger sur la liberté posturale de la femme qui accouche naturellement en milieu hospitalier.

Ceci peut s'expliquer par le manque d'adhésion et le manque de soutien de la part de certains membres des équipes hospitalières. La SF9 expliquait : « *Il faut avoir une équipe qui approuve ce mode d'accouchement, avec certaines personnes, on se sent plus ou moins soutenue* », « *Je sais que si quelqu'un rentre dans le box, je vais avoir une remarque sur la position ...* ». Un travail d'équipe et des formations collectives seraient nécessaires afin de permettre aux femmes d'avoir davantage de liberté posturale au moment de l'accouchement.

## → Délivrance

Sur 12 sages-femmes interrogées, seulement trois réalisaient des délivrances dirigées systématiquement à accouchement. Cette faible proportion d'administration prophylactique d'oxytocine (APO) peut interroger puisque les recommandations actuelles de la HAS sont de réaliser une APO de 5 à 10 UI pour prévenir l'HDD après un accouchement par voie basse. Les sages-femmes ne suivant pas les recommandations de la HAS expliquaient que « *la délivrance naturelle est le plus souvent ce qui correspond aux attentes des femmes ayant ce projet d'accouchement naturel* » (SF6).

L'intérêt de réaliser une délivrance dirigée dans un contexte d'accouchement naturel chez des femmes à bas risques peut interroger. Une récente méta-analyse de la Cochrane publiée en 2019 retrouvait les résultats suivants : pour toutes les femmes, quel que soit leur risque de saignement grave, la prise en charge active permet, en cas d'hémorragie, de réduire les saignements graves (> 1L), l'anémie maternelle et le taux de transfusions. Cependant, elle peut aussi réduire le poids du nouveau-né à la naissance, augmenter la tension artérielle de la mère, les douleurs dans le post-partum, les vomissements et le nombre de femmes qui retournent à l'hôpital avec des saignements. Selon la Cochrane : « *étant donné les préoccupations relatives au clampage précoce du cordon et aux effets indésirables potentiels de certains médicaments utéro toniques, il est à présent essentiel d'évaluer chaque composante de la délivrance dirigée* » (66).

Parmi les sages-femmes interrogées lors de l'étude, cinq d'entre elles délivraient aux patientes une information éclairée concernant les bénéfices et les risques de la délivrance naturelle ou spontanée. Après avoir été informées, les femmes prenaient de manière autonome la décision concernant la gestion de la délivrance. Il paraît intéressant de ne pas imposer aux femmes une pratique systématique mais de leur laisser la possibilité de choisir après avoir eu une information éclairée.

## 2) Rôle de la SF durant l'accouchement naturel

### → L'importance de l'accompagnement lors de l'accouchement naturel

Les sages-femmes libérales interrogées au cours de l'étude soulevaient la volonté de la part des femmes d'avoir un suivi personnalisé et un soutien particulier lors de l'accouchement naturel. Dans son mémoire de fin d'études, E. Vitrai retrouvait également ces résultats. Les trois critères les plus recherchés par les patientes, au sujet de

l'accompagnement global étaient : un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement, un accouchement avec le moins possible de médicalisation ainsi que le respect du projet de naissance. Les motivations suivantes étaient retrouvées : l'intimité, la qualité de la relation avec la sage-femme, un accompagnement personnalisé et une liberté pendant l'accouchement (position, mouvement...) (19).

→ Accompagner et guider les femmes

Parmi les pratiques des sages-femmes accompagnant l'accouchement naturel, nous retrouvons d'un côté, des sages-femmes disant ne pas intervenir dans le choix des postures durant le travail et l'accouchement comme l'a expliqué la SF9 : « *les femmes trouvent seules les positions qui leur conviennent* ». D'autres sages-femmes expliquaient proposer des positions aux femmes dans certains cas : « *je laisse la femme faire comme elle le sent mais si à un moment elle est perdue alors je l'oriente* » (SF3). C. Kraemer, dans son mémoire de fin d'étude s'est intéressé au point de vue des femmes. Elle retrouve également du côté des patientes, des femmes appréciant être guidées dans la prise de positions durant le travail et d'autres ayant apprécié être à l'écoute de leurs corps en se posturant de manière instinctive (60). Ainsi, il paraît nécessaire prendre en considération les besoins individuels de chaque couple, d'être attentif à leurs besoins au moment de l'accouchement afin de s'adapter aux mieux à leurs attentes.

→ Proposer des techniques posturales pour faire face à certaines situations

La plupart des sages-femmes ayant témoigné disaient proposer aux femmes des solutions en cas de variétés postérieures ou en cas de stagnation du travail. S'il a été prouvé que le changement de position et la déambulation ont un réel intérêt dans la réduction du temps de travail, il n'a cependant pas été mis en évidence l'intérêt d'une position particulière dans la prise en charge d'une stagnation du travail (39,49,67).

Au cours des entretiens, les SF2 et SF5 ont expliqué proposer aux femmes des postures ventres dans le vide durant la fin de la grossesse afin de favoriser la présentation du fœtus dos en avant. Dans la littérature, certains auteurs se sont intéressés au potentiel bénéfique de cette position comme Kariminia et al. dans leur étude publiée en 2004. Les résultats montraient que « *l'exercice ventre dans le vide, avec balancement pelvien à partir de 37 semaines de grossesse jusqu'au début du travail, n'a pas réduit l'incidence de la position postérieure persistante de l'occiput à la naissance* » (68).

Au moment de l'accouchement, huit sages-femmes parmi les 12 interrogées ont déclaré utiliser la position ventre dans le vide afin de faire tourner les variétés postérieures en antérieures. Une méta analyse a été réalisée par Levy et al. sur le sujet et publiée en 2021. Selon cette étude, l'adoption d'une posture à quatre pattes n'augmenterait pas le taux de positionnement antérieur de l'occiput fœtal au moment de l'accouchement (67).

Afin de faire tourner les variétés postérieures, deux sages-femmes déclaraient utiliser la technique du « Relâchement latéral » (SF4 et SF7) et deux autres utilisaient le rebozo. A ce jour, il n'existe pas d'études scientifiques évaluant l'impact de la technique du « Relâchement latéral ». Concernant la pratique du rebozo, nous retrouvons, dans un Journal médical destiné aux professionnels de santé hispaniques appelé « Revista Electrónica de PortalesMedicos », une analyse de la littérature sur le sujet. Selon cette revue de la littérature, le rebozo contribuerait efficacement pendant le travail actif à la rotation fœtale en cas de variétés de présentation postérieures et d'asynclitismes. Il existerait également des résultats positifs dans le soulagement de la douleur ce qui permettrait un recours moindre à l'APD, à l'utilisation d'oxytocine synthétique ou encore à des instrumentations durant l'accouchement (69). Ces résultats sont à interpréter avec prudence car davantage d'études scientifiques seraient nécessaires afin d'évaluer le réel bénéfice du rebozo durant la grossesse et l'accouchement.

Certaines sages-femmes ont expliqué positionner les femmes en décubitus latéral durant le travail, en cas de variété postérieure. Deux sages-femmes ont déclaré utiliser la posture décubitus latéral du côté opposé au plan du dos fœtal (SF4 et SF12). Une étude s'est intéressée à ce sujet, les résultats ne laissaient pas apparaître de bénéfices à la position « DL du côté opposé au dos du fœtus » afin de faire tourner les variétés postérieures. Ces résultats sont en accord avec d'autres essais publiés (70). Cependant, il semblerait que plusieurs études aient retrouvé des résultats positifs concernant l'efficacité de la position « DL du côté homolatéral au dos du fœtus ». Un essai clinique espagnol incluant 120 femmes a évalué l'efficacité de cette position avec une jambe libre maintenue en hyperflexion et rotation interne dans un étrier. Le maintien de la position pendant au moins 40 minutes consécutives entraînait une rotation en variété antérieure dans 50,8% des cas contre 21,7% dans le groupe contrôle ( $p < 0,01$ ) (71). La revue de Ridley a étudié les résultats de cinq essais contrôlés randomisés afin d'évaluer les effets de diverses postures maternelles sur la rotation fœtale en variété antérieure. Les résultats montraient que la posture DL du côté homolatéral au dos du fœtus est recommandée

pendant le travail pour améliorer la rotation des variétés postérieures (VP) (72). Ainsi, selon ces études, il existerait un intérêt à positionner les femmes en DL du côté homolatéral au dos du fœtus avec de faire tourner les VP en antérieure. Ces résultats semblaient peu connus puisqu'aucune sage-femme interrogée dans notre étude n'a mentionné utiliser cette position afin de faire tourner des variétés postérieures. La majorité des sages-femmes utilisaient la position « quatre pattes » qui n'a pourtant montré aucune preuve concernant la rotation des VP. Cependant, davantage de données sont nécessaires afin d'évaluer avec un niveau de preuves satisfaisant l'intérêt des postures dans la rotation des VP. Des études comprenant des échantillons plus importants devraient être réalisées, afin de pouvoir évaluer le réel bénéfice des positions dans la rotation des VP.

Même si l'utilisation de certaines postures n'a pas fait ses preuves, la variation des positions prises durant le travail et la déambulation restent bénéfiques pour la gestion de la douleur et pour la bonne progression de la dilatation (39).

### **3) Freins et difficultés rencontrés par les sages-femmes**

La sage-femme joue un rôle important afin de favoriser la mobilisation durant le travail. Les sages-femmes interrogées lors de l'étude ont soulevé l'importance pour les femmes accouchant sans APD de bénéficier d'un soutien et d'un accompagnement de la part de la sage-femme. Pour la SF5 : « *Parfois ce n'est pas forcément faire quelque chose mais juste « être là », les femmes ont parfois besoin de se sentir en sécurité par notre présence [...]* », « *certaines femmes apprécient qu'on leur propose des choses aux moments où ça devient plus difficile pour elles. Il ne faut pas les abandonner mais les accompagner* ». Cependant, au cours des entretiens, certaines sages-femmes ont soulevé des difficultés, notamment en milieu hospitalier, à accompagner des accouchements naturels puisque la charge de travail est très souvent importante. Dans son mémoire de fin d'études, C. Lucas s'est intéressée à la mobilisation des parturientes accouchant dans une maternité de type 3, durant le premier stade du travail. Elle démontrait dans ses résultats, que la mobilisation des parturientes était, dans la majorité des cas, motivée par un professionnel de santé (65,44%). Parmi les femmes n'ayant pas eu recours à des positions, plus de la moitié déclaraient ne pas avoir eu envie de se mobiliser, alors que 44% d'entre elles auraient souhaité se posturer. Les freins à leur mobilisation étaient principalement liés au manque de temps de professionnels de santé (73). E. Berton, au

cours de ses entretiens auprès de sages-femmes hospitalières, a mis en évidence que la plupart des sages-femmes pensaient que l'accompagnement et la prise en charge seraient plus adéquats si les conditions de travail étaient améliorées. Elle évoquait également un frein pour les sages-femmes lié au manque de formation initiale (74).

Durant les entretiens, six sages-femmes sur douze interrogées ont rapporté un manque de connaissances sur l'accouchement naturel et l'intérêt de la mobilisation au moment de leur formation initiale. La SF12 témoignait : « *Quand je gérais les accouchements sans péridurale à l'hôpital, je me sentais impuissante car je n'avais pas d'arme pour accompagner les patientes, on n'est pas formé à l'école pour gérer ça. En sortant de l'école, j'étais capable de gérer une hémorragie de la délivrance, un diabète [...] ; par contre, comment favoriser la mécanique de l'accouchement, comment gérer la douleur (etc.) je n'avais aucune notion* ».

D. Noirclère, dans son étude publiée en 2010 a mis en évidence que le pourcentage de sages-femmes ayant reçu une information durant leurs études sur l'intérêt de la mobilisation diminuait avec l'ancienneté. Il semblerait donc que les sages-femmes soient de plus en plus sensibilisées durant leurs études à l'intérêt de la mobilisation. De plus, ce sont les sages-femmes les plus jeunes qui utilisaient le plus les salles de pré travail. Concernant les raisons pour lesquelles les sages-femmes ne mobilisaient pas les femmes durant l'accouchement, les motifs suivants étaient mis en avant : charge de travail trop importante, absence de connaissance sur les bénéfices de ces pratiques, manque d'information des femmes sur le sujet, ou encore difficultés à capter le RCF. Enfin, les difficultés rencontrées par les sages-femmes interrogées dans son étude concernaient la protection de la table d'accouchement, la quantification des pertes sanguines, le fait de pouvoir rapidement repasser à une position d'intervention en cas de complication, ou encore trouver sa place en tant que sage-femme (75). La quantification des pertes sanguines a été la difficulté majeure rencontrée par les sages-femmes. Ces résultats peuvent être mis en relation avec la pratique des sages-femmes libérales interrogées lors des entretiens. En effet, la majorité des sages-femmes interrogées expliquaient qu'au moment de l'accouchement, l'utilisation du sac de recueil était rendue difficile compte tenu des diverses positions prises par les femmes. Lors de l'accouchement, la plupart d'entre elles utilisaient donc des garnitures qu'elles pesaient en cas de besoin, afin d'évaluer les pertes sanguines. Ainsi, la quantification des pertes n'a pas été une difficulté soulevée par les sages-femmes interrogées. De même, le retour rapide à une position d'intervention n'était pas, pour la majorité des sages-femmes interrogées, un frein

puisqu'elles expliquaient qu'une femme sans APD, était capable de se mobiliser facilement et donc de revenir rapidement en position gynécologique si besoin (SF10).

#### **4) Solutions afin de favoriser la mobilisation des femmes**

Le manque de formation et la peur du jugement de la part de l'équipe médicale étaient des freins à la mobilisation relevés par les sages-femmes. La SF9 témoignait : *« je sais que si quelqu'un rentre dans le box, je vais avoir une remarque sur la position donc je réfléchis toujours à une solution de repli sur le dos rapide »*. La SF10 racontait : *« encore maintenant je passe pour la sage-femme qui fait des choses un peu bizarres, par mes collègues ou même les étudiantes »*. Dans son mémoire de fin d'étude, E. Berton a mis en évidence qu'au sein de structures hospitalières, le fait d'organiser des formations internes au service concernant les postures, pouvait avoir un impact positif : il y aurait moins de jugement sur le fait de pratiquer autrement. Ainsi, les « mouvements d'équipe » peuvent être une solution pour favoriser cette pratique en milieu hospitalier. E. Berton a proposé des solutions à développer, comme l'aménagement des salles de naissances, le développement des salles natures, l'information antépartum concernant les bénéfices de la mobilisation et le développement de la péridurale ambulatoire. L'importance de la formation initiale et des formations complémentaires a été aussi soulignée dans son étude, de même que les expériences personnelles et professionnelles des sages-femmes (74). C. Lucas, dans son mémoire de fin d'études, a identifié les facteurs influençant positivement le recours à la mobilisation durant le travail comme étant : la présence d'un accompagnant, l'utilisation du matériel et le fait d'avoir reçu une information sur la mobilisation durant la préparation à la naissance (73).

Parmi les freins à la mobilisation, les sages-femmes ont soulevé la perte de mobilité entraînée par l'APD. Selon la SF10 : *« une femme qui aurait le souhait de se mobiliser pour son accouchement tout en étant soulagée par une péridurale devrait bénéficier d'une analgésie faiblement dosée ou déambulatoire »*. L'analgésie péridurale déambulatoire pourrait permettre aux femmes plus de mobilisation durant le travail, elle reste cependant encore très peu utilisée en pratique puisqu'en 2016, elle n'était utilisée que dans 8% des maternités françaises (76). Dans son étude, C. Gunia a mis en évidence des freins à la mise en place de ce type d'analgésie, notamment : une réserve de la part de l'équipe d'anesthésie, des locaux dits inadaptés, une absence de télémétrie sans fil, la peur d'une augmentation de la charge de travail pour l'équipe de sages-femmes (76).

La maternité des Bluets à Paris a recours à ce type d'analgésie et dans son étude E. Aimé a recueilli le retour d'expérience des sages-femmes. Ainsi, selon les sages-femmes des Bluets, l'analgésie déambulatoire ne représentait pas une charge de travail supplémentaire. Selon elles, les patientes prenaient spontanément des positions adaptées et menaient mieux les efforts expulsifs, les altérations du RCF et les difficultés d'engagement leur semblaient moins fréquentes et la satisfaction des patientes était améliorée (77).

## **V. Projet d'action**

Parmi les difficultés rencontrées lors de l'accouchement naturel nous retrouvons un besoin de connaissances complémentaires à la formation initiale de sages-femmes. Ainsi, un projet d'action pourrait être intéressant afin de remédier à cela. En effet, il pourrait être intéressant de proposer durant la formation initiale à l'école de sages-femmes un module « accouchement naturel » dans le cadre des Unités d'Enseignements Complémentaires. Ce module pourrait traiter divers sujets comme les techniques non médicamenteuses de gestion de la douleur (Homéopathie, Sophrologie, Hypnose, Acupression...), les techniques posturales (physiologie et ouverture du bassin), la physiologie de l'accouchement naturel, l'accouchement en position alternative, la gestion de l'urgence en milieu extra hospitalier, ...

Ce module pourrait se faire sous la forme de séances de préparations à la naissance à préparer par les étudiantes sages-femmes. Celles-ci pourraient travailler sur les différents sujets en collaboration avec des sages-femmes pratiquants l'accompagnement global, des kinésithérapeutes pour la physiologie et l'ouverture du bassin, ainsi que divers professionnels (naturopathes, acupuncteurs...). La réalisation de travaux pratiques notamment sur les techniques posturales durant le travail et l'accouchement en position alternative pourrait permettre aux étudiants de mieux visualiser la descente et l'expulsion du fœtus afin d'être plus à l'aise avec cette pratique. Ces travaux pratiques pourraient être filmés puis réutilisés à posteriori au sein de l'école comme support d'information pour les différentes promotions.



## **Conclusion**

L'analyse des pratiques des sages-femmes accompagnants des accouchements naturels a permis de mettre en évidence un principe fondamental : intervenir à bon escient pour ne pas altérer le processus physiologique de l'accouchement. En effet, une femme qui accouche naturellement doit pouvoir se connecter à son cerveau primitif et libérer un cocktail hormonal lui permettant de gérer la douleur, de mettre au monde leur enfant et délivrer le placenta. Ce processus ne doit pas être perturbé par des interventions extérieures qui doivent rester limitées et se faire le plus discrètement possible. Les touchers vaginaux sont peu nombreux, l'auscultation est, si possible discontinuée et les efforts expulsifs peu dirigés. La sage-femme doit développer son sens de l'observation afin de suivre l'avancée du travail : analyser le comportement de la femme, ses postures...

Les sages-femmes s'adaptent à la mobilité de la femme pour réaliser les auscultations du RCF. Les femmes ont une liberté de mouvement, elles écoutent leur corps afin de se positionner. Elles ont aussi parfois besoin d'être guidées à certains moments du travail et certaines positions leur sont proposées en cas de stagnation du travail ou de présentation du fœtus en variété postérieure. Lorsque la réalisation d'un toucher vaginal est nécessaire les sages-femmes arrivent à s'adapter aux positions prises par les femmes et à réaliser l'examen dans la position où se trouve la femme. Ceci demande de l'entraînement pour les sages-femmes car les repères ne sont pas les mêmes. Les interventions durant le travail ne sont pas systématiques, elles sont proposées mais non imposées. La femme est maîtresse des décisions concernant son accouchement. Cependant, les sages-femmes doivent réussir à trouver un équilibre entre la surveillance médicale nécessaire pour assurer une sécurité maternelle et fœtale et le respect des souhaits des femmes.

Les témoignages des sages-femmes ont mis en évidence des freins liés à l'accouchement naturel, que ce soit en termes d'ergonomie mais aussi concernant le manque de formation qui représente une difficulté majeure dans l'accompagnement d'accouchements naturels. La gestion de la douleur de l'autre, l'implication exigée, le manque de soutien par l'équipe professionnelle et la peur du regard des autres sont des difficultés auxquelles les sages femmes doivent faire face.

En somme, malgré cela, l'accompagnement d'un accouchement naturel reste riche et gratifiant pour les sages-femmes. Les professionnelles interrogées ont conscience des bénéfices de la mobilisation de la femme durant le travail et l'accouchement, elles proposent des solutions dans le but de favoriser cette mobilisation. En effet, en 2016, 95,5% des femmes accouchaient en position gynécologique alors qu'aucun bénéfice n'a été démontré quant à l'utilisation de cette position d'accouchement. Sur ce constat, les sages-femmes interrogées préconisaient de renforcer la formation initiale sur les techniques non médicamenteuses de gestion de la douleur. Elles encourageaient également à proposer des mises en situations sur l'accouchement en position alternative à l'école de sages-femmes. Fortes de ces savoirs faire, les sages-femmes seraient plus à l'aise et pourraient permettre aux femmes d'accoucher dans d'autres positions. De plus, développer la péridurale déambulatoire durant le travail pourrait permettre de soulager la douleur des femmes tout en leur permettant de rester mobiles et actives durant leur accouchement.

Dans la littérature, il existe peu de données sur le champ de la physiologie de l'accouchement. Il serait intéressant de s'intéresser aux cascades hormonales mises en jeu dans l'accouchement naturel et leurs impacts sur l'avancée de l'accouchement.

## **Bibliographie**

1. Tanghe P. Il était une fois l'accouchement : évolution des pratiques posturales de la préhistoire à nos jours en Occident. [Mémoire : Sage-femme]. [Rouen]: Université de Rouen; 2020.
2. Haute Autorité de Santé (HAS). Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement [Internet]. has-sante.fr. 2018 [cité 16 mars 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement)
3. Sénat. Pérennisation et généralisation des maisons de naissance [Internet]. senat.fr. 2020 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl19-323.html#timeline-1>
4. Association Professionnelle de l'accouchement accompagné à domicile (APAAD). Sondage IFOP [Internet]. apaad.fr. 2021 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/?p=1568>
5. Morel M-F. Histoire de la naissance en France (xvii<sup>e</sup>-xx<sup>e</sup> siècle). Actualité et dossier en santé publique. 2007;(61/62):22-8.
6. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne SD, Hamlin S, Scheffler M. Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir [Internet]. 2018 [cité 21 mars 2021];30(4):399-417. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/dev.184.0399>
7. Richard-Guerroudj N. Le rôle des sages-femmes, une comparaison : France-Angleterre. Les Tribunes de la Santé [Internet]. 2014 [cité 12 avr 2021];3(44):85-91. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/seve.044.0085>
8. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL). [Internet]. Status de l'ANSFL. 2016 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://ansfl.org/statuts/>
9. Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). Qu'est-ce que le Ciane? [Internet]. ciane.net. 2015 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://ciane.net/ciane/ciane/>
10. APAAD. A propos de nous [Internet]. apaad.fr. [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.apaad.fr/?page\\_id=179](https://www.apaad.fr/?page_id=179)
11. CIANE. Enquête sur les accouchements : respect des souhaits et vécu de l'accouchement, document n°3. [Internet]. CIANE; 2012 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
12. HAS. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. [Internet]. has-sante.fr. 2017 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)

13. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Enquête nationale périnatale : rapport 2016 : les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010. [Internet]. INSERM, DREES; 2017 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf)
14. Collectif National des Sages-Femmes de France (CNSF), Association Nationale des Sages-Femmes Cadres (ANSFC), La Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique (CNEMa), L'Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF), CIANE. Contribution commune : la filière physiologique en obstétrique [Internet]. 2015 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/20844095-Contribution-commune-la-filiere-physiologique-en-obstetrique.html>
15. Article L6112-4. Code de la Santé Publique (2012).
16. Article L6146-1. Code de la Santé Publique (2012).
17. ANSFL. L'accompagnement global. [Internet]. ANSFL; 2002 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>
18. Mahieu C. Accoucher en plateau technique : étude au CHU de Caen. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Caen]: Université de Caen Normandie; 2017 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01557666/document>
19. 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 [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2018.
20. APAAD. L'accouchement accompagné à domicile : pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile : état des lieux 2018. [Internet]. APAAD; 2019 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf>
21. APAAD. Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile en France : analyse des données de l'année 2019. [Internet]. APAAD; 2020 [cité 14 nov 2020]. Disponible sur: [https://www.onssf.org/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf?fbclid=IwAR2GynJJvtwEwJbQexzx4syUHN1\\_q-DyI\\_t7qQGbbiqEkodnamIPndqvTJI](https://www.onssf.org/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf?fbclid=IwAR2GynJJvtwEwJbQexzx4syUHN1_q-DyI_t7qQGbbiqEkodnamIPndqvTJI)
22. Orliac V. L'accouchement accompagné à domicile comparé au bas risque en milieu Hospitalier [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont Auvergne; 2019 [cité 8 nov 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02893888>
23. Alice K. Les sages-femmes libérales et les freins à l'accouchement à domicile. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Limoges]: Faculté de médecine de Limoges; 2013 [cité 5 mars 2021]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-10806>

24. Sénat. Accouchement accompagné à domicile [Internet]. senat.fr. 2019 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ191012644.html>
25. APAAD. Sécurité et qualité des accouchements assistés à domicile en France : analyse des données de l'année 2019. [Internet]. APAAD; 2020 [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.apaad.fr/wp-content/uploads/2020/11/RAPPORT-2020-CONSOLIDE.pdf>
26. Bellamy V. Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes. Insee Focus [Internet]. 2017 [cité 16 avr 2021];(92):1-4. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3047024>
27. APAAD. L'accouchement à domicile dans le monde occidental. [Internet]. APAAD. 2018 [cité 16 avr 2021]. Disponible sur: [https://www.apaad.fr/?page\\_id=1147](https://www.apaad.fr/?page_id=1147)
28. Akrich M. Accoucher à domicile ? Comparaison France-Pays-Bas. La Santé de l'homme. 2007;(391):45-7.
29. Articles L4111-1 à L4163-10. Code de la Santé Publique (2012).
30. DREES. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? [Internet]. drees.solidarites-sante.gouv.fr. 2021 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
31. Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF). La démographie de la profession [Internet]. ordre-sages-femmes.fr. 2015 [cité 26 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>
32. Le Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes (HCE). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. [Internet]. Paris: HCE; 2018 [cité 7 nov 2020] p. 1-164. Report No.: 2018-06-26-SAN-034,. Disponible sur: [https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce\\_les\\_actes\\_sexistes\\_durant\\_le\\_suivi\\_gynecologique\\_et\\_obstetrical\\_20180629.pdf](https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf)
33. Durier M, Grynberg M, Charles C, Gabriel R. Délivrance normale et pathologique. EMC, Obstétrique [Internet]. 2009 [cité 12 mars 2022];5-108-M-10:1-17. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/228028>
34. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. Délivrance et examen du placenta. In: Pratique de l'accouchement. 6<sup>e</sup> ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 85-97.
35. Desseauve D. Pour une meilleure compréhension du rôle des positions d'accouchement en mécanique obstétricale : analyse biomécanique des postures segmentaires [Internet] [Doctorat : Biomécanique.]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2018 [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/1872d570-317b-4827-9ef7-e6bc13fdd7c1>
36. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Normal Labor. In: Williams Obstetrics [Internet]. 24<sup>e</sup> éd. New York, NY: McGraw-Hill

Education; 2013 [cité 21 mars 2022]. Disponible sur:  
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1057&sectionid=59789162>

37. Lansac J, Marret H. Accouchement normal en présentation du sommet. In: Lansac J, Ouédraogo C, Descamps P, Goffinet F, éditeurs. *Pratique de l'accouchement*. 6e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. p. 57-72.
38. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2005 [cité 1 mars 2022];34(5):513. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82867-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82867-4)
39. Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. *Revue Sage-Femme* [Internet]. 2004 [cité 8 nov 2020];3(5):197-203. Disponible sur: [https://dx.doi.org/10.1016/S1637-4088\(04\)72254-3](https://dx.doi.org/10.1016/S1637-4088(04)72254-3)
40. Philippeau J-M, Hamel O, Pecot J, Robert R. Rôle biomécanique des ligaments sacroépineux et sacrotubéral sur la stabilité de l'articulation sacro-iliaque. *Morphologie* [Internet]. 2008 [cité 30 mai 2021];92(296):16-30. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.morpho.2008.02.003>
41. Spinning Babies. What is Spinning Babies? [Internet]. Spinning Babies. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.spinningbabies.com/about/what-is-spinning-babies/>
42. Spinning Babies. Forward-leaning Inversion. Technique for Easier Birth. [Internet]. Spinning Babies. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/forward-leaning-inversion/>
43. Spinning Babies. Side-lying Release. Ease pain in pregnancy and birth. [Internet]. Spinning Babies. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/side-lying-release/>
44. Jacquin D. Il était une fois le bassin. *Les Dossiers de l'Obstétrique*. 2008;(373):1-8.
45. Rebozo Manteada. For Comfort in Pregnancy and Birth. [Internet]. Spinning Babies. [cité 22 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/other-techniques/rebozo-manteada-4/>
46. Cohen S, Celeste T. Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60(4):1-7.
47. Spinning Babies. Monthly Update: Online courses, tips for an empowered breech pregnancy, events, and more! [Internet]. Spinning Babies. 2020 [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.spinningbabies.com/monthly-update-online-courses-tips-for-an-empowered-breech-pregnancy-events-and-more/>
48. De Gasquet B. *La grossesse, le temps des apprentissages*. Paris: Marabout; 2009.
49. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 22 nov

2020];8(CD003934):1-131. Disponible sur:  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>

50. Venditelli F. Position allongée ou verticale durant le 2ème stade du travail : revue des méta-analyses. In: 28e Journées de la Société française de Médecine Périnatale. Paris : Arnette; 1998. p. 167-76.
51. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 25 avr 2021];5(CD002006):1-99. Disponible sur:  
<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
52. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement : transformer le soins des femmes et des nourrissons pour améliorer leur santé et leur bien-être. [Internet]. OMS; 2018 [cité 21 mai 2021]. Disponible sur:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf>
53. Alfirovic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography as a form of electronic fetal monitoring for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [cité 21 mars 2022];5(CD006066):1-109. Disponible sur:  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub2>
54. Nunes RD, Locatelli P, Traebert J. Use of the purple line to diagnose cervical dilatation and fetal head station during labor. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(2):250-1.
55. Shepherd A, Cheyne H, Kennedy S, McIntosh C, Styles M, Niven C. The purple line as a measure of labour progress : a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010 [cité 4 avr 2022];10:1-54. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-54>
56. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers* [Internet]. 2010 [cité 22 mars 2022];102(3):23-34. Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
57. Pegdwendé Sawadogo H. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées. In: Arsenault E, Piron F, éditeurs. *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines* [Internet]. Québec : Éditions science et bien commun; 2021 [cité 21 janv 2022]. Disponible sur:  
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/lanalyse-des-donnees-et-la-triangulation-attribue/>
58. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse Thématique. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* [Internet]. 3e éd. Paris: Armand Colin; 2012. p. 231-314. (Collection U). Disponible sur: <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
59. Foret G. Le suivi clinique du travail des parturientes sans analgésie péridurale : quelles pratiques ? [Mémoire : Sage-femme]. [Paris]: Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines; 2018.
60. Kraemer C. Les salles physiologiques : l'accompagnement d'un accouchement naturel [Mémoire : Sage-femme]. [Metz]: Université de Lorraine; 2013.

61. Guidez M. Le toucher vaginal en salle de naissance : évaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique. [Mémoire : Sage-femme]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2016.
62. Lemos A, Amorim MM, Andrade AD de, Souza AI de, Filho JEC, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 18 mars 2022];3(CD009124):1-88. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
63. Corthesy S. A la recherche d'un accouchement physiologique : revivre la naissance au naturel. [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Rouen]: Ecole de sage-femme de Rouen; 2017 [cité 28 mars 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01690024>
64. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2018 [cité 12 mars 2022];46(12):937-47. Disponible sur: <http://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.029>
65. Pierce-Williams RAM, Saccone G, Berghella V. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(6):993-1001.
66. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2019 [cité 6 mars 2022];2(CD0007412):1-141. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD0007412.pub5>
67. Levy AT, Weingarten S, Ali A, Quist-Nelson J, Berghella V. Hands and knees posturing and fetal occiput anterior position : a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* [Internet]. 2021 [cité 12 mars 2022];3(4):100346. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100346>
68. Kariminia A, Chamberlain ME, Keogh J, Shea A. Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth. *BMJ*. 2004;328(7438):490.
69. Herrer Purroy L, Gascón Domínguez M de los Á, Asín Valimaña J, Espartosa Larrayad M, Martín Risco M, Hamam Alcober N, et al. Utilización del rebozo como método no farmacológico de activación del trabajo de parto. *Revista Electrónica de Portales Medicos* [Internet]. 2021 [cité 22 mars 2022];16(6):1-291. Disponible sur: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/utilizacion-del-rebozo-como-metodo-no-farmacologico-de-activacion-del-trabajo-de-parto/>
70. Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, et al. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215(4):1-7.
71. Bueno-Lopez V, Fuentelsaz-Gallego C, Casellas-Caro M, Falgueras-Serrano AM, Crespo-Berros S, Silvano-Cocinero AM, et al. Efficiency of the modified Sims maternal



position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth*. 2018;45(4):385-92.

72. Ridley RT. Diagnosis and intervention for occiput posterior malposition. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(2):135-43.
73. Lucas C. Étude des pratiques posturales maternelles au cours du premier stade de travail. [Mémoire : Sage-femme]. [Clermont-Ferrand]: Université Clermont 1; 2016.
74. Berton E. Les sages-femmes et les postures d'accouchement : étude des pratiques actuelles dans trois maternités des hauts de France. [Mémoire : Sage-femme]. [Lille]: Université catholique de Lille; 2020.
75. Noirclère D. La mobilité des parturientes en salle de naissance : la pratique actuelle des sages-femmes. [Mémoire : Sage-femme]. [Metz]: Université de Lorraine; 2010.
76. Gunia C. La mise en place de la péridurale déambulatoire : les freins et les leviers. [Mémoire : Sage-femme]. [Paris]: Université Pierre et Marie Curie; 2015.
77. Aimé E. Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale. [Mémoire : Sage-femme]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2014.

# **Annexes**

## **Annexe I : Grille d'entretien**

### Informations générales :

- En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme ?
- Quelles expériences professionnelles avez-vous eues depuis l'obtention de votre diplôme ?
- Quelle est votre activité professionnelle actuelle ?

### Informations concernant le suivi du travail :

- Habituellement réalisez-vous le même suivi de travail lors d'un accouchement naturel que lors d'un accouchement sous analgésie péridurale ? Si non pour quelles raisons ?
- Quel type de surveillance maternelle et fœtale proposez-vous habituellement aux femmes souhaitant accoucher naturellement ? Quel rythme de surveillance adoptez-vous ?
- Sur quels critères et méthodes de surveillance vous appuyez-vous pour suivre l'avancée du travail ? (Toucher Vaginal ? Postures des femmes ? Autre ?)
- Intégrez-vous l'analyse des postures maternelles dans le cadre du suivi de l'avancée du travail ? Si oui d'après votre expérience comment interprétez-vous les positions adoptées par les femmes durant le travail ?
- La déambulation et les postures maternelles adoptées durant le travail influencent-elles vos modalités de surveillance maternelles et fœtales ?
- Quelles sont les postures que vous proposez aux femmes pour favoriser le déroulement du travail et leurs indications précises ?
  - En cas de variété postérieure
  - Afin de favoriser l'engagement

- Selon vous, quels sont les facteurs favorisant la mise en œuvre de la déambulation et du changement de position maternelle au décours du travail ? (*Information antépartum des femmes sur le sujet, disponibilité de la sage-femme, environnement de la naissance ...*)
- Avez-vous suivi des formations qui vous ont aidé dans votre pratique des accouchements naturels ?
  - Si oui : Quel type de formation ? Que vous ont-elles apporté dans votre pratique ?
  - Si non : Une formation vous semblerait-elle utile pour améliorer votre accompagnement des accouchements naturels ? Quelles informations vous sembleraient particulièrement intéressantes afin de renforcer votre accompagnement dans ce domaine ?

Informations concernant la pratique de l'accouchement naturel :

- ❖ Quelles sont vos pratiques cliniques habituelles lors d'un accouchement naturel concernant :
  - La gestion des efforts expulsifs
  - L'expulsion
  - La réalisation de la délivrance
  - La prise en charge /surveillance du post partum immédiat
- ❖ Vos pratiques concernant l'accouchement sont-elles modifiées lorsque la femme bénéficie d'une analgésie péridurale ?
- ❖ Vos pratiques / techniques obstétricales sont-elles modifiées lorsque les femmes adoptent une position autre que gynécologique pour l'accouchement ?
- ❖ Comment adaptez-vous vos pratiques aux positions qu'adoptent les femmes lorsqu'elles ne sont pas en position gynécologique ?
  - Lors d'un accouchement à 4 pattes :
    - Positionnement de la sage-femme :
    - Positionnement du matériel :
    - Positionnement de l'accompagnant :
    - Efforts expulsifs :

- Gestion de l'expulsion :
  - Recueil des pertes :
- Lors d'un accouchement en décubitus Latéral :
- Positionnement de la sage-femme :
  - Positionnement du matériel :
  - Positionnement de l'accompagnant :
  - Efforts expulsifs :
  - Gestion de l'expulsion :
  - Recueil des pertes :
- Lors d'un accouchement debout ou accroupi :
- Positionnement de la sage-femme :
  - Positionnement du matériel :
  - Positionnement de l'accompagnant :
  - Efforts expulsifs :
  - Gestion de l'expulsion :
  - Recueil des pertes :
- ❖ Selon vous et d'après votre expérience, quels peuvent être les bénéfices pour une femme à accoucher dans une position autre que gynécologique ?
  - ❖ Avez-vous déjà été confrontée à des situations d'urgence au décours de l'accouchement d'une femme ayant opté pour une position d'accouchement autre que gynécologique ? Si oui comment vous êtes-vous adapté ?
  - ❖ Considérez-vous qu'un accouchement dans une position autre que gynécologique est plus difficile à suivre pour la sage-femme ? Pourquoi ?
  - ❖ Selon vous, existe-t-il des freins à posturer les femmes dans des positions autres que gynécologiques au moment de l'accouchement ?
  - ❖ Selon vous, quelles solutions pourraient favoriser l'adoption de postures autres que gynécologiques lors de l'accouchement ?

## **Annexe II : Lettre d'information à l'intention des participantes**

### **LETTRE D'INFORMATION**

La pratique de l'accouchement naturel par les sages-femmes.

#### **Investigateurs :**

- PAJOT Méganne, étudiant(e) sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame Parayre Inès, sage-femme enseignante.

Madame, Monsieur,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « La pratique de l'accouchement naturel par les sages-femmes ».

L'étude sur « La pratique de l'accouchement naturel par les sages-femmes : comment s'adapter aux positions prises par les femmes durant le travail et l'accouchement ? » s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'un(e) étudiant(e) sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de *Madame Parayre Inès, sage-femme enseignante*.

#### 1. Pourquoi cette étude ?

Durant les études de sages-femmes on observe peu de formation sur la pratique de l'accouchement naturel et sur la réalisation d'accouchements en position autre que gynécologique ; pourtant on observe ces dernières années un engouement pour le retour à un accouchement plus respectueux de la physiologie, moins médicalisé. Il semble donc important de s'intéresser à ce type de prise en charge afin de répondre au mieux à la demande des couples.

#### 2. L'étude en pratique

L'étude menée est une étude qualitative de type descriptive, il s'agit d'une enquête de pratique via des entretiens semi-dirigés. Un enregistrement audio sera réalisé, les données seront conservées anonymement sur une clef USB puis cryptés.

### 3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles (si recueillies) seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel. Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés n° 2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

### 4. Vos droits

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

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Mlle PAJOT Méganne à l'adresse suivante :

*Ecole de Sages-Femmes*

*Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand*

*Université Clermont Auvergne - Site universitaire DUNANT*

*5ème étage - R1*

*28 place Henri Dunant - TSA50400*

*63001 Clermont-Ferrand cedex 1*

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : *PAJOT Méganne*, étudiant(e) sage-femme

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données.

## **RESUME**

**Introduction** : De nos jours, de plus en plus de femmes souhaitent être actrices de leur accouchement qui se veut moins médicalisé, plus naturel. Les sages-femmes doivent trouver un équilibre entre respect du processus physiologique de l'accouchement et surveillance médicale.

**Objectifs** : Analyser les pratiques des sages-femmes pour déterminer comment elles s'adaptent aux positions prises par les femmes durant l'accouchement naturel et comment elles parviennent à s'assurer du bon déroulement du travail. Recenser leur interprétation clinique quant aux postures adoptées par les femmes. Décrire les postures qu'elles proposent pour favoriser le travail et les difficultés rencontrées.

**Méthode** : Une étude qualitative de type descriptive a été réalisée. Douze entretiens semi-dirigés ont permis de recueillir le témoignage de sages-femmes pratiquant en milieu hospitalier, à domicile et en plateau technique.

**Résultats et Discussion** : Les sages-femmes adaptent leurs pratiques lors de l'accouchement naturel en réalisant une surveillance médicale discrète : elles favorisent l'auscultation intermittente et l'observation de la femme. Elles ont décrit des postures permettant selon elles, de favoriser le travail. Cependant, aucune étude scientifique ne prouve leur réel bénéfice. Durant l'accouchement, les professionnelles prennent des positions amenant parfois des difficultés ergonomiques. Les sages-femmes ont également soulevé un manque de formation sur le sujet.

**Conclusion** : Les sages-femmes ont su développer, au cours de leur expérience professionnelle, une expertise sur le sujet. L'augmentation du personnel en milieu hospitalier, l'évolution de la formation initiale et l'augmentation des lieux d'accouchements alternatifs permettrait, dans les années à venir, de répondre aux mieux à la demande d'accompagnements plus personnalisés.

**Mots-clés** : *accouchement naturel, accompagnement global, douleur, positions, sage-femme*

## **ABSTRACT**

**Background** : Nowadays, more and more women wish to be actresses of their childbirth which they wish less medicalized, more natural. Midwives must find a balance between respecting the physiological process of childbirth and medical supervision.

**Objective** : To analyze the practices of midwives to determine how they adapt to the positions taken by women during natural childbirth and how they manage to ensure the smooth running of labour. Identify their clinical interpretation of the postures adopted by women. Describe the postures they propose to promote labor and the difficulties encountered.

**Method** : A descriptive qualitative study was carried out. Twelve semi-directed interviews collected the testimony of midwives practicing in hospitals, at home and in technical facilities.

**Results and Discussion** : Midwives adapt their practices during natural childbirth by carrying out discreet medical supervision: they promote intermittent auscultation and observation of the woman. They described postures which, in their view, facilitate labour. However, no scientific study proves their real benefit. During childbirth, the professionals take positions that sometimes lead to ergonomic difficulties. Midwives also raised a lack of training on the subject.

**Conclusion** : Despite this, midwives have been able to develop, during their professional experience, an expertise on the subject. The increase in staff in hospitals, the evolution of initial training and the increase in alternative birthing places will make it possible, in the years to come, to respond better to the demand for more personalized support.

**Keywords** : natural childbirth, global support, pain, positions, midwife