



HAL
open science

L'accouchement en position gynécologique : une norme en France : Étude qualitative auprès de quinze sages-femmes d'Île-de-France

Juliette Boucard

► To cite this version:

Juliette Boucard. L'accouchement en position gynécologique : une norme en France : Étude qualitative auprès de quinze sages-femmes d'Île-de-France. Gynécologie et obstétrique. 2020. <dumas-04605175>

HAL Id: dumas-04605175

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04605175v1>

Submitted on 7 Jun 2024

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.



HAL Authorization

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Ecole de sages-femmes Hôpital Foch

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

Juliette BOUCARD

**L'ACCOUCHEMENT EN POSITION
GYNECOLOGIQUE : UNE NORME EN FRANCE
Étude qualitative auprès de quinze sages-femmes
d'Île-de-France**

Soutenu le : 15 juin 2020

Directrice de mémoire : Madame Alice Nguyen Xuan, Sage-femme libérale, Massy

Jury :

Numéro national d'étudiant : 2508054910S

Avertissement

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

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

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

Remerciements

À Alice Nguyen Xuan, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement précieux, son soutien et sa disponibilité tout au long de la réalisation de ce mémoire.

A Hélène Malmanche, Clémence Schantz-Inguenault et Cécilia Giles pour avoir éveillé mon intérêt pour la recherche sociologique et m'avoir guidée dans la méthodologie et l'analyse de celle-ci.

À Odile Houziaux, ma référente pédagogique, pour sa bienveillance, son écoute et ses conseils qui ont guidé ma formation.

À l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Foch : Mme Viseux-Wahl, Mme Talot, Mme Crétinon, Mme Vautrin, Mme Roelens et Mr Sellier ainsi qu'aux secrétaires Mme Trime et Mme Callu ; pour leur enseignement et leur investissement.

À toutes les sages-femmes ayant participé à cette étude, qui ont pris le temps de me rencontrer et de répondre à mes questions avec enthousiasme et sincérité.

Et enfin, à Auriane, Chloé et Mathilde pour leur amitié et leur bonne humeur au quotidien qui ont embelli ces quatre dernières années et les nombreuses autres à venir.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES ANNEXES	VIII
ABREVIATIONS	IX
RESUME	X
ABSTRACT	XI
1 INTRODUCTION	1
1.1 Les positions d'accouchement dans le monde	1
1.2 Description des positions d'accouchement	2
1.2.1 Les positions horizontales	2
1.2.2 Les positions verticales	3
1.3 Impacts sur la mécanique obstétricale	5
1.4 Histoire française des positions d'accouchement	6
1.4.1 L'accouchement traditionnel	6
1.4.2 L'arrivée de l'obstétrique, une discipline médicale	6
1.4.3 La médicalisation de la naissance	8

1.4.4	Une remise en cause du modèle actuel	9
1.5	Recommandations officielles	10
1.6	Problématique	11
1.7	Définition d'une norme sociale	11
2	MATERIEL ET METHODE	13
2.1	Objectif de l'étude	13
2.2	Méthodologie	13
2.2.1	Type d'étude	13
2.2.2	Population	14
2.2.3	Déroulement de l'étude	14
2.2.4	Analyse des résultats	15
3	RESULTATS	17
3.1	Description de la population étudiée	17
3.1.1	Renseignements généraux	17
3.1.2	Etat des lieux des pratiques	19
3.2	Perceptions des sages-femmes sur leurs pratiques	21
3.2.1	La formation	21
3.2.2	L'environnement de la naissance	22
3.2.3	La médicalisation de la naissance	26
3.2.4	Les autres intervenants	28
3.2.5	Les habitudes et le confort de la sage-femme	29
3.2.6	Les convictions des sages-femmes	33
4	ANALYSE ET DISCUSSION	36
4.1	Une pratique de la position gynécologique normée	36
4.1.1	Une pratique uniforme	36
4.1.2	Une pratique respectée par un ensemble d'individus d'une même société qui impose un comportement	37
4.1.3	Des pratiques différentes sanctionnées	38

4.1.4	Une pratique respectée dans un cadre individuel	39
4.2	Une norme présente chez les patientes	42
4.2.1	L'influence de leur culture	42
4.2.2	Leur vision de l'accouchement	42
4.3	L'indépendance de la profession de sage-femme	43
4.3.1	Prédominance de la logique sociale	43
4.3.2	Le statut de la sage-femme	44
4.3.3	Vers une plus grande indépendance...	46
4.4	Une norme en évolution	46
4.4.1	Remise en cause des pratiques par les sages-femmes	46
4.4.2	Remise en causes des pratiques par les patientes	48
4.4.3	Les alternatives actuelles à la prise en charge des naissances	49
5	POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	51
5.1	Apports de l'étude	51
5.2	Limites et biais	52
5.3	Perspectives	52
	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE	55
	ANNEXES	I

Liste des figures

Figure 1 : Schéma position gynécologique.....	2
Figure 2 : Schéma décubitus latéral	3
Figure 3 : Schéma position accroupie	3
Figure 4 : Schéma position à quatre pattes.....	4
Figure 5 : Schéma position debout.....	4
Figure 6 : Manuel d'accouchements, 1857.....	7
Figure 7 : Type de pratique des accouchements.....	17
Figure 8 : Répartition des âges des sages-femmes interrogées	18
Figure 9 : Années d'expérience professionnelle.....	18
Figure 10 : Choix de la position d'accouchement	19
Figure 11 : Fréquence de recours à la position gynécologique	20
Figure 12 : Discordance entre pratiques et convictions des sages-femmes.....	35

Les figures 1 à 5 ont été réalisées à la main.

Liste des annexes

Annexe I : Tableau récapitulatif des positions d'accouchement	II
Annexe II : Équation personnelle.....	III
Annexe III : Diagramme de recrutement.....	V
Annexe IV : Guide d'entretien.....	VI
Annexe V : Tableau récapitulatif des entretiens	VIII
Annexe VI : Exemple de retranscription – Sage-Femme J.....	IX
Annexe VII : Tableau récapitulatif de la population	XIV

Abréviations

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes de France

HAS : Haute Autorité de Santé

HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PG : Position Gynécologique

SF : Sage-Femme

Résumé

Introduction et objectif

La position gynécologique, introduite dans les pratiques françaises au cours du XVII^{ème} siècle dans un contexte de médicalisation de la naissance, est encore aujourd'hui la position de référence en France pour l'accouchement. Pourtant cette position n'est pas celle qui favorise au mieux le déroulement physiologique de la naissance ni celle recommandée par les sociétés savantes.

L'objectif est de déterminer comment la pratique de la position gynécologique par les sages-femmes en France s'apparente à une norme sociale.

Matériel et méthodes

Une étude qualitative multicentrique a été réalisée auprès de dix sages-femmes hospitalières et cinq sages-femmes libérales. Quinze entretiens semi-directifs ont été menés entre avril et novembre 2019. Ils ont ensuite été analysés par une méthode de codages successifs selon la théorisation ancrée.

Résultats et conclusion

La pratique de l'accouchement en position gynécologique par les sages-femmes hospitalières est conditionnée par l'histoire et l'environnement de la naissance en France, mais aussi par la formation des sages-femmes et leurs représentations personnelles selon la logique d'une norme sociale. Cette pratique témoigne d'une dépendance de la profession envers la médicalisation dont les sages-femmes libérales cherchent à s'émanciper au profit d'un accompagnement plus physiologique des naissances. Pour faire évoluer les pratiques dans ce sens il semble nécessaire de prendre en compte le facteur sociologique qui influence fortement les pratiques autour de la naissance.

Mots-clés : position gynécologique, position d'accouchement, norme sociale, sage-femme, France.

Abstract

Introduction and objective

The lithotomy position, introduced in French practices during the 17th century in a context of birth medicalization, is still the reference birth position today. Yet, this position is not the one that best promotes the physiological course of birth neither the one recommended by learned societies.

The objective is to determine how the lithotomy position practice by French midwives is apparenting itself as a social norm

Methods

A multicentric qualitative study was done with 10 hospital midwives and 5 liberal midwives. Fifteen semi-structured interviews were done between April and November 2019. They were then analyzed through a successive coding method according to the grounded theory.

Results and conclusion

The practice of childbirth in the lithotomy position by hospital midwives is conditioned by the history and environment of birth in France, but also by the midwives's training and their personal representations according to the logic of a social norm. This practice testifies to the profession's dependence on medicalization from which liberal midwives seek to emancipate themselves in favor of a more physiological accompaniment of births. In order to make practices evolve in this direction it seems necessary to take into account the sociological factor which strongly influences practices around birth.

Keywords : lithotomy position, birth position, social norm, midwife, France.

1 Introduction

Aujourd'hui, en France, la médecine est omniprésente dans l'accompagnement de la périnatalité. Les grossesses sont rythmées par les consultations mensuelles, les échographies trimestrielles, l'inscription à la maternité, la consultation d'anesthésie, les dépistages multiples ... La prise en charge de l'accouchement n'échappe pas à cette supervision médicale. Pendant le travail, les femmes et l'enfant à naître sont surveillés de façon très rapprochée, tout particulièrement au moment de l'expulsion et de la naissance, qui est la période la plus à risque de complication. Tout est fait pour assurer une sécurité maximale en standardisant de nombreux examens et gestes médicaux. L'une des procédures réflexes et standards consiste à installer la future mère en position gynécologique ; en 2016 95,5% des parturientes étaient installées en décubitus dorsal au moment de l'expulsion (1).

1.1 Les positions d'accouchement dans le monde

La position sur le dos semble être la position de référence en France pour l'accouchement mais elle n'est pas mondialement reconnue. En effet dans les cultures non occidentales, la plupart des accouchements se font à domicile dans des positions verticales.

Par exemple, les parturientes vietnamiennes accouchent majoritairement accroupies, qu'elles soient à l'hôpital ou à domicile (2). De même, en Inde, la plupart des femmes accouchent debout. Cela vient de la forte influence de la religion bouddhiste sur cette population : l'enfant Bouddha est né de la mère Mâya en position debout donc les femmes indiennes accouchent aussi de cette façon (3).

Par ailleurs, au Royaume-Uni, la position d'accouchement de référence est le décubitus latéral ou « position à l'anglaise » (4).

1.2 Description des positions d'accouchement

1.2.1 Les positions horizontales

1.2.1.1 La position gynécologique

La « position gynécologique », également appelée « position lithotomique » est définie en 1976 dans l'article d'Atwood, référence dans le monde de l'obstétrique pour la définition des différentes positions d'accouchement. Selon cet auteur, une femme placée en position lithotomique est allongée sur le dos avec les jambes soit pliées et les pieds à plat sur une surface, soit placées dans des étriers, soit tenues par une autre personne. Il décrit également la position lithotomique exagérée qui consiste à installer la femme sur le dos, les jambes pliées et les genoux ramenés vers sa poitrine (5). Aujourd'hui, les jambes des parturientes sont généralement placées dans des étriers avec une plus ou moins grande hyperflexion de l'articulation coxo-fémorale (6).

Dans ce mémoire, on parlera de position gynécologique lorsqu'une patiente est installée par un professionnel de santé en décubitus dorsal avec les jambes relevées et maintenues (par des étriers, des cale-pieds, une personne tierce, ...).

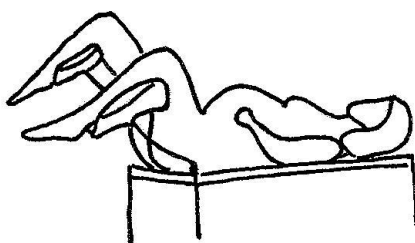


Figure 1 : Schéma position gynécologique

1.2.1.2 La position en décubitus latéral

Dans la position en décubitus latéral la patiente est installée avec la jambe inférieure en flexion et la supérieure en extension (7).

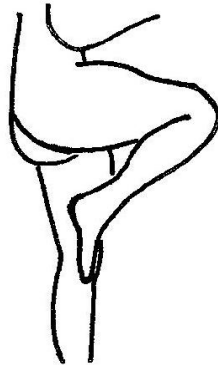


Figure 2 : Schéma décubitus latéral

1.2.2 Les positions verticales

1.2.2.1 La position accroupie

Dans la position accroupie les genoux sont pliés et le corps en suspension (7).

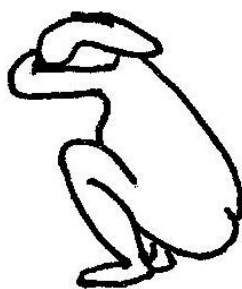


Figure 3 : Schéma position accroupie

1.2.2.2 La position à genoux

Dans la position à genoux la répartition du poids du corps est variable en fonction de l'appui des mains. Il existe notamment la variante à quatre pattes ou alors celle avec les mains appuyées sur un ballon ou suspendues au cou de l'accompagnant (7).

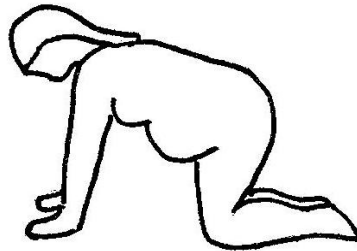


Figure 4 : Schéma position à quatre pattes

1.2.2.3 La position debout

Dans la position debout le poids du corps est sur les pieds et il existe des variantes de suspension et d'appui des mains (7).

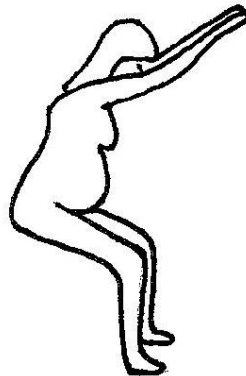


Figure 5 : Schéma position debout

On parlera de ces autres positions (en décubitus latéral et verticales), qu'elles soient adoptées spontanément par la patiente ou installées par le professionnel de santé.

1.3 Impacts sur la mécanique obstétricale

Ces positions décrites précédemment influencent chacune la mécanique obstétricale de façon différente (Annexe I).

Concernant la progression du mobile fœtal, les positions verticales ont pour effet d'aligner le canal de naissance et d'ainsi la faciliter. Par exemple, les positions accroupie et à quatre pattes permettent d'augmenter les diamètres du bassin, du détroit supérieur et inférieur et notamment d'augmenter le diamètre bi-épineux de 6 à 8 millimètres. Par ailleurs, l'effet de la gravité est non négligeable dans des positions verticales et cela est un atout en plus pour la progression du travail (8). La position à genoux permet d'effectuer des rotations interne et externe des fémurs pour faciliter les différentes phases du travail. À l'inverse, dans une position horizontale et particulièrement en décubitus dorsal, la mobilité du sacrum est limitée et peut donc interférer avec l'engagement et la progression du fœtus dans le bassin. De plus, l'axe de poussée utérine n'est pas correctement aligné avec l'axe de descente du mobile fœtal (7).

Par rapport à la protection périnéale, le décubitus latéral, la position à genoux et celle à quatre pattes sont des positions qui permettent un relâchement optimal du périnée, elles sont donc adaptées à la phase d'expulsion (7). De plus, une étude de Cochrane a démontré que chez les femmes accouchant sans analgésie péridurale, adopter une position verticale est associé à une réduction de la fréquence des épisiotomies avec une augmentation des déchirures périnéales de second degré mais sans augmentation des déchirures sévères (9).

Ces positions verticales présentent d'autres avantages qui les rendent particulièrement adaptées pour la phase d'expulsion. En effet, elles auraient tendance à diminuer la fréquence d'anomalies de rythme cardiaque fœtal en

améliorant la perfusion fœto-placentaire (6,8,9). Elle diminuent également la durée du deuxième stade du travail chez les femmes n'ayant pas d'analgésie péridurale (9).

Au contraire, la position gynécologique n'a pas d'effet positif sur l'efficacité des contractions utérines ni sur l'efficacité des efforts expulsifs. De plus elle peut avoir un effet délétère sur l'hémodynamique maternelle et placentaire en comprimant les axes vasculaires postérieurs (6,8).

1.4 Histoire française des positions d'accouchement

1.4.1 L'accouchement traditionnel

Dans la plupart des cultures traditionnelles non occidentales, les femmes accouchent en suivant leur instinct et adoptent des positions verticales (5,2). En occident, avant le XVIII^{ème} siècle, la parturiente n'est jamais seule, le monde de la naissance est géré par des femmes (matrones puis sages-femmes) selon un savoir empirique et/ou par l'expérience de la maternité (10).

1.4.2 L'arrivée de l'obstétrique, une discipline médicale

Le paysage de la périnatalité se voit appliquer un changement radical au cours du XVII^{ème} par l'arrivée d'une nouvelle discipline médicale : l'obstétrique. Les sages-femmes « vont progressivement être mise sous tutelle, tant au niveau de leur formation que sur le plan institutionnel » par l'essor des connaissances médicales auxquelles elles n'ont pas accès. C'est ainsi qu'une science à l'époque masculine (la médecine) s'empare de la pratique féminine de prise en charge des naissances (10). L'accouchement était initialement considéré comme « l'opération la plus dégoûtante de la chirurgie », mais peu à peu cette discipline est reconnue par la société et le terme « obstétrique » entre dans le dictionnaire en 1840, défini comme « l'une des trois divisions fondamentales » de la médecine (11). C'est

dans ce contexte qu'apparaît la position gynécologique, introduite dans les pratiques françaises par l'obstétricien François Mauriceau en 1668 (6). La formation des sages-femmes étant alors dirigée par les médecins, elles sont formées à cette position. En 1857, le manuel d'accouchements destiné aux élèves sages-femmes décrit le déroulement d'un accouchement physiologique en s'appuyant sur le schéma d'une femme installée en position gynécologique (12).

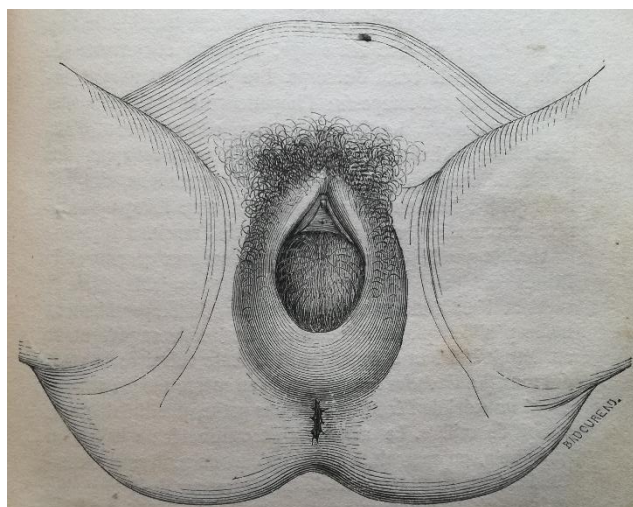


Figure 6 : Manuel d'accouchements, 1857

Cette formation à la position gynécologique s'universalise. On la retrouve dans un manuel de 1880 qui informe que « le décubitus dorsal paraît préférable pour les cas ordinaires ; c'est dans cette attitude que l'on observe habituellement les contractions utérines les plus fréquentes et les plus énergiques » (13).

La formation des étudiantes sages-femmes a ainsi été pendant longtemps réalisée par des médecins, initialement à l'Hôtel Dieu de Paris puis dans d'autres écoles en France. Le rôle social accordé à la femme à cette époque ne leur permettait pas d'être à la direction de leur formation. En effet, selon le ministre de l'intérieur, « il est impossible qu'un cours d'accouchement fait par une femme soit aussi

complet et aussi instructif que ceux qui se font à Paris ». Ce n'est qu'à la fin du XIX^{ème} siècle que la sage-femme peut prendre en charge la totalité de la formation des étudiantes, alors qu'avant la dimension pratique était enseignée par le chirurgien en chef (11).

1.4.3 La médicalisation de la naissance

Les progrès de la prise en charge médicale amenés par les obstétriciens ont permis de réduire considérablement la mortalité maternelle et infantile mais cela a eu pour effet « de transformer l'heureux évènement en prouesse scientifique et technique » et toutes les représentations autour de la naissance ont été bouleversées. Peu à peu les sages-femmes initialement à la disposition des patientes se retrouvent être sous les ordres des médecins (10).

Particulièrement entre les années 1920 et 1970, le monde de la naissance a été totalement réorganisé : les femmes qui accouchaient majoritairement chez elles sont de plus en plus nombreuses à vouloir être prises en charge dans des cliniques pour bénéficier de cette médicalisation. En 1952, les cliniques accueillent 532 pour mille des parturientes et elles sont 965 pour mille en 1974. Ces données coïncident avec la chute rapide de la mortalité maternelle qui passe de 81 pour mille naissances en 1951 à 31,9 pour mille naissances en 1957. Il en va de même pour la mortalité infantile qui passe de 50 pour mille en 1950 à 18,2 pour mille en 1970 (10).

Cette réorganisation a changé tout l'environnement dans lequel se déroule la naissance. La femme qui accouche chez elle est dans un environnement connu, rassurant, entourée de ses proches ; l'accoucheur qui vient chez elle est au service de la parturiente et s'adapte à elle et à son environnement. À l'inverse, à l'hôpital, la parturiente se retrouve dans les mains des médecins et subit les rites pasteurieniens de façon quasi systématique. Jusqu'au milieu des années 1960 : « il n'est pas d'usage de tenir compte des désirs ou des pudeurs de la parturiente :

elle est déshabillée, lavée, subit le rasage du pubis et un lavement ; elle se voit imposer le linge de corps de l'hôpital, [...] elle accouche immobilisée à plat dos sur une table haute, étroite, dure, les pieds engagées dans des étriers, jambes en l'air et écartées » (10).

1.4.4 Une remise en cause du modèle actuel

Cette médicalisation a eu des effets positifs sur la morbi-mortalité maternelle et infantile, cependant si l'on reprend la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (14). Les évaluations des bénéfices de la médicalisation de la naissance ne tiennent pas compte de la dimension psychique et sociale de l'accouchement. Dès 1977, Jacques Gélis estime que « l'histoire de l'obstétrique ne s'est intéressée à la femme et au nouveau-né que dans une stricte perspective de progrès médical » (15).

De même, Stéphanie Chapuis-Després énonce que « pour faciliter l'exercice de la médecine, le corps féminin fut donc placé dans une position en réalité peu favorable à la naissance puisqu'en empêchant l'action de la gravité, elle contraignait d'un côté la parturiente à davantage d'efforts, et de l'autre rendait plus difficile la gestion de la douleur » (16).

Les sociétés savantes se sont saisies de ce sujet et la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2017 des recommandations sur l'accouchement normal précisant un peu plus les modalités d'accompagnement de la physiologie de l'accouchement (17). Il y a donc aujourd'hui l'émergence d'une nouvelle vision de la prise en charge de l'accouchement physiologique avec une volonté de le médicaliser autrement, notamment en limitant certains soins non nécessaires.

Selon Paul Cesbron, cette démarche va au-delà du simple souhait de respecter un accouchement naturel, c'est « un positionnement culturel fort, de l'ordre du

respect de l'histoire de chaque individu, tout particulièrement de l'histoire des femmes, de chaque future mère et futur enfant, s'opposant effectivement à l'arrogance scientifique » (10).

1.5 Recommandations officielles

La position d'accouchement est un aspect qui a ainsi évolué au rythme des innovations médicales et des perceptions de la naissance par les professionnels de santé. Elle a des rôles divers : à la fois sur la mécanique obstétricale mais également sur les interventions médicales par les obstétriciens ou les sages-femmes. Du fait de son importance, elle est soumise à des recommandations officielles des sociétés savantes.

Cependant, comme le souligne le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE), les pratiques françaises actuelles ne coïncident pas avec les recommandations officielles en vigueur (18).

Malgré l'intérêt pour adapter la prise en charge des patientes à la physiologie, les dernières recommandations de la HAS n'apportent pas de précision sur les positions à adopter par les femmes pour accoucher. Il est seulement recommandé de changer régulièrement de position pendant le travail et d'éviter le décubitus dorsal prolongé. Il est précisé qu'il n'y a pas de position particulière ayant fait preuve de facteur protecteur pour les hémorragies de la délivrance. Ainsi, la position gynécologique ne semble pas être recommandée, du moins pas plus qu'une autre (17).

Selon le Collège National des Obstétriciens Français (CNGOF), la position idéale à adopter lors de l'expulsion fœtale est la position accroupie. Il recommande donc de l'accepter à la demande de la parturiente, à défaut d'être proposée et donc de « laisser la femme choisir la position la plus confortable durant le deuxième stade du travail » (6,19)

De même, l'OMS recommande d'encourager les femmes à choisir leur position d'accouchement et de leur proposer des positions verticales (20).

1.6 Problématique

La position gynécologique n'est pas une position pratiquée et reconnue de façon universelle, dans de nombreux pays les femmes adoptent plutôt des positions verticales pour donner naissance. Ces positions ont des bénéfices sur la mécanique obstétricale, le déroulement de l'expulsion et le bien-être foetal et maternel qui ne sont pas retrouvés chez la femme accouchant en décubitus dorsal. Pour autant, la position gynécologique, instaurée au XVIIème siècle dans un contexte de médicalisation de la naissance, reste la position de référence en France pour l'accouchement malgré les recommandations actuelles des sociétés savantes.

Face à ces contradictions nous pouvons nous poser la question suivante :

Dans quelles mesures la pratique de l'accouchement en position gynécologique par les sages-femmes en France répond à la logique d'une norme sociale ?

1.7 Définition d'une norme sociale

Avant de répondre à cette problématique, il semble important de définir la notion de norme sociale.

D'une part, Mauss et Fauconnet définissent la norme sociale comme un « ensemble d'actes ou d'idées tout institué que les individus trouvent devant eux et qui s'impose plus ou moins à eux ». Elle comprend à la fois « les usages et les modes, les préjugés et les superstitions que les constitutions politiques ou les organisations juridiques essentielles ». Mais la norme sociale n'est pas un élément fixe dans le temps et dans le monde, elle est issue de « transformations plus ou moins rapides, plus ou moins complètes » de normes déjà existantes. Elles

« changent sans cesse » au rythme des différents « phénomènes [...] sociaux » (21).

D'autre part, Durkheim définit la norme sociale comme « une règle de conduite socialement sanctionnée » qui est issue d'une « conscience collective ». Ainsi « la moyenne des membres d'une société » considère cette norme comme « obligatoire ». De plus, « l'aspect affectif, non intellectuel, de l'adhésion culturelle aux normes est facteur historique qu'on ne peut pas négliger ».

Il dit également que le respect d'une norme sociale permet à l'individu de se reconnaître « dans une réalité symbolique objective, parfaitement transcendante par rapport à son individualité, mais dans laquelle, à la fois, il réalise sa propre existence comme personne morale ». Ainsi, « dans l'adhésion morale le sujet appartient simultanément à soi et à quelque chose qui lui est extérieur » (22).

Ainsi dans ce mémoire, on parlera de norme sociale comme d'un acte respecté par un ensemble d'individus appartenant à une même société sous peine d'être sanctionnés. Elle est issue de l'histoire de cette société et de croyances communes mais elle n'est pas immuable dans le temps et évolue au rythme des changements sociétaux. La personne morale respecte la norme dans le cadre de sa personnalité propre selon ses croyances mais aussi en tant que membre d'une société qui lui impose un comportement.

2 Matériel et méthode

2.1 Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est de comprendre dans quelles mesures la position gynécologique s'est imposée comme position de référence en France depuis le XVII^{ème} siècle et dans quel contexte les sages-femmes françaises l'utilisent pour l'accouchement. Le but est de déterminer si la pratique de cette position peut s'apparenter à une norme sociale, définie précédemment, et selon quels aspects.

J'ai choisi de ne pas énoncer d'hypothèse avant la réalisation de cette étude pour ne pas orienter mes résultats et profiter de cette recherche qualitative pour exploiter les données sans a priori et sans expectation préalable.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Type d'étude

Une étude qualitative multicentrique a été réalisée auprès de quinze sages-femmes d'Île-de-France via des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont eu pour objet d'interroger les sages-femmes sur leurs pratiques concernant les positions d'accouchement et les perceptions qu'elles en ont, et plus particulièrement sur la position gynécologique.

Les motivations des sages-femmes pour avoir recours à différentes positions d'accouchement ne sont pas toujours reconnues et identifiées par elles-mêmes. De plus le sujet de ce mémoire impose aux sages-femmes interrogées une certaine réflexion sur leur pratique. La méthode de recherche qualitative semblait donc idéale pour ce sujet, afin de permettre aux sages-femmes de développer leurs réponses lors des entretiens semi-directifs.

La particularité de l'étude qualitative est « la subjectivité de l'information produite par le biais de l'entretien » (23) c'est pourquoi j'ai rédigé mon équation personnelle (Annexe II) en amont de la réalisation des entretiens pour objectiver au maximum cette étude.

2.2.2 Population

Ont été incluses dans l'étude des sages-femmes étant titulaires du Diplôme d'État de sage-femme, accompagnant des femmes en travail et des naissances pendant leur exercice actuel, hospitalier ou libéral, et ayant donné leur autorisation pour participer à un entretien enregistré.

25 sages-femmes ont été contactées par mail (n=9), par sms (n=7), par l'intermédiaire de la sage-femme coordinatrice du service (n=1) ou directement pendant des stages (n=8). Suite aux 7 non-réponses malgré 2 relances et au refus pour sentiment de manque d'expérience, j'ai réalisé 17 entretiens : 2 entretiens exploratoires puis 15 entretiens qui ont été analysés (Annexe III).

Quelques éléments personnels ont été demandés à chaque sage-femme afin de définir la population et de prendre en compte certaines variables qui pourraient influencer les résultats comme la durée d'exercice professionnel ou la structure dans laquelle la sage-femme exerce actuellement.

2.2.3 Déroulement de l'étude

Deux entretiens exploratoires ont été réalisés en amont avec une sage-femme libérale et une sage-femme hospitalière. A l'issue de ces entretiens, certaines questions ont été ajustées afin de convenir aux deux types de pratiques. J'ai donc décidé de ne pas les inclure dans l'étude pour ne pas biaiser les résultats. Les 15 autres entretiens ont été réalisés selon le même guide d'entretien (Annexe IV). J'ai choisi de poser un nombre restreint de questions mais qu'elles soient ouvertes pour laisser la sage-femme interrogée libre de développer ses idées, sans l'influencer. Le recours aux différentes questions de relance était adapté aux

réponses, avec pour objectif d'aborder des sujets qu'elles auraient pu oublier. Ces questions ont évolué au fur et à mesure des entretiens, en fonction des sujets abordés par les sages-femmes précédentes.

Les entretiens ont été effectués entre avril et novembre 2019, dans des lieux différents selon la préférence de la sage-femme interrogée (salle de repos de l'hôpital, domicile ou cabinet de la sage-femme, dans un café). Aucun entretien n'a été interrompu, malgré le fait qu'ils aient parfois été réalisés dans des lieux publics ou sur le lieu de travail de la sage-femme. Ils ont tous été réalisés de visu ce qui m'a permis d'avoir une certaine proximité avec la sage-femme interrogée et de faciliter l'interaction. Ils ont duré en moyenne 21 minutes (Annexe V).

Avant chaque entretien, le consentement oral de la sage-femme a été recueilli afin d'autoriser l'enregistrement et la garantie de l'anonymat a été rappelée. J'ai choisi d'enregistrer l'entretien et de ne pas prendre de notes afin de faciliter la fluidité du dialogue. Chaque entretien a ensuite été retranscrit dans son intégralité sur le logiciel Word à partir de l'enregistrement. Puis ils ont été anonymisés par un codage alphabétique de A à O. L'entretien de la sage-femme J a été choisi comme exemple (Annexe VI).

La retranscription m'a permis d'analyser l'ensemble des éléments de réponse de la sage-femme alors que certains auraient pu être oubliés ou non relevés si j'avais seulement pris des notes.

2.2.4 Analyse des résultats

La méthode d'analyse de données qui a été utilisée est l'analyse par théorisation ancrée (ou méthodologie de la théorisation enracinée) qui est une adaptation de la *grounded theory* décrite en 1967 par Glaser et Strauss. C'est une « démarche itérative de théorisation progressive d'un phénomène » (24) à partir de données issues d'une recherche qualitative. Les données brutes sont soumises à un travail de codages successifs aboutissant à une catégorisation de ces données permettant ensuite leur analyse. La base de travail de cette méthode est

« l'adhérence aux données » (25) qui permet d'exploiter au maximum l'ensemble des données issues des entretiens.

L'analyse s'est donc déroulée selon cette méthode en trois étapes :

- Le codage ouvert qui permet de relever les propos et les idées développées par la personne interrogée grâce à une lecture attentive de la retranscription des entretiens. Cette première étape aboutit à la création de codes qui sont des mots ou expressions qui qualifient les propos de la personne.
- Le codage axial est une relecture des retranscriptions qui a pour but d'établir des liens entre les codes ouverts qui ont été définis.
- Le codage sélectif définit des catégories à partir des liens entre les codes mettant en relief les idées centrales et apportant la structure de l'analyse (26).

La première étape de codage ouvert a été effectuée au fur et à mesure de l'étude après la retranscription de chaque entretien. Elle a permis de définir un total de 256 codes. Le codage axial a quant à lui été amorcé à partir du septième entretien, une fois que j'ai estimé avoir suffisamment de codes pour établir des liens entre eux. Enfin, le codage sélectif a été débuté à la suite du codage axial des treize premiers entretiens. Il a été complété ensuite par les codages successifs des quatorzièmes et quinzièmes entretiens. Ce travail de codages successifs a permis de définir des grands thèmes ainsi que des sous-catégories qui ont servi de structure de base pour l'analyse des résultats.

Une impression de saturation des résultats a été atteinte à partir du onzième entretien qui n'a apporté aucun élément supplémentaire au niveau du codage axial. J'ai donc réalisé le douzième et le treizième entretien avec respectivement une sage-femme hospitalière et une sage-femme libérale pour confirmer la saturation dans chacun des deux profils. L'entretien avec cette dernière sage-femme effectuant des accouchements à domicile a apporté de nouveaux éléments à l'étude ce qui a motivé la réalisation des deux derniers entretiens pour atteindre une saturation des données sur ce type de profil.

3 Résultats

3.1 Description de la population étudiée

3.1.1 Renseignements généraux

Au total 15 sages-femmes ont été interrogées. Parmi elles, 9 sages-femmes travaillant en secteur hospitalier, 5 en secteur libéral (réalisant des accouchements en plateau technique et/ou à domicile) et une cumulant une activité libérale et hospitalière mais ne réalisant que des accouchements à l'hôpital.

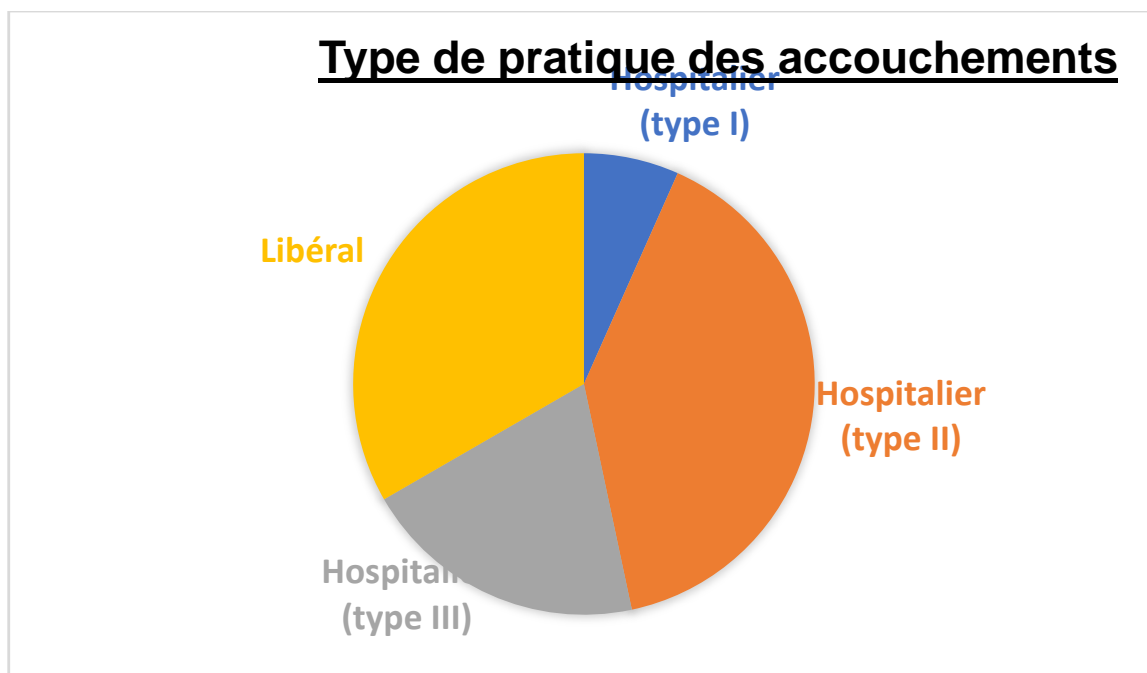


Figure 7 : Type de pratique des accouchements

L'ensemble de la population se constitue de femmes, elles ont toutes réalisé leurs études en France et travaillent en région Île-de-France.

Elles avaient entre 28 et 74 ans lors des entretiens.

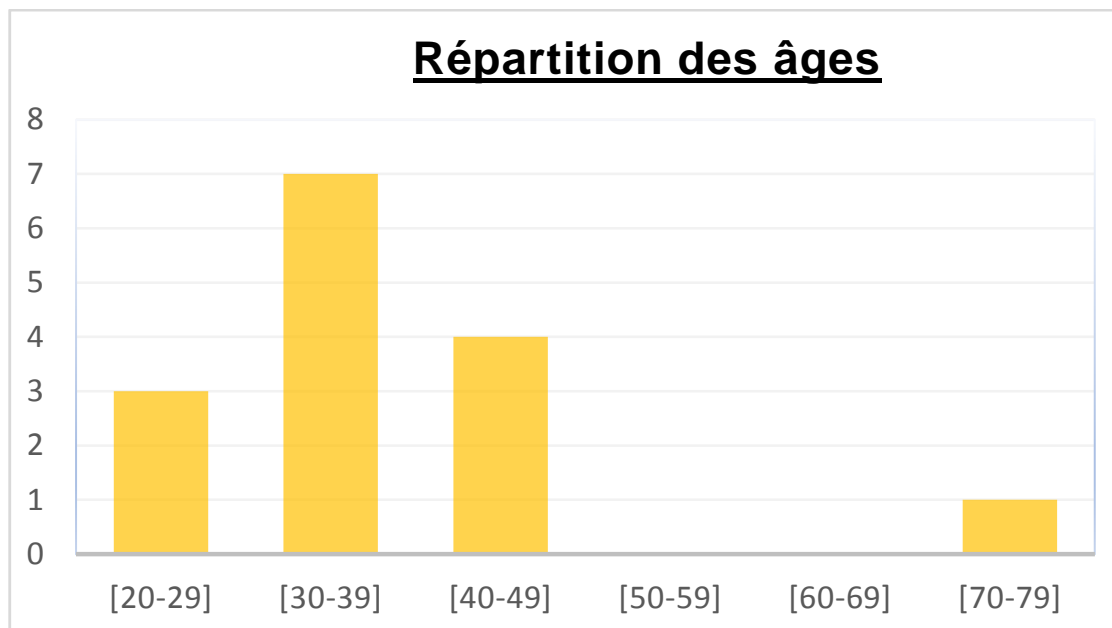


Figure 8 : Répartition des âges des sages-femmes interrogées

Elles avaient des expériences professionnelles variées en exerçant le métier de sage-femme depuis 3 à 34 ans.

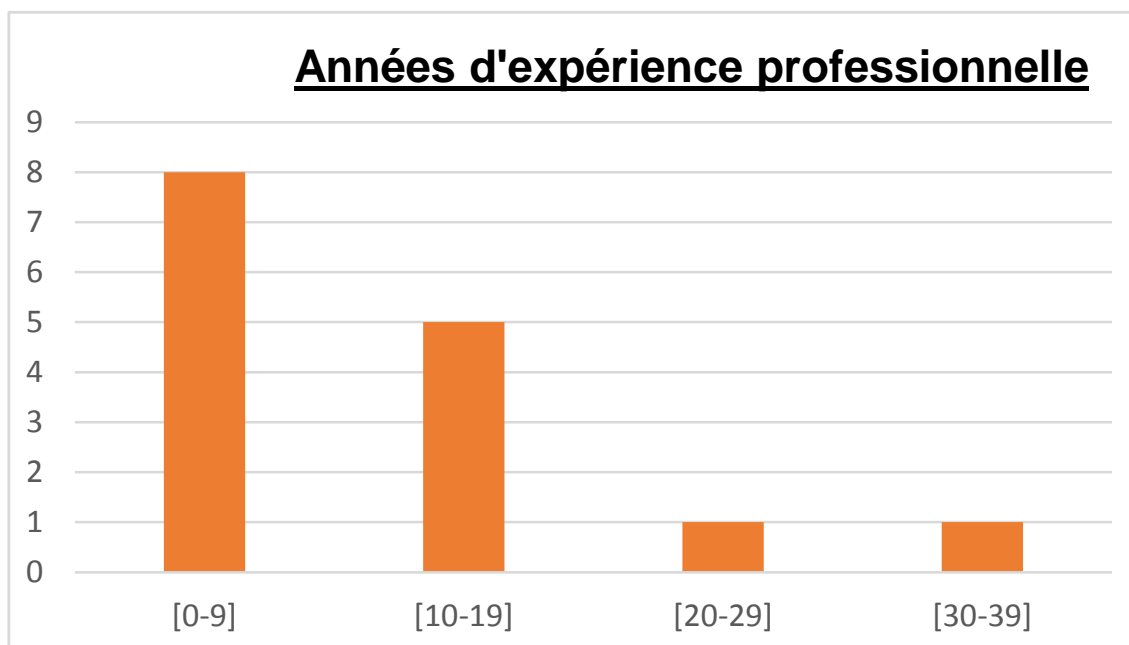


Figure 9 : Années d'expérience professionnelle

Ces informations sont récapitulées en Annexe VII.

3.1.2 Etat des lieux des pratiques

Choisir la position d'accouchement

Chaque entretien a débuté par un état des lieux des pratiques de la sage-femme interrogée concernant les positions d'accouchement en général. Il a permis de distinguer trois façons différentes de la choisir.

Cinq sages-femmes imposent une position d'accouchement à la patiente de façon systématique sauf si cette dernière a exprimé un souhait différent. Dans ces cas-là, la position imposée est toujours la position gynécologique.

D'autre part, sept sages-femmes préfèrent demander à la patiente au cours du travail quelle position elle souhaite adopter au moment de l'accouchement ou dans quelle position elle se sent plus à l'aise.

Enfin, d'autres n'interviennent pas dans l'installation de la patiente. Elles l'accompagnent dans la position qu'elle adopte spontanément. Cette pratique a été décrite par 3 des sages-femmes accompagnant des naissances à domicile.

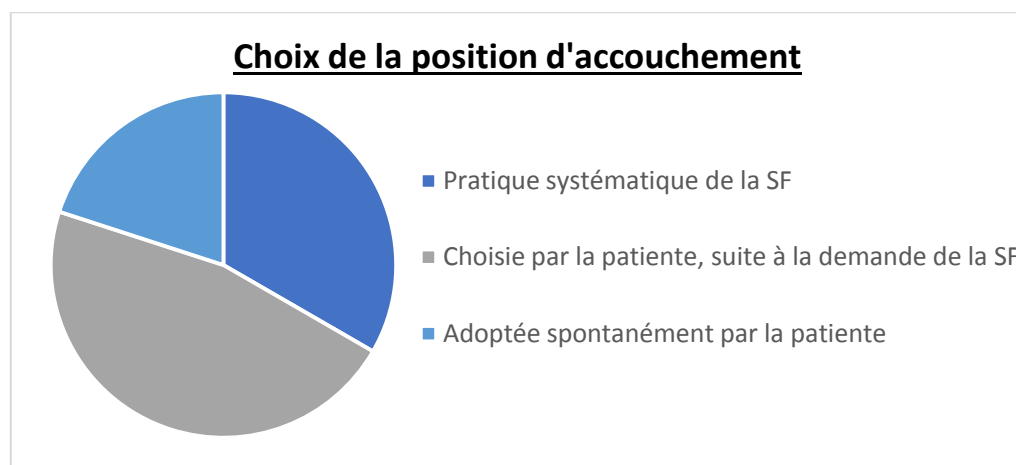


Figure 10 : Choix de la position d'accouchement

La façon d'aborder la position d'accouchement avec la patiente varie selon les sages-femmes. Les sages-femmes libérales ont tendance suivre la patiente dans la position qu'elle adopte par elle-même et les sages-femmes hospitalières sont les seules à installer la patiente de façon systématique.

Types de position pratiqués

Dans la population interrogée, une majorité de sages-femmes réalisait les accouchements principalement en position gynécologique (9/15). Les autres sages-femmes la pratique de façon minoritaire au profit d'autres positions telles que la position accroupie, à quatre pattes, à genoux, debout, dans la baignoire ou suspendue à un tissu (6/15). On peut également remarquer que dans la population interrogée, les sages-femmes disant ne jamais avoir recours à la position gynécologique ou rarement sont toutes les sages-femmes libérales et la sage-femme hospitalière exerçant dans une maternité de type I ; celles l'utilisant toujours ou dans 90% des cas ou plus sont uniquement des sages-femmes hospitalières de maternités de type IIb ou III.

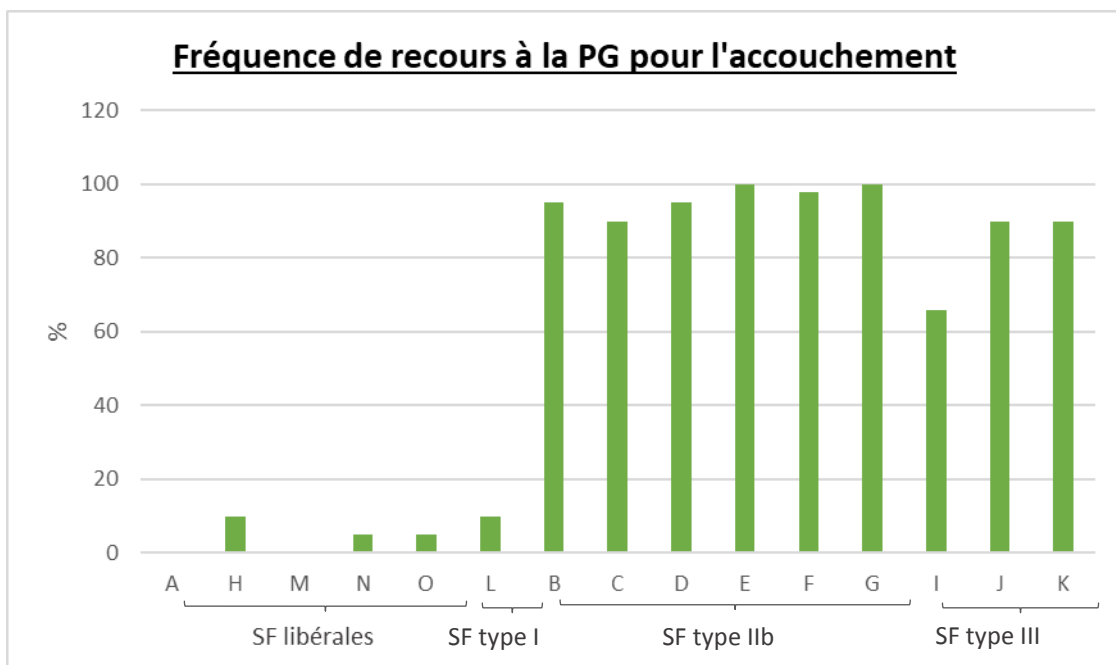


Figure 11 : Fréquence de recours à la position gynécologique

3.2 Perceptions des sages-femmes sur leurs pratiques

3.2.1 La formation

Chaque sage-femme de l'étude a eu l'occasion d'aborder le sujet de sa formation initiale lors de l'entretien, soit de façon spontanée, soit par une relance. Elles avaient toutes des souvenirs plus ou moins précis d'un apprentissage de la prise en charge d'un accouchement en position gynécologique et de ne pas avoir appris d'autres alternatives.

SF G	<i>Je n'ai eu aucun cours sur les positions d'accouchement parce qu'il y a trente ans c'était pas du tout... c'était en position gynécologique.</i>
SF H	- Vous avez eu des cours sur les positions d'accouchement ? - <i>Non pendant mes études il n'y avait pas vraiment beaucoup d'alternatives, en tout cas à l'école je n'ai jamais appris.</i>
SF M	<i>A l'époque on ne nous disait rien du tout, c'était poulet de Bresse point à la ligne.</i>
SF E	<i>Je n'ai pas le souvenir d'avoir abordé les différentes positions d'accouchement et d'avoir abordé justement comment on fait sur une patiente qui est dans telle ou telle position.</i>

Ces témoignages sont rapportés par des sages-femmes d'âges différents, ayant fait leurs études à des époques différentes, pourtant elles dénoncent toutes une omniprésence de la position gynécologique dans la formation qui semble ne pas avoir beaucoup évolué sur ce sujet durant les trente dernières années. Selon plusieurs sages-femmes, cette formation constitue un frein à une pratique variée des positions d'accouchement.

L'accompagnement des femmes dans des positions d'accouchement différentes est appris aux sages-femmes par le compagnonnage et par les échanges avec d'autres sages-femmes.

SF A	<i>C'est ma collègue qui m'a formée à l'accouchement en libéral, qui m'a formée à toutes ces pratiques.</i>
SF M	<i>Lorsque je me suis mise à accompagner des accouchements à domicile j'ai eu l'immense chance qu'à ce moment l'internet démarrait [...] et j'ai bénéficié d'échanges très intéressants avec des sages-femmes.</i>
SF O	<i>Ce sont des collègues sages-femmes qui m'ont dit « mais tu sais moi je fais différemment » et du coup ça m'a permis aussi de me poser en me disant « bah oui mais j'ai peut-être le droit aussi de faire différemment ».</i>

3.2.2 L'environnement de la naissance

Le type de maternité

Deux des sages-femmes travaillant en maternité de type III rapportent le fait que la fréquence élevée de situations pathologiques dans leur pratique favorise le recours à la position gynécologique par rapport aux autres.

SF I	<i>Nous on a quand même beaucoup de pathologies donc je pense que les choses sont biaisées aussi quand on fait un prématuré, quand on fait une patiente qui fait des complications.</i>
SF K	<i>Moi j'ai commencé dans un niveau III tout de suite, je pense que si j'avais commencé dans un niveau I effectivement il y a plus de patientes qui ont ce genre de projets et plus de sages-femmes qui sont dedans aussi du coup j'en aurais certainement fait plus [En parlant de la variété des positions d'accouchement].</i>

Les habitudes et protocoles

Plus que le type de maternité, ce sont aussi les habitudes et protocoles du service qui semblent jouer sur la pratique des positions d'accouchement. Cela peut inciter d'une part à l'utilisation plus ou moins systématique de la position gynécologique.

SF C	<i>Depuis que je suis sage-femme je ne fais que la position gynéco, ici c'est comme ça.</i>
SF E	<i>Ici on l'utilise tout le temps. On est ouvert aux positions d'accouchement par contre il n'y a rien qui va être fait pour favoriser ça.</i>

D'autre part, elles peuvent au contraire encourager le recourt à d'autres positions.

SF K	<i>Ici on a quand même une réputation assez physio pour un niveau III donc au contraire nous on est plutôt content quand on fait des accouchements dans d'autres positions.</i>
SF J	<i>Les sages-femmes ici euh... en fait tout le monde apprécie quand il fait un accouchement autrement que sur le dos.</i>
SF L	<i>A [maternité de type I] c'est facile tout le monde varie les positions donc on est plutôt content. Genre « t'as pas essayé ça ? Non. Alors allons y on va essayer ça ».</i>

La quantité de travail

Enfin, deux sages-femmes ont évoqué la problématique liée à l'intensité de l'activité du service qui peut limiter les possibilités lors de l'accouchement par manque de temps.

SF F	<i>Il y a une notion d'activité, de timing à respecter en fait. Tu ne peux pas rester 15 ans à installer ta patiente, à changer de position, alors que tes collègues sont en train de voir 4 dames.</i>
SF B	<i>Même si on a envie de le faire on sait que ça prend plus de temps, du coup on va s'occuper moins des autres patientes et du coup on se dit bah mince les collègues elles vont se taper plus de patientes parce que moi je suis bloquée à l'accompagner.</i>

Les pratiques de la sage-femme sont donc soumises aux exigences de l'établissement dans lequel elle travaille ainsi qu'aux habitudes exercées autour d'elle.

Le matériel disponible

Le matériel à disposition et notamment les tables d'accouchement présentes dans les maternités aujourd'hui ont été décrites comme étant un frein à la pratique de diverses positions d'accouchement.

SF A	<i>Se pose un problème logistique c'est que du coup on est sur une table classique d'accouchement, qui n'est quand même pas très large, et du coup pour changer et re-bouger etc. c'est plus compliqué.</i>
SF B	<i>C'est vrai que les tables d'accouchement qu'on a aujourd'hui sont moyen pratiques. Je réfléchis ; est-ce que c'est moi qui n'ai pas le courage d'utiliser les tables dans toutes leurs possibilités alors que je pourrais mais non effectivement par exemple sur le côté tu peux mettre la jambe dans l'étrier là t'es bien exposée mais t'as le reste du lit en dessous donc quand elle accouche il y a du liquide partout c'est pas pratique.</i>
SF F	<i>J'utilise les étriers et si elle tient bien ses jambes ça peut être les cale-pieds mais ici ils ne sont pas forcément très bien faits parce qu'ils sont</i>

	<i>très larges donc ça dépend beaucoup de la taille de la patiente aussi</i>
--	--

Le matériel disponible dans les maternités françaises semble être fait pour positionner les femmes en position gynécologique au moment de l'accouchement et ne facilite pas leur installation dans des positions différentes.

En revanche, on remarque que l'imagination de la sage-femme peut contrer cet aspect. En effet, parmi celles interrogées, plusieurs ont décrit de nombreux accessoires leur permettant de positionner la patiente de différentes façons.

SF H	<i>Ça m'arrive de leur proposer de mettre une galette sous les fesses ou sinon je vais rouler un drap ou mettre une poche de sérum de façon à pouvoir surélever. Au moment de l'expulsion j'utilise de temps en temps des draps pour qu'elles puissent, avec leur partenaire, avoir un point de traction.</i>
SF L	<i>J'utilise la barre, le drap, les cale-pieds, la galette éventuellement euh ça peut être quoi ... ? ça peut être les cacahuètes, ou on va essayer de caler les jambes en roulant des alèses de manière à caler leurs genoux.</i>
SF N	<i>En maternité pour faire les positions plus sur le côté ça va être les coussins d'allaitement pour caler les jambes, si c'est à quatre pattes ça va être le ballon pour qu'elles puissent se poser un peu plus confortablement ou relever un peu le lit et mettre un coussin.</i>

Dans les maternités françaises, les habitudes de service et le matériel à disposition encouragent la pratique de l'accouchement en position gynécologique. Le recours à d'autres positions est une initiative qui peut venir de la sage-femme elle-même ou d'une politique de service de façon plus générale.

3.2.3 La médicalisation de la naissance

La médicalisation de la naissance a apporté à la fois des innovations et des obligations professionnelles que les sages-femmes doivent prendre en compte dans leurs pratiques

L'analgésie péridurale

Le facteur qui apparaît être le plus important en ce qui concerne la pratique de la position gynécologique est la présence d'une analgésie péridurale. En effet, il a été évoqué par la totalité des sages-femmes interrogées et il est le plus souvent présenté comme étant un des freins majeurs à l'installation d'une patiente autrement qu'en position gynécologique pour l'accouchement. De ce fait, les positions verticales semblent être réservées aux accouchements naturels, c'est-à-dire sans analgésie péridurale.

SF B	<i>Ça dépend si elles ont une péri ou pas ça c'est sûr. Mais après on va dire que dans la majorité des cas elles ont une péri donc je les installe dans la position gynéco avec les jambes dans les étrières.</i>
SF C	<i>Quand il y a une péri c'est compliqué de faire autre chose que la position gynécologique.</i>
SF E	<i>En position à quatre pattes c'est vrai que ça concerne principalement des femmes qui se mobilisent très très bien, qui sentent très bien leurs jambes et donc des femmes qui n'ont pas de péridurale.</i>
SF G	<i>Ce sont des patientes qui n'ont pas de péridurale qui accouchent accroupie, sur le côté, comme elles veulent. Mais avec une péridurale comme on a ici ce n'est pas possible</i>

La raisons évoquées par les sages-femmes sont liées au manque de mobilité de la patiente et à l'absence de sensation de poussée qui ne lui permettent pas d'accoucher dans une position verticale ou sur le côté.

La surveillance du bien être fœtal

La position d'accouchement est aussi choisie par la sage-femme en fonction de la possibilité de pouvoir enregistrer le rythme cardiaque fœtal. En effet, aujourd'hui dans les maternités le bien-être de l'enfant à naître est contrôlé en permanence et le rythme cardiaque fœtal est enregistré en continu pendant toute la durée du travail et de l'accouchement. Cette obligation est une préoccupation permanente pour certaines sages-femmes qui positionnent la patiente en fonction.

SF E	<i>On trouve quand même une position avec laquelle je puisse avoir l'enregistrement du rythme cardiaque qui est quand même correcte.</i>
SF H	<i>Elles se mettent dans la position qu'elles veulent mais qui me permet d'enregistrer un rythme.</i>

La durée des efforts expulsifs

Tout comme la possibilité d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal, la durée des efforts expulsifs est imposée aux sages-femmes. Dans beaucoup de maternité en France, cette phase d'expulsion est limitée (en général à 30 minutes), délai au-delà duquel la sage-femme doit appeler le médecin pour réaliser une extraction instrumentale pour faire naître l'enfant. Elle doit donc s'assurer de l'efficacité des efforts expulsifs afin qu'ils durent le moins longtemps possible et cela va impacter les positions d'accouchement qu'elle va proposer à la parturiente.

SF C	<i>Des fois ça m'arrive de repasser en PG quand c'est inefficace sur le côté</i>
SF E	<i>Je leur dis « vous pouvez accoucher dans la position que vous voulez à partir du moment où c'est efficace pour la poussée ».</i>
SF I	<i>Si les efforts expulsifs sont moins, je trouve en tous cas et j'estime qu'ils sont moins efficaces sur le côté je la remets en décubitus dorsal.</i>

Il semble y avoir une certaine pression sur les sages-femmes qui doivent tout faire pour limiter la durée des efforts expulsifs tout en contrôlant le bien être fœtal. La femme est donc souvent installée en position gynécologique en prévention d'une extraction instrumentale. Cette position et la médicalisation de la naissance apparues ensemble au XVIIIème siècle sont encore liées aujourd'hui.

3.2.4 Les autres intervenants

Le gynécologue-obstétricien

Une composante abordée par plusieurs sages-femmes est la participation du médecin à l'accouchement. Lorsque la sage-femme doit lui faire appel, elle ressent l'obligation d'installer la patiente en position gynécologique.

SF C	<i>Si j'ai une patiente qui est dans une autre position et que je dois appeler le médecin par contre là je la remets en PG.</i>
SF D	<i>Si j'appelle le médecin en revanche là je la remettrai sur le dos effectivement.</i>
SF K	<i>C'est vrai que quand on fait appel à un médecin parce qu'il y a des problèmes, des anomalies du rythme ou des choses comme ça je me vois mal laisser la dame sur le côté.</i>
SF N	<i>Si j'appelle le médecin il faut que je la remette en position gynéco parce que sinon il va me dire « c'est n'importe quoi, les draps ils sont comme ci, ils sont comme ça, la dame elle est debout » enfin en gros comme si c'était n'importe quoi. Et du coup j'avais peur de ce jugement là, du fait que la dame soit debout etc.</i>
SF I	<i>S'il y a besoin d'une extraction instrumentale et donc du médecin la dame sera de nouveau sur le dos.</i>

L'équipe paramédicale

Deux sages-femmes ont présenté l'équipe paramédicale comme étant un frein à la pratique de positions variées. Elles n'osent pas toujours proposer d'autres positions à la patiente car elles seraient plus « sales » donc l'équipe paramédicale est réticente.

SF E	<i>L'équipe paramédicale euh parce que justement c'est forcément un peu plus sale, il peut y avoir du sang un peu plus facilement partout, le bébé bah effectivement quand les patientes elles accouchent à quatre pattes une fois que le bébé naît qu'est-ce qu'on en fait ? Donc voilà parfois ça peut être compliqué pour elles parce que ça sort de ce qu'on fait d'habitude et que parfois elles n'aiment pas trop parce que c'est pas très propre.</i>
SF B	<i>Surtout par rapport aux paramédicaux, [...] ça m'est déjà arrivé de sentir la pression de certaines collègues qui ne sont pas très contentes que ce soit un accouchement sur le côté ou un accouchement pas conventionnel on va dire.</i>

Aujourd'hui la prise en charge de la naissance est pluridisciplinaire et les sages-femmes remarquent que ces différents intervenants ont un impact sur leurs pratiques.

3.2.5 Les habitudes et le confort de la sage-femme

Les sages-femmes interrogées ont également relevé des facteurs propres à leur personnalité et à leur identité personnelle qui influencent leurs pratiques.

Habitudes et expérience professionnelles

Beaucoup des sages-femmes qui pratiquent majoritairement la position gynécologique le justifient par le fait qu'elles ont l'habitude d'accompagner les accouchements de cette façon.

SF K	<i>C'est frustrant parce que on sait que c'est bien [en parlant des positions verticales] mais finalement on est vachement ancré dans nos habitudes.</i>
SF B	<i>C'est sûr que sur le côté on le fait moins parce qu'on n'a pas l'habitude.</i>
SF D	<i>Moi je leur dis « si vous voulez vous mettre sur le côté on peut se mettre sur le côté et si vous avez aucun désir particulier on se mettra sur le dos ». Voilà parce que je trouve ça plus facile, parce que je suis habituée.</i>

Quant aux sages-femmes qui accompagnent l'accouchement dans diverses positions, elles disent se sentir à l'aise grâce à leur expérience.

SF L	<i>Oui je me sens à l'aise avec toutes les positions parce que je suis vieille ! ça fait longtemps que je travaille donc oui quand même ça va.</i>
SF O	<i>- Vous vous sentez à l'aise pour accompagner les femmes dans n'importe quelle position ? - Oui parce que dans ma vie j'ai fait à peu près toutes les positions.</i>
SF J	<i>En fait très tôt dans mes études je suis passée dans des lieux physio. [...] j'ai vu mes premiers accouchements dans d'autres positions et du coup c'était assez tôt dans un cursus finalement comme c'était le début des accouchements que je faisais, [...] ça a été intégré très vite.</i>

L'expérience acquise par chaque sage-femme au cours de sa vie a un impact majeur sur ses pratiques. Elle peut renforcer une pratique déjà assimilée

auparavant, comme c'est le cas des sages-femmes pratiquant majoritairement la position gynécologique, ou au contraire les émanciper de cette formation par la découverte de nouvelles pratiques.

Confort et patience

Les sages-femmes ayant appris l'obstétrique selon la position gynécologique perdent leurs repères lorsque les parturientes sont installées différemment ce qui constitue un frein à une pratique variée des positions d'accouchement.

SF C	<i>Au final il faut être à l'aise, il faut aussi imaginer le mobile fœtal descendre, s'il y a besoin de faire une petite restitution savoir comme la faire.</i>
SF K	<i>Pour nous c'est beaucoup plus pratique c'est sûr, déjà pour moi perdre ses repères, pour vérifier la présentation, la hauteur de l'engagement, même pour retenir la tête et tout ça on a quand même beaucoup plus de visibilité dans cette position que sur le côté et tout ça.</i>
SF E	<i>[En parlant des positions d'accouchement différentes] J'ai envie d'accéder à l'attente de cette patiente là mais parfois je me sens un peu démunie parce que je ne sais pas très bien comment faire pour que ce soit fait correctement.</i>

Le confort physique du professionnel de santé a aussi évoqué : la position gynécologique est plus confortable que les autres positions pour l'accoucheur.

SF D	<i>C'est vrai qu'un accouchement sur le côté clairement on a une fesse sur le lit, on est sur le côté euh pour le dos je pense que ce n'est vraiment pas bon [...]. Nous on n'est pas du tout installées confortablement donc euh faut pas que ça s'éternise.</i>
-------------	---

SF B	<i>[La position gynécologique] c'est plus pratique pour moi donc c'est ce que j'utilise le plus souvent.</i>
-------------	--

De plus, installer la parturiente dans des positions différentes nécessite une certaine patience ou plus de temps et cela peut freiner les sages-femmes à les réaliser.

SF F	<i>[En parlant de la position gynécologique] C'est le côté pratique du fait qu'il y a beaucoup de naissances et que en gros je prends pas le temps de leur proposer autre chose.</i>
SF H	<i>Les positions ça va dépendre [...] de la patience dont la sage-femme doit faire preuve au moment de l'engagement du bébé dans le bassin</i>

Par ailleurs, le confort semble être un frein principalement pour les sages-femmes hospitalières. Celles accompagnant des accouchements à domicile affirment pouvoir s'adapter à toutes les positions.

SF M	<i>Je me sens très à l'aise pour accompagner les dames dans n'importe quelle position. Si elle est comme ça bah je suis par terre ou je vais me mettre derrière elle voilà. Il n'y a pas de position où l'on ne puisse pas s'adapter.</i>
SF O	<i>Je peux encore me plier en deux, je peux encore me mettre à genoux par terre, je peux encore porter la cuisse d'une femme ou le pied d'une femme sur mon épaule donc tant que mon corps me permettra de les porter, je pense qu'il n'y aura pas de souci. Quand je vais vieillir et que j'aurai mal partout je pense que je demanderai à leur mari de prendre les positions.</i>

3.2.6 Les convictions des sages-femmes

La mécanique obstétricale

Comme nous l'avons vu en introduction, les positions d'accouchement ont des effets différents sur la mécanique obstétricale. Les positions verticales ont tendance à favoriser la progression physiologique du mobile fœtal dans le canal de naissance, davantage que lorsque la femme est en décubitus dorsal. Cette notion de mécanique obstétricale a été fréquemment abordée par les sages-femmes mais les convictions sont différentes.

Certaines sont au courant des avantages des positions verticales et de l'aspect moins physiologique de la position gynécologique.

SF C	<i>Les poussées sont moins efficaces sur le dos, enfin c'est moins physiologique pour l'accouchement.</i>
SF K	<i>[La position gynécologique] c'est clairement pas la plus physiologique de toutes ça on le sait très bien.</i>
SF N	<i>Pour moi accoucher allongée avec les jambes écartées c'est pas du tout ce qu'il y a de plus adapté pour mettre au monde un enfant.</i>
SF L	<i>La position gynéco c'est nul. En fait au final elle ne peut même pas bouger le bassin. Et puis bon en même temps on le fait quand vraiment elle n'arrive pas à bouger du tout. Mais euh... non ça ne donne rien de bien en général.</i>

A l'inverse, deux sages-femmes considèrent la position gynécologique comme étant la position la plus adaptée pour la naissance.

SF G	<i>Ça aide dans la mécanique, ça bascule bien le bassin vraiment comme si</i>
-------------	---

	<i>elles étaient en position accroupie.</i>
SF F	<i>Basiquement tu résoudras quasiment toujours le problème quand tu la mets sur le dos.</i>

Les autres sages-femmes pensent que la position gynécologique n'a pas spécialement d'impact négatif sur la mécanique obstétricale.

SF I	<i>C'est pas non plus une mauvaise position, de mon point de vue, que ce soit sur la mécanique obstétricale, que ce soit sur l'avancée de la sortie du mobile fœtal ou que ce soit pour le périnée, je n'ai pas l'impression que ce soit une plus mauvaise position</i>
SF J	<i>En fait moi je ne trouve pas qu'il y ait des positions qui soient inadaptées.</i>

La protection périnéale

Un autre argument énoncé par les sages-femmes pour expliquer leurs pratiques est celui de la protection périnéale. Cependant, tout comme les effets sur la mécanique obstétricale, les avis diffèrent et sont parfois contradictoires selon les sages-femmes.

Une seule sage-femme considère que la position gynécologique est protectrice pour le périnée. Les autres qui ont parlé de ce facteur considèrent à l'inverse que la position gynécologique a des effets délétères sur le périnée.

SF E	<i>Elle nous oblige à les faire pousser très très fort en étant très traumatique pour les périnées.</i>
SF H	<i>Je pense que ce n'est pas forcément une position qui va protéger au mieux</i>

	<i>le périnée.</i>
SF M	<i>Les positions telles que décrites [positions verticales] vont beaucoup moins étirer le périnée quand le bébé passe que lorsqu'elles sont en position gynéco.</i>
SF N	<i>Les positions sur le côté ou à quatre pattes pour le périnée c'est beaucoup plus doux, il y a moins de risques de déchirures.</i>

Sur les 15 sages-femmes interrogées, seulement 2 semblaient convaincues des avantages obstétricaux de la position gynécologique. Pourtant, elles étaient beaucoup plus à la pratiquer de façon presque systématique.

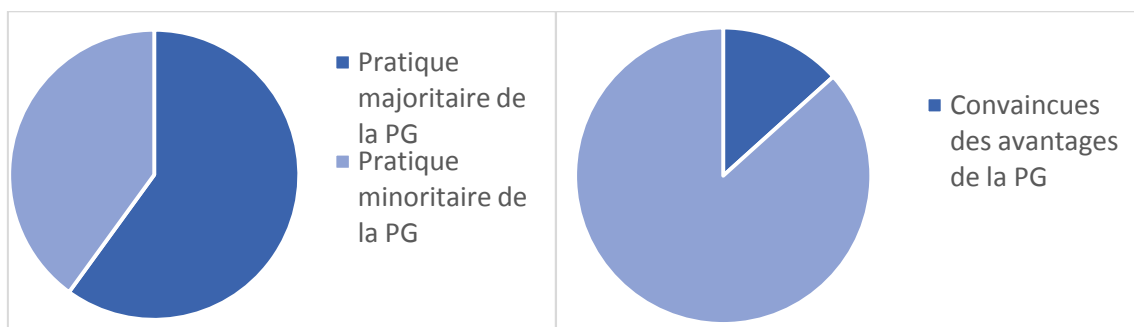


Figure 12 : Discordance entre pratiques et convictions des sages-femmes

La pratique de la position gynécologique par les sages-femmes françaises ne répond pas seulement à la logique d'une *Evidence Based Medicine* qui s'appuie sur l'étude des sciences fondamentales, la recherche médicale et l'expertise clinique de chaque praticien (27). En effet, on remarque que les différents facteurs énoncés par les sages-femmes ne sont pas universels et que leurs convictions ne coïncident pas avec leurs pratiques. Il existe donc d'autres variables qui influencent cette pratique que nous allons discuter par la suite.

4 Analyse et Discussion

4.1 Une pratique de la position gynécologique normée

Afin de répondre à notre problématique, nous allons reprendre les différents éléments qui définissent la norme sociale d'après les écrits de Durkheim, Mauss et Fauconnet que nous avons détaillés en introduction.

4.1.1 Une pratique uniforme

Les résultats que nous avons exposés ci-dessus concernant les pratiques des sages-femmes autour de la position gynécologique ne sont pas spécifiques à cette étude. En effet, ils coïncident avec ceux d'autres travaux portant sur ce sujet.

Premièrement, une étude descriptive réalisée dans le cadre d'un mémoire de maïeutique a comparé les différentes prises en charge entre une maternité de type I et une maternité de type III. L'étude portait sur 81 dossiers médicaux de femmes à bas risque obstétrical de chaque maternité ; l'une ayant une politique mettant en avant la physiologie (type I), l'autre proposant une prise en charge plus médicalisée (type III). Concernant la position d'accouchement, l'ensemble des patientes ont accouché en décubitus dorsal dans la maternité de type III et 33,3 % des patientes ont accouché dans cette position dans la maternité de type I (les autres patientes ont accouché en décubitus dorsal, accroupies, à quatre pattes, suspendues ou semi-assises). De plus, parmi celles ayant accouché sans péridurale, 24,5 % ont accouché en décubitus dorsal alors qu'elles sont 80 % à avoir accouché dans cette position parmi celle ayant bénéficié d'une péridurale (28). Ainsi, le recours à la position gynécologique semble plus fréquent dans les maternités accueillant des situations pathologiques et cette position est associée à la présence d'une analgésie péridurale.

De même, nos résultats coïncident avec ceux issus d'un autre mémoire de maïeutique portant sur les freins à la pratique de l'accouchement en décubitus latéral par des entretiens semi-directifs de huit sages-femmes. L'étude de ces entretiens a révélé que les sages-femmes étaient réticentes à la pratique de l'accouchement en décubitus latéral car elles ressentent un manque de maîtrise dans cette position qu'elles expliquent par une formation initiale centrée sur la position gynécologique, des tables d'accouchement inadaptées ainsi qu'un manque de confort. De plus, elles rapportent que les obstétriciens et les autres professionnels de santé travaillant en salle de naissances n'approuvent pas cette position et cela ne les incite pas à la pratiquer (4).

Ainsi, même si l'échantillon de notre étude n'est pas représentatif de la population générale, nous pouvons penser que nos résultats reflètent de façon relativement fiable les pratiques des sages-femmes françaises.

4.1.2 Une pratique respectée par un ensemble d'individus d'une même société qui impose un comportement

L'accouchement en position gynécologique est une pratique respectée majoritairement par les sages-femmes exerçant en milieu hospitalier. La prédominance de cette pratique au sein de cette population s'explique premièrement par la formation que ces sages-femmes ont reçue et qui instaure un mode de fonctionnement. Elles apprennent la réalisation des accouchements dans cette position, elles prennent donc cette habitude et se sentent à l'aise pour accompagner la patiente que lorsqu'elle est installée ainsi. Elles ont donc tendance à ne proposer que cette position à leurs patientes.

En plus d'une formation théorique centrée sur la position gynécologique, la formation pratique sur le terrain réalisée par des sages-femmes exerçant seulement cette position conditionne les futurs professionnels à l'exercer aussi.

Les sages-femmes ainsi formées travaillent ensuite dans un environnement qui renforce la norme de la position gynécologique. En effet, elles décrivent des tables

d'accouchement et des accessoires peu adaptés à d'autres positions, ainsi que des habitudes de service et des protocoles ne permettant pas le recours à des positions alternatives.

Pour s'éloigner de ce modèle, les sages-femmes ayant des pratiques plus variées décrivent une étape d'observation et de compagnonnage plus ou moins longue émanant d'une initiative personnelle.

4.1.3 Des pratiques différentes sanctionnées

Lorsqu'une pratique est respectée par un ensemble d'individu au titre d'une norme sociale, les autres pratiques déviantes de cette norme sont sanctionnées.

Tout d'abord, l'une des caractéristiques d'une norme sociale, décrite par Nicole Dubois, est la désirabilité sociale (29) : ici la position gynécologique est la position d'accouchement socialement souhaitable. De ce fait les sages-femmes accompagnant un accouchement dans une position différente ne répondent pas à cette désirabilité sociale et subissent la désapprobation des autres intervenants, que ce soit l'équipe paramédicale ou le gynécologue-obstétricien. Cet aspect constitue une première forme de sanction.

Par ailleurs, les sages-femmes sont soumises aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui sont principalement énoncées par le CNGOF. Celles-ci les soumettent à plusieurs obligations qu'elles considèrent comme des freins à la pratique de positions variées d'accouchement. Celles mentionnées par les sages-femmes de l'étude sont la limitation de la durée des efforts expulsifs à 30 minutes chez la primipare ainsi que l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal pendant le travail (30).

Les dernières recommandations de la HAS sur ces sujets sont pourtant moins contraignantes pour la pratique des sages-femmes. En effet, pour les patientes à bas risque obstétrical, il est possible de réaliser une auscultation intermittente du fœtus même durant le deuxième stade du travail et la durée des efforts expulsifs

est laissée à l'appréciation de la sage-femme (17). Malgré ces recommandations, nos résultats montrent que les sages-femmes se sentent toujours soumises aux recommandations du CNGOF. On peut alors se questionner sur l'indépendance de la profession de sage-femme face aux autres professions médicales, point que nous développerons par la suite.

4.1.4 Une pratique respectée dans un cadre individuel

La norme de l'accouchement en position gynécologique est respectée par les sages-femmes dans le cadre de leur propre personnalité. Au cours des entretiens, la réflexion autour des pratiques d'accouchement a amené plusieurs interlocutrices à se questionner sur leur vision de la naissance et leur propre rôle en tant que sage-femme.

Vision de la naissance

La façon dont la sage-femme considère la naissance va influencer ses pratiques au moment de l'accouchement. Celles qui considèrent la naissance comme étant un phénomène physiologique à priori ont tendance à proposer plus facilement aux femmes des positions d'accouchement variées et/ou à les laisser adopter celles qu'elles souhaitent. C'est le cas de la SF A qui pense « *qu'il faut faire confiance aux femmes et qu'il n'y a pas de mauvaise position. Il faut accepter qu'intimement elles sentent la position qui va leur correspondre* ». La SF L nous dit aussi qu'il « *faut faire confiance aux patientes, quand d'un seul coup elles ne veulent plus se mettre comme ça faut les laisser faire, les laisser changer et en général c'est ce qui débloque la situation* ». Le plus important pour ces sages-femmes est de faire confiance aux femmes et en la physiologie de la naissance.

A l'inverse, les sages-femmes qui pratiquent principalement la position gynécologique pour l'accouchement disent le faire pour des raisons de sécurité et de contrôle. Elles considèrent l'accouchement comme une période à risque de complication qui nécessite une surveillance très rapprochée. Pour la SF E, « c'est

plus facile [...] de contrôler un dégagement de tête en position gynéco qu'en position sur le côté ». De même la SF D estime ne pas pouvoir intervenir lorsque la femme est installée dans une position différente « *alors que quand elles sont sur le dos en PG on va pouvoir éventuellement accompagner en attrapant le menton pour accélérer un petit peu quand ça s'éternise* ». Par conséquent, ces sages-femmes ne pratiquent pas les autres positions car elles ne permettent pas ou ne facilitent pas ce contrôle qu'elles aimeraient exercer sur la naissance.

Rôle de la sage-femme

Les différentes visions de la naissance impliquent également des visions différentes du rôle de la sage-femme. Celles qui ont recours à des positions d'accouchement variées ont tendance à se placer dans une posture d'accompagnante, en laissant le rôle principale à la femme qui accouche. Nous pouvons ici citer la SF H : « *Moi j'estime que ce sont les femmes qui accouchent et beaucoup de sages-femmes françaises pensent que c'est elles qui vont accoucher. D'ailleurs on dit souvent dans le langage courant « j'ai accouché madame machin ». Bah non je pense qu'on devrait dire « madame machin a accouché et je l'ai accompagnée* ».

Effectivement les sages-femmes hospitalières de notre étude décrivent leurs pratiques en disant : « *Je fais l'accouchement en position gynéco [...]* » (SF B), ou « *J'ai accouché une patiente [...]* » (SF I). Elles se considèrent comme actrice principale de l'accouchement. A l'inverse les sages-femmes libérales disent plutôt : « *les accouchements que j'ai accompagnés [...]* » (SF N), ou « *quand j'accompagne la parturiente [...]* » (SF O). Dans ces cas-là, la sage-femme se place au même niveau que la parturiente. Geneviève Pruvost a également relevé cet aspect dans son étude de récits d'accouchements à domicile. Dans ce type de naissances, la parturiente est celle qui guide la situation en fonction de ses ressentis et de ses choix aux côtés de la sage-femme qui apporte les connaissances et l'expertise médicale, c'est un « cumul de savoirs » qui ont chacun une importance égale (31).

La façon dont la sage-femme se représente sa profession a donc une influence sur ses pratiques lors de l'accouchement.

Impact des émotions

Dans le cadre de sa personnalité, la sage-femme éprouve des émotions qui peuvent guider le respect ou non d'une norme sociale. Selon l'auteur Jean-Hugues Déchaux, « à chaque émotion correspond une valeur particulière, une manière d'évaluer un objet », c'est « une sorte de préjugement qui peut être ou non rationnellement justifié dans un second temps par un jugement explicite » (32). Ainsi avec leurs émotions les sages-femmes sont pilotées par leur « préjugement » : elles ont intégré le fait que si elles installent la patiente en position gynécologique elles auront l'approbation du gynécologue obstétricien et de l'équipe paramédicale et elles pourront respecter les obligations professionnelles que la médicalisation leur impose.

Les normes sont respectées par crainte des sanctions et favorisées par l'étendue de la norme dans l'environnement, « mais c'est surtout l'écho intérieur de la norme qui va s'avérer décisif dans l'orientation de l'action. L'efficacité de la norme tient au sentiment négatif que son infraction suscite chez celui qui l'enfreint [...] il peut s'agir de la honte quand on se sait observé par autrui ou la culpabilité lorsque le regard de l'autre n'est pas aussi présent » (32). Les sages-femmes ont recours si fréquemment à la position gynécologique car elles ont associé l'utilisation des autres positions à des sentiments négatifs : la désapprobation des autres intervenants, l'impossibilité de réaliser des gestes habituels, le sentiment d'inconfort et d'incapacité.

Tous les facteurs détaillés précédemment qui conditionnent les sages-femmes à la pratique de la position gynécologique participent à l'émotion négative associée au non-respect de cette norme.

4.2 Une norme présente chez les patientes

Notre étude s'intéressait aux modalités de l'accouchement en position gynécologique du point de vue des sages-femmes, cependant elles ont été nombreuses à évoquer celui des patientes comme étant un facteur majeur dans le déroulement de l'accouchement. Il a donc semblé intéressant de prendre en compte ces témoignages, même indirects.

4.2.1 L'influence de leur culture

La position gynécologique est une norme propre à notre culture occidentale, comme nous l'avons vu en introduction les femmes des autres pays du monde accouchent le plus souvent dans des positions différentes. La SF H a d'ailleurs donné des exemples de certaines de ses patientes souhaitant un accouchement spécifique du fait de leur culture : *« Les cultures autour de la maternité et de l'accouchement peuvent être complètement différentes. Par exemple la brésilienne pour elle c'est un peu étonnant d'accoucher par les voies naturelles. L'américaine un peu fofolle elle aimerait faire ça dans les bois et sans assistance. Donc ça montre bien que c'est culturel »*.

De plus, nous avons interrogé seulement des sages-femmes ayant fait leurs études en France. Peut-être que nos résultats auraient été différents si nous avions recueilli des témoignages de sages-femmes étrangères.

4.2.2 Leur vision de l'accouchement

Les sages-femmes interrogées ont remarqué un certain conditionnement chez les patientes qui *« ne savent pas qu'on peut accoucher dans une position autre que la position gynéco »* (SF C) ou qui souhaitent *« un accouchement normal sous-entendu sur le dos »* (SF J). Selon la SF E : *« la norme c'est la position gynéco dans l'imaginaire des gens »*. Effectivement dans les médias ou au cinéma, l'accouchement est souvent représenté par une femme installée sur le dos. De

plus, la norme de la position gynécologique est présente en France depuis plusieurs générations, elle fait donc partie des récits d'accouchement au sein des familles. Les femmes semblent donc avoir intégré qu'elles accoucheraient dans cette position.

Une étude s'est d'ailleurs intéressée aux facteurs influençant le choix des patientes quant à leur position d'accouchement. Sur les 1154 interrogées via un questionnaire, 58,9% d'entre elles préfèrent une position allongée pour l'accouchement, 19,6% préfèrent une autre position et 21,5% n'ont pas de préférence. Selon l'auteur, cette faible proportion de femmes souhaitant accoucher dans d'autres positions peut aussi être expliqué par le fait qu'elles ne sont pas toutes correctement informées des différentes options possible pendant le travail et l'accouchement ; les conseils de la sage-femme étant l'un des facteurs majeurs influençant les choix des parturientes (33).

En outre, les sages-femmes ont un rôle majeur dans la pérennité de cette norme, que ce soit par la façon dont elles exercent ou par l'influence qu'elles ont sur les femmes.

4.3 L'indépendance de la profession de sage-femme

4.3.1 Prédominance de la logique sociale

Plusieurs éléments nous amènent à nous interroger au sujet de l'autonomie de la sage-femme dans son exercice professionnel en structure hospitalière.

Premièrement, nous avons vu que la position gynécologique était pratiquée par une majorité de sages-femmes malgré le fait qu'elles ne soient pas convaincues de ses avantages.

Ensuite, certaines ont décrit de nombreux freins à la pratique des accouchements dans des positions variées alors que d'autres ont présenté plusieurs façons de contourner ces freins. La formation initiale, par exemple, peut être compensée par

une formation complémentaire auprès d'autres professionnels, le manque de matériel par son imagination à utiliser d'autres accessoires, le confort par une adaptabilité de sage-femme.

Un dernier exemple que nous avons évoqué et qui a été davantage développé par Noémie Burgard dans le cadre d'un mémoire de maïeutique est la gestion des efforts expulsifs. Selon la maternité dans laquelle elles exercent, les sages-femmes se soumettent parfois à une limitation de la durée des efforts expulsifs même si elles considèrent cette obligation non justifiée (34).

Enfin, elles préfèrent se référer aux recommandations du CNOGF plutôt que celles énoncées par la HAS.

Tous ces éléments nous amènent à penser que les motivations et les freins cités par les sages-femmes hospitalières ayant une pratique majoritaire de la position gynécologique à exercer ou non cette position émanent d'une logique sociale majeure qui prend le dessus sur leurs propres convictions. Cela remet en cause l'indépendance de la profession de façon générale, en particulier par rapport aux gynécologues-obstétriciens.

4.3.2 Le statut de la sage-femme

Le statut actuel de la profession de sage-femme est en grande partie liée à son histoire. Le monde de la naissance était géré de façon exclusive par les matrones puis par les sages-femmes jusqu'au XVI^{ème} siècle. Ensuite « elles vont progressivement être mise sous tutelle, tant au niveau de leur formation que sur le plan institutionnel » par l'essor des connaissances médicales réservé initialement aux médecins (10). Elles seront dépendantes de ces médecins qui assurent la totalité de leur formation jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle (11). C'est à cette période que débutera la médicalisation de la naissance intégrant les sages-femmes dans la hiérarchie de l'hôpital leur conférant une autonomie relative. Comme le stipule le code de déontologie des sages-femmes ainsi que le Code de la Santé Publique, la profession de sage-femme est une profession à compétences limitées. De nombreux actes se font « dans l'attente du médecin », « après avoir effectué la

demande [...] auprès du médecin », « sous la direction d'un médecin » (35) ou encore « à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique » (36). Le médecin a donc encore aujourd'hui une place majeure dans l'exercice de la profession de sage-femme.

L'auteur François-Xavier Schweyer s'est particulièrement intéressé à cette profession dans une étude publiée en 1996 comprenant 436 réponses à un questionnaire et une vingtaine d'entretiens. Il montre que « à l'hôpital [...] les normes de sécurité, la technicisation des actes et le développement de la responsabilité médico-légale conduisent les sages-femmes à avoir de plus en plus recours aux médecins » ce qui impacte fortement leur autonomie (37).

Béatrice Jacques avait également relevé cette « mise sous tutelle des sages-femmes » dans son étude sociologique basée sur des entretiens de 70 femmes et leurs conjoints et 27 professionnels de santé (sages-femmes et médecins). Elle remarque que les sages-femmes exercent avec des compétences limitées et recherchent une légitimité médicale en maîtrisant des gestes techniques. Ainsi « l'hyper-technicité des interventions permet aux sages-femmes de se placer en tant que praticiennes » (38).

On remarque effectivement chez les sages-femmes de notre étude que la pratique majoritaire de la position gynécologique a pour but d'exercer un contrôle sur la naissance. On peut prendre comme exemple la SF E qui « contrôle le dégagement de la tête », la SF K qui souhaite « vérifier la présentation [...], la hauteur de l'engagement, [...] retenir la tête » ou encore la SF B qui pratique peu la position sur le côté car elle « maîtrise moins ». Selon Alice Masson et Clémence Schantz ce contrôle répond à un fort besoin de reconnaissance chez les sages-femmes aujourd'hui (39).

4.3.3 Vers une plus grande indépendance...

Cette autonomie relative reste spécifique aux sages-femmes hospitalières. En effet, nos résultats montrent que les sages-femmes libérales qui ne sont pas soumises aux normes hospitalières ont recours à des positions d'accouchement variées car elles ne subissent pas les freins décrits par les autres sages-femmes, propres au milieu hospitalier. Elles bénéficient donc d'une plus grande indépendance.

De façon générale, la profession de sage-femme a beaucoup évolué ces dernières années et tend vers de plus en plus d'autonomie. A partir de 1995, l'Ordre des sages-femmes s'émancipe de la tutelle des médecins en étant désormais présidé par une sage-femme (11). De plus, leurs compétences s'étendent de plus en plus notamment dans le suivi gynécologique des femmes. Et le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) a publié des premières recommandations de pratique clinique en 2016 (40) valorisant les compétences scientifiques et de recherche des sages-femmes.

La profession de sage-femme se distingue des autres professions tant par son histoire que par son statut actuel qui tend à être de plus en plus indépendant avec des pratiques qui ne cessent d'évoluer.

4.4 Une norme en évolution

Les normes sociales et les pratiques des sages-femmes sont en perpétuelle évolution au rythme des changements de la société et il en est de même aujourd'hui avec l'accouchement position gynécologique.

4.4.1 Remise en cause des pratiques par les sages-femmes

On observe aujourd'hui une remise en cause de la médicalisation de la naissance à travers la critique de la pratique systématique de la position gynécologique pour

l'accouchement. Dans notre étude, elle émane principalement des sages-femmes libérales et différents aspects sont discutés.

C'est tout d'abord le contrôle de la naissance associé à la position gynécologique qui est remis en question. Les SF N et H pensent respectivement que « *en France [...] on les met en position gynéco, c'est la position de contrôle, on appuie sur les releveurs et on fait pleins de trucs alors qu'en fait ça ne fait rien du tout* » ; en outre « *on a envie d'avoir une emprise et de maîtriser l'acte en lui-même et on oublie de faire confiance à... juste au processus naturel et au fait que les femmes sont programmées pour accoucher de toute façon* ». Les sages-femmes hospitalières prennent en charge de la même façon les accouchements physiologiques que les accouchements pathologiques car toute situation est considérée comme étant à risque de complication potentielle. Comme le dit Béatrice Jacques, en France nous avons transformé « un événement physiologique en un acte médical » (38). C'est pour s'émanciper de cette prise en charge médicale que les sages-femmes libérales ont fait le choix d'accompagner des accouchements hors des structures hospitalières classiques. Comme l'explique la SF M, elles considèrent que « *si une dame est soutenue et bien elle va beaucoup mieux accoucher que si elle est dans un hôpital où on la laisse toute seule* ».

D'autre part, ces sages-femmes considèrent que la position gynécologique a un impact négatif sur la femme par plusieurs aspects. D'un point de vue du confort, la SF A considère les étriers comme « *un instrument de torture [qui] ne devrait plus exister* ». Mais aussi du point de vue de leur statut, cette position « *met la femme dans une posture un peu de vulnérabilité, d'ouverture totale de son sexe comme ça en pleine vision avec nous debout au-dessus...* » (SF N), elle peut être « *avilissante pour les femmes, ce n'est pas facile pour elles* » (SF H). Cette notion de vulnérabilité engendrée par la position gynécologique a été développée dans un article publié en 2018. Les auteures insistent sur le fait que l'accouchement est un moment particulier dans la vie d'une femme où elle est particulièrement vulnérable et lui imposer une position d'accouchement renforce cette vulnérabilité.

Cela la dépossède de ses capacités et la prive de sa faculté à choisir le déroulement de la naissance de son enfant. La position gynécologique engendre chez la femme une vulnérabilité à la fois physique et psychologique. Au contraire, donner à la femme une indépendance quant à sa façon d'accoucher permettrait de « redonner à la femme et à son corps sa capacité d'être » (39).

Ainsi, les émotions qui influencent les normes peuvent avoir un effet inverse à celui décrit précédemment. L'émotion « peut, dès lors qu'elle s'oppose à la norme sociale du moment et que cette résistance est plus forte que la puissance d'imposition de cette dernière, motiver l'acteur à changer la règle ». L'auteur fait l'hypothèse que « l'émotion n'est pas simplement le signal sensible de la présence d'une norme existante mais aussi qu'elle peut être à l'origine d'un mouvement qui conduit à transformer la norme » (32). En outre, ces sages-femmes qui ont fait le choix de ne pas respecter la norme de la position gynécologique pourront être à l'origine d'une nouvelle norme des positions d'accouchement. A première vue, les sages-femmes libérales accompagnant des accouchements à domicile ou en plateau technique semblent être les mieux placées pour initier ce changement de norme. Mais ne pourrait-il pas provenir aussi des sages-femmes hospitalières pouvant éprouver une émotion négative en ayant des pratiques contraires à leurs connaissances médicales et contraintes par des obligations institutionnelles ? Le mouvement d'indépendance de la profession de sage-femme de façon générale pourrait s'associer à un remaniement des pratiques au sein même de l'hôpital.

4.4.2 Remise en causes des pratiques par les patientes

On observe une remise en cause des pratiques actuelles autour de la naissance également de la part des patientes. En effet, une des sages-femmes interrogées a remarqué une envie de plus en plus forte de leur part de s'impliquer dans leur prise en charge, de prendre part aux décisions qui les concernent et cela s'applique également à la position d'accouchement. Elle nous dit : « *Il y a de plus en plus de demandes des patientes, on voit bien dans les projets de naissance les*

patientes elles ne voient plus l'accouchement comme juste la manière d'avoir un bébé en bonne santé j'ai l'impression qu'elles vivent leur accouchement, le travail, c'est un parcours pour elles qu'elles ont travaillé en amont » (SF K). Ces observations sont confirmées par un rapport du Collectif Interassociatif Autour de la Naissance (CIANE) qui montre que les femmes sont de plus en plus à exprimer des souhaits particuliers concernant leur accouchement (36% des femmes en 2005 contre 57% en 2011). Le choix de la position d'accouchement fait partie des principaux souhaits qu'elles expriment et le fait de s'être vu imposer une position d'accouchement (qui est dans la plupart des cas la position gynécologique) est une de leurs principales critiques ou déceptions quant à leur prise en charge (41).

Les revendications des femmes pourraient donc impacter la norme de l'accouchement en position gynécologique.

4.4.3 Les alternatives actuelles à la prise en charge des naissances

On assiste effectivement aujourd'hui à un nouvel élan dans le monde de la périnatalité vers un accompagnement plus physiologique des naissances.

Actuellement, huit maisons de naissance sont en expérimentation en France et un premier rapport a été publié sur la qualité des soins au sein de ces nouvelles structures durant l'année 2018. Concernant les positions d'accouchement, 94% des femmes ayant accouché en maison de naissance étaient dans une position autre que le décubitus dorsal au moment de l'expulsion. Les positions les plus fréquemment adoptées par les femmes étaient la position à quatre pattes et la position accroupie ou à genoux. Ce rapport soutient la poursuite de l'expérimentation des maisons de naissance en prouvant grâce à des données épidémiologiques la sûreté de l'accompagnement et de la prise en charge proposée au sein de ces structures (42)

De plus, un rapport publié en 2018 a permis de donner de la visibilité et de la légitimité à l'accouchement accompagné à domicile. En effet aujourd'hui environ 2000 femmes par an font le choix de construire leur propre norme de l'accouchement et de se faire accompagner par une sage-femme chez elles. Cela représente 0,25% des naissances en France. Le rapport a porté sur 1046 accouchements accompagnés à domicile en 2018. Ce type d'accompagnement réservé aux femmes considérées à bas risque obstétrical a prouvé sa sûreté pour les femmes et leur nouveau-né avec des taux de complications (hémorragie du post-partum, réanimation néonatale, déchirure périnéale sévère...) très faibles (43).

Les maisons de naissance et l'accouchement accompagné à domicile sont deux alternatives à la prise en charge actuelle de l'accouchement médicalisé qui pourront peut-être dans quelques années constituer la nouvelle norme de l'accouchement en France.

5 Points forts et limites de l'étude

5.1 Apports de l'étude

En premier lieu, un point fort de cette étude est la richesse de la population. Même si, comme toute recherche qualitative, le but n'était pas d'aboutir à une population représentative de la population générale, les personnes interrogées avaient des caractéristiques variées tant au niveau du type d'activité, de l'âge ou de l'expérience professionnelle. Cela a permis de recueillir des témoignages riches et complémentaires.

D'autre part, le caractère qualitatif de cette étude constitue en lui-même un point fort car il apporte une approche différente de l'évaluation des pratiques obstétricales. Les nouvelles recommandations sur le suivi du travail et de l'accouchement s'appuient sur des données principalement qualitatives. Or comme nous l'avons vu, nos pratiques actuelles dépendent de multiples facteurs dont une composante sociologique. Il semble donc important d'étudier chaque aspect de nos pratiques si nous souhaitons les voir évoluer, comme c'est le cas aujourd'hui avec la remise en cause de la médicalisation de la naissance.

Enfin, ces entretiens ont permis d'éveiller une certaine réflexion chez les sages-femmes interrogées. Ils ont été l'occasion pour elles de porter un regard critique sur leurs pratiques et parfois d'apporter une réflexion nouvelle. Plusieurs ont d'ailleurs demandé à voir les résultats de l'étude une fois celle-ci terminée ce qui montre leur intérêt à faire évoluer leurs prises en charge ou du moins à s'intéresser aux spécificités de leurs pratiques et de leur profession

5.2 Limites et biais

Tout d'abord, cette étude contient un biais de sélection. La participation était sur la base du volontariat, on peut donc penser que parmi toutes les sages-femmes contactées celles qui ont répondu sont celles qui étaient le plus intéressées par le sujet des positions d'accouchement. Cela a pu influencer les résultats.

Ensuite, cette étude avait pour but de questionner les pratiques des sages-femmes, elle a par conséquent été soumise au biais de désirabilité sociale. Les réponses des sages-femmes ont pu être influencées par le souhait de présenter leurs pratiques de façon la plus positive et adaptée possible.

Les entretiens ont été menés par un chercheur novice en recherche qualitative ce qui a pu altérer leur qualité et constituer un biais. Les derniers entretiens ont été plus complets, avec des relances plus adaptées grâce à l'expérience que les premiers ont apportée. De plus, certaines réponses ont pu être induites par l'interrogateur de façon inconsciente.

Enfin l'analyse des données a pu être biaisée par la subjectivité du chercheur. L'identification des codes et les liens entre eux ont été établis selon ses propres représentations.

5.3 Perspectives

Pour compléter cette étude, il serait pertinent de recueillir le témoignage des patientes directement auprès d'elles plutôt que par l'intermédiaire des sages-femmes comme nous l'avons fait ici. Nous pourrions corrélérer leur avis et leur ressentis à ceux des sages-femmes afin de mieux appréhender les enjeux autour de la position gynécologique et améliorer nos pratiques.

Par ailleurs, un autre axe qui pourrait être approfondi est celui de la qualité de vie des sages-femmes dans leur milieu professionnel. L'ambiguïté entre leurs connaissances et la réalité de leurs pratiques, leurs nombreuses responsabilités

mais une autonomie relative ainsi que les émotions négatives éprouvées en s'opposant aux normes actuelles, ne pourraient-elles pas impacter leur santé mentale ?

Conclusion

L'étude de l'accouchement en position gynécologique à travers la pratique des sages-femmes nous a permis de conclure qu'elle s'apparente à une norme sociale dans la naissance hospitalière tant par son histoire, que par ses conditions d'application aujourd'hui. C'est une position exercée par la majorité des sages-femmes hospitalières, standardisée par leur formation mais aussi par l'environnement dans lequel elles exercent et son non-respect est sanctionné. Elle se différencie d'une simple norme institutionnelle de par le cadre individuel dans lequel elle est respectée selon la personnalité de chaque sage-femme et ses représentations autour de la naissance et de son propre rôle.

L'étude de cette pratique a été l'occasion de se questionner sur le statut de la profession de sage-femme qui hérite d'un passé allant d'une indépendance totale à une tutelle médicale qui lui confère aujourd'hui une autonomie relative. Mais les évolutions des normes amènent la profession vers une plus grande indépendance.

Ces évolutions répondent à un désir de la part des professionnels de la périnatalité mais aussi des femmes et des couples, de se détacher de la médicalisation de la naissance au profit d'un accompagnement plus respectueux de la physiologie.

Pour répondre à cette demande, il semble important de prendre en compte l'aspect sociologique des pratiques médicales. Comme nous l'avons vu, elles ne répondent pas seulement à une logique d'*Evidence Based Medicine* mais bien à une logique multifactorielle complexe. L'aspect sociologique doit donc être considéré si nous souhaitons voir évoluer nos pratiques en harmonie avec les changements sociétaux, d'autant plus au sein de notre profession dont la composante humaine et relationnelle a une place essentielle.

Bibliographie

1. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. 2017. [En ligne] Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf (Consulté le 23/10/18)
2. Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labour : moving back to basics. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. 1997;26(6):727- 34.
3. Mauss M. Les techniques du corps. Journal de Psychologie. 1936;XXXII.
4. Masson A. Les freins à la pratique de l'accouchement en décubitus latéral Mémoire de maïeutique. Université Versailles-Saint Quentin en Yvelines; 2014, 71p.
5. Atwood RJ. Parturitional Posture and Related Birth Behavior. Acta Obstet Gynecol Scand. janv 1976;55(s57):3- 25.
6. Racinet C, Brément S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Collège National des Gynécologue Obstétriciens Français (CNGOF). Extr Mises À Jour En Gynécologie Obstétrique. 2008;Tome XXXII.
7. Robert H. L'évolution des positions d'accouchement en France et dans nos cultures occidentales. Mémoire de maïeutique. Université de Bordeaux; 2014 [En ligne] Disponible sur: dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01076699/document (Consulté le 02/11/18)
8. Desseauve D, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. janv 2017;208:46- 54.
9. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. Issue 5:2017.
10. Cesbron P, Knibielher Y. La Naissance en Occident. Paris: Albin Michel; 2004. 361 p.

11. Sage Pranchère N. L'école des sages-femmes. Naissance d'un crps professionnel. 1786-1917. Tours: Presses Universitaires François-Rabelais; 2017. 456 p.
12. Naegelé FC, Jaquemier J. Manuel d'accouchements à l'usage des élèves sages-femmes. Paris: Germer Baillière; 1857.
13. Naegelé HF, Grenser WL. Traité pratique de l'art des accouchements. Paris: J.-B. Baillière et Fils; 1880.
14. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. 2005. [En ligne] Disponible sur: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1> (Consulté le 08/02/20)
15. Gélis J. Sages-femmes et accoucheurs : l'obstétrique populaire aux XVIIe et XVIIIe siècles. Ann Hist Sci Soc. 1977;32(5):927- 57.
16. Chapuis-Després S. Le genre en gynécologie et obstétrique. Médecins et sages-femmes dans le Saint-Empire Romain Germanique. Transtextes Transcultures. 2016(11). [En ligne] Disponible sur: <http://journals.openedition.org/transtexts/651> (Consulté le 16/10/19)
17. HAS. Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 2017. [En ligne] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf (Consulté le 23/10/18)
18. HCE. Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. 2018[En ligne] Disponible sur: http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf (Consulté le 01/07/19)
19. Le Ray C, Pizzagalli F. Quelles interventions durant le travail pour diminuer le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. déc 2018;46(12):928- 36.
20. OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Recommandation de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. 2018. [En ligne] Disponible sur : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/> (Consulté le 24/10/18)
21. Mauss M, Fauconnet P. La sociologie, objet et méthode. Anné Sociol. 1901;30:26p.

22. Piras M. Les fondements sociaux de l'agir normatif chez Durkheim et Weber : le rôle du sacré. *Arch Sci Soc Relig.* 2004;(127):139- 66.
23. Blanchet A, Gotman A. L' enquête et ses méthodes: l'entretien. Paris: Nathan; 2001. 127 p. (Collection 128 Sociologie).
24. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique.* 1994;23:147- 81.
25. Garreau L, Bandeira-De-Mello R. La théorie enracinée en pratique : vers un dépassement de la tension entre scientificité et créativité dans les recherches basées sur la théorie enracinée? *AIMS.* 2010;1:1- 19.
26. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory ; pour innover? *Recherches qualitatives.* 2006;26(1):32- 50.
27. Sackett DL. Evidence-based medicine. *Semin Perinatol.* févr 1997;21(1):3- 5.
28. Pepin J. Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III. *Mémoire de maïeutique. Université d'Auvergne-Clermont 1;* 2016, 76p.
29. Dubois N. Autour de la norme sociale. *Les cahiers de psychologie politique.* 2002(2). [En ligne] Disponible sur: <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=1640> (Consulté le 12/04/20)
30. CNGOF, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. *Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de surveillance foetale pendant le travail.* 2007. [En ligne] Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2007%252Frpc_surv-foet_2007.pdf&i=21958 (Consulté le 29/03/20)
31. Pruvost G. Qui accouche qui? Etude de 134 récits d'accouchement à domicile. *Genre Sex Société.* 2016(16). [En ligne] Disponible sur: <http://journals.openedition.org/gss/3849> (Consulté le 08/04/20)
32. Déchaux J-H. Intégrer l'émotion à l'analyse sociologique de l'action. *Terrains/Théories.* 2014 (2). [En ligne] Disponible sur: <http://journals.openedition.org/teth/208> (Consulté le 08/02/20)
33. Nieuwenhuijze M, Jonge A de, Korstjens I, Lagro-Jansse T. Factors influencing the fulfillment of women's preferences for birthing positions during second stage of labor. *J Psychosom Obstet Gynecol.* mars 2012;33(1):25- 31.

34. Burgard N. L'autonomie des sages-femmes : lecture sociologique de leur gestion des efforts expulsifs dans deux maternités franciliennes. Université Paris Descartes; 2014, 63p.
35. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Code de déontologie des sages-femmes. 2012. [En ligne] Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf> (Consulté le 20/04/20)
36. Code de la Santé Publique. Profession de sage-femme . Conditions d'exercice. Article L4151-1. 2016. [En ligne] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000031930152&idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128> (Consulté le 20/04/20)
37. Schweyer F-X. La profession de sage-femme autonomie au travail et corporatisme protectionniste. *Sci Soc Santé*. 1996;14(3):67- 102.
38. Jacques B. Sociologie de l'accouchement. Paris: Presses Universitaires de France; 2007. 208 p.
39. Masson A, Schantz C. Position gynécologique et construction d'une vulnérabilité du corps féminin. *Rev Sage-Femme*. juin 2018;17(3):114- 21.
40. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Rev Sage-Femme*. 2017;16(1):111- 8.
41. CIANE, Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. 2012. [En ligne] Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf> (Consulté le 16/04/20)
42. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance en France. Analyse des données 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance. 2019. [En ligne] Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf (Consulté le 22/02/20)
43. APPAD, Association Professionnelle de l'Accouchement Accompagné à Domicile. L'accouchement accompagné à domicile. Pratique des sages-femmes françaises accompagnant les naissances à domicile. Etat des lieux 2018. 2019. [En ligne] Disponible sur: <http://www.apaad.fr/wp->

content/uploads/2019/09/ETAT-des-LIEUX-AAD-FRANCE-2018.pdf
(Consulté le 22/02/20)

Annexes

Annexe I : Tableau récapitulatif des positions d'accouchement

	POSITIONS HORIZONTALES		POSITIONS VERTICALES			
	Position gynécologique	Décubitus latéral	Accroupie	Debout	A genoux	
Définition	Patiente allongée sur le dos, les jambes pliées et les pieds à plat sur une surface, placées dans des étriers ou tenues par une autre personne	Patiente allongée sur le côté avec la jambe inférieure en flexion et la supérieure en extension	Les genoux sont pliés et le corps en suspension	Le poids du corps est sur les pieds. Il existe des variantes de suspension et d'appui des mains.	La répartition du corps est variable en fonction de l'appui des mains	
Avantages		Relâchement optimal du périnée	Favorisent l'engagement		Augmentent les diamètres du bassin et limitent les pressions sur le périnée	
			Favorisent l'effet de la gravité			
			Favorisent l'efficacité des contractions utérines et des efforts expulsifs			
			Diminuent la fréquence des anomalies de rythme cardiaque fœtal et améliorent la perfusion fœto-placentaire			
			Raccourcissent la durée du deuxième stade du travail chez les femmes n'ayant pas d'analgésie péridurale			
			Diminuent le taux de délivrance artificielle			
			Réduisent le taux d'épisiotomie			
Inconvénients	Effet délétère sur l'hémodynamique maternelle et placentaire Mobilité du sacrum limitée		Fatigantes pour la mère			
			Augmentent le taux des déchirures périnéales de second degré			
			Augmentent la fréquence des pertes sanguines supérieures à 500mL			

Annexe II : Équation personnelle

Le sujet que j'ai choisi pour mon mémoire me tient particulièrement à cœur car il renvoie à des valeurs qui me touchent personnellement. La physiologie de la naissance a toujours été pour moi une évidence, que ce soit pour mon statut de femme ou de future professionnelle. Elle m'a d'une part intriguée car je n'ai jamais eu de personne enceinte dans mon entourage, je suis donc arrivée en école de sage-femme pleine de curiosité. D'autre part, cette physiologie m'a fascinée au fur et à mesure de mes stages, que ce soit en pré, per ou post-partum.

J'ai commencé la première année commune aux études de santé avec pour objectif d'intégrer la filière maïeutique. J'ai toujours été passionnée par le processus de la grossesse et de la naissance et principalement par son aspect naturel et spontané. Je considère vraiment le métier de sage-femme comme de l'accompagnement, qui nécessite certes de nombreuses connaissances à la fois sur la physiologie de la grossesse et de la naissance ainsi que sur les pathologies associées, mais cela ne constitue pas le cœur du métier selon moi. Je crois sincèrement au pouvoir de la femme à accoucher et j'ai été plusieurs fois impressionnée, au cours de mes stages, par le courage et la force des femmes dans cette épreuve qu'est la mise au monde d'un enfant. Mais j'ai aussi été choquée par certains événements, qu'on qualifierait aujourd'hui de « violences obstétricales », notamment lorsque des actes sont imposés aux femmes pour des raisons organisationnelles. Ainsi, j'ai parfois le sentiment que le système de soins autour de la périnatalité aujourd'hui, et notamment lors de l'accouchement, ne correspond pas à ma vision du métier du sage-femme.

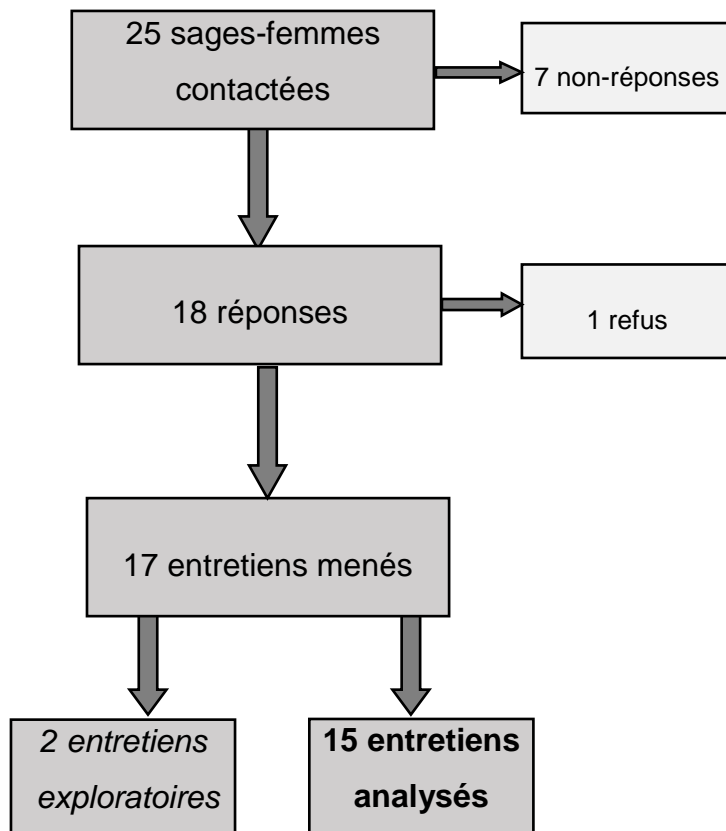
Je considère ce mémoire comme un moyen de comprendre pourquoi la prise en charge de l'accouchement est telle qu'elle est aujourd'hui, à travers l'étude de la position gynécologique qui selon moi reflète particulièrement la médicalisation de la naissance.

J'ai conscience d'avoir certains a priori sur cette position, c'est pourquoi, pour la conduite des entretiens, je vais m'efforcer de mettre mes opinions de côté pour ne pas influencer la personne en face de moi et tout faire pour ne pas laisser transparaître mes réserves quant au recours systématique à cette position.

Par ailleurs, je me considère comme une personne discrète et réservée et cela pourrait constituer un frein lors des entretiens car je n'ai pas l'habitude de diriger une conversation ni de m'imposer. Le but des entretiens est de laisser la parole à la personne en face de soi mais il est parfois nécessaire de devoir le cadrer et recentrer la discussion sur le sujet.

Même si la conduite des entretiens n'est pas quelque chose de naturel pour moi, le choix de la méthode qualitative pour mon mémoire a été évident. J'ai ressenti le besoin d'intégrer dans ma démarche de recherche une composante relationnelle, à travers les rencontres avec différentes sages-femmes, car elle est pour moi centrale au métier de sage-femme.

Annexe III : Diagramme de recrutement



Annexe IV : Guide d'entretien

INTRODUCTION

- ✓ Demande de l'accord pour enregistrer l'entretien
- ✓ Présentation du déroulé de l'entretien

1^{ERE} PARTIE : Pratiques autour des positions d'accouchement

- ✓ Comment installez-vous les femmes au moment de l'expulsion ?

Relances : - Avec quels accessoires (étriers, cale-pieds, barre, ballons ...) ?

- Proposez-vous tout le temps la même position ?

- ✓ Pourquoi positionnez-vous les femmes de cette (ces) façon(s) ?

Relances : par habitude, en systématique, selon la demande de la patiente, selon le déroulement de l'expulsion ... ?

- ✓ Que pensez-vous de votre pratique de la position gynécologique ?

Relances : - A quelle fréquence ?

- Vous sentez-vous à l'aise avec cette position ?

- Position adaptée pour l'expulsion ?

- ✓ Vous sentez-vous à l'aise pour accompagner une femme qui accouche autrement qu'en position gynécologique ?

Relances : - par rapport à votre formation à l'école de sages-femmes

- par rapport à votre expérience

- par rapport au reste de l'équipe (médecins, équipe paramédicale, autres sages-femmes)

2^{EME} PARTIE : Informations générales

- ✓ Quel âge avez-vous ?

- ✓ Pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel ?

Relances : - *pays de formation*

- *année de diplôme*

- *parcours professionnel jusqu'à aujourd'hui*

- ✓ Quel type d'activité avez-vous aujourd'hui ?

Relances : - *lieu d'exercice (type de maternité, libéral, maison de naissance)*

- *services/type d'exercice (pré-natal, post-natal, salle d'accouchement, accouchement à domicile, gynécologie)*

- ✓ Avez-vous des formations supplémentaires ? Des formations spécifiques sur les positions d'accouchement ?

CONCLUSION

- ✓ Avez-vous des choses à ajouter ? Un élément sur lequel vous souhaiteriez revenir ?
- ✓ Avez-vous des commentaires sur le contenu ou la forme de cet entretien ?

Annexe V : Tableau récapitulatif des entretiens

Sage-femme	Date	Lieu	Durée (heure:min:sec)
A	11/04/19	domicile de la sage-femme	00:27:40
B	12/04/19	salle de repos de l'hôpital	00:16:48
C	12/04/19	salle de repos de l'hôpital	00:09:48
D	12/04/19	salle de repos de l'hôpital	00:13:35
E	13/04/19	salle de repos de l'hôpital	00:21:27
F	13/04/19	salle de repos de l'hôpital	00:24:53
G	13/04/19	salle de repos de l'hôpital	00:06:23
H	14/06/19	dans un café	00:20:19
I	19/06/19	salle de repos de l'hôpital	00:12:25
J	20/06/19	salle de repos de l'hôpital	00:16:07
K	23/06/19	salle de repos de l'hôpital	00:11:01
L	27/08/19	domicile de la sage-femme	00:16:20
M	27/09/19	cabinet de la sage-femme	00:35:48
N	30/10/19	cabinet de la sage-femme	00:54:20
O	29/11/19	cabinet de la sage-femme	00:29:49
Total : 15 sages-femmes	Total : 232 jours (7 mois)	Salle de repos : 9/15 Domicile : 2/15 Café : 1/15 Cabinet : 3/15	Durée moyenne : 00:21:07 Durée min : 00:06:23 Durée max : 00:54:20

Annexe VI : Exemple de retranscription – Sage-Femme J

Interrogateur

Sage-Femme

Mon entretien se compose de deux parties, dans une première partie je te pose des questions sur tes pratiques autour des positions d'accouchement et ensuite ce sont des questions sur ton parcours professionnel et ce que tu as fait depuis ton diplôme.

Ok !

Du coup pour commencer est-ce-que tu peux m'expliquer comment tu positionnes les femmes au moment de l'expulsion ?

Alors ça dépend beaucoup de péri ou pas de péri, ça dépend beaucoup de ça. Si elles n'ont pas de péri je ne suis aucune position particulière, je les suis, sauf si anomalies du rythme ou ce genre de choses mais si elles n'ont pas de péri en général elles choisissent leur position et si je vois que vraiment ça n'avance pas à ce moment-là on change de position. L'autre fois j'en ai fait un je pense qu'on a fait quatre pattes, côté, sur le dos, côté, quatre pattes ... jusqu'à trouver celle au final où elle sent que c'est le plus confortable pour elle et que moi je vois que c'est là aussi que ça avance le mieux. Et si elles ont une péridurale ça m'est arrivé de faire des... ça dépend aussi de si primi ou multi pour le coup sous péri ce qui rentre en ligne de compte c'est la parité pour moi et le rythme toujours. En fait le rythme si elles ont une péri et qu'il n'est pas bon je les mets d'emblée sur le dos. Après nous on n'a pas des étriers on a des cale-pieds.

Si j'ai des anomalies de rythme je fais ça d'emblée parce que re changer de position ça prend quand même pas mal de temps mine de rien donc sur des gros ralentissements je me lance pas.

Si rythme normal je leur demande si elles ont des souhaits, pas à toutes je pense mais quand même à quelques-unes. En général ici on a quand même une patientèle qui est très euh... qui te dit « normal » sous-entendu sur le dos. Après quand elles me demandent une position... souvent celle qu'elles demandent c'est sur le côté. Donc quand elles font le pas de demander et qu'elles ont une péri c'est souvent sur le côté.

Et du coup soit elles demandent un truc, le rythme est bien et j'essaye. Soit elles ne demandent rien de particulier ou le rythme n'est pas bon et dans ce cas-là c'est sur le dos.

D'accord ! Et est-ce-que tu utilises d'autres accessoires à part les cale-pieds ?

Alors au moment de l'expulsion ?

Oui.

Des fois j'utilise la barre. Soit en fait c'est un semi-sur le dos, elles sont en fait au final ça revient un peu à assise et elles se tractent avec les bras sur la barre. Soit euh... Je n'utilise rien d'autre que le cale-pieds. Et si elles sont sans péri ou sur le côté je mets le coussin. Ah ouais sur le côté je mets le coussin pour surélever la jambe en fait, péri ou

pas péri d'ailleurs. Mais si jamais elles sont sur le dos, je fais euh... voilà j'utilise rien de plus. Un miroir parfois mais ça ça change pas la position.

Ok ça marche ! Et du coup sur le dos c'est une position gynécologique qui est un peu aménagée, qu'est ce que tu modifies par rapport à la position gynécologique ?

Bah déjà les pieds sont plus bas, elles n'ont pas les pieds en l'air, elles ont les pieds au niveau des fesses. Sachant que quand il arrive sur le périnée souvent on descend les pieds. Moi ce que je fais c'est que je m'assoie sur un tabouret pour l'accouchement et du coup je mets leurs pieds sur mes genoux. Mais effectivement après ça reste du sur le dos. Ce n'est pas non plus la physio naturelle forcément mais voilà. Donc la seule chose qui change des étrières c'est le niveau des pieds au final. Et puis bah aussi le fait qu'elles n'aient pas les mollets dans les étrières ça nous permet vachement de resserrer les genoux et de les ouvrir. Ça va beaucoup plus aider pour euh... au niveau du bassin.

Ok ! Et à quelle fréquence tu dirais que tu utilises cette position gynécologique aménagée sur le dos ?

Ah bah du coup c'est énorme, c'est énorme. Je ne me rends pas compte mais à mon avis ça doit représenter au moins 90 %. Enfin je dis ça ça se trouve c'est 70 mais c'est vraiment largement plus que 2 tiers, je dirai même plus que 3 quarts. Parce qu'au final on en a pas tant que ça qui prennent pas de péri. Parce que vu pourquoi moi je change de position, il n'y en a pas tant que ça qui veulent pas de péri et il n'y en a pas tant que ça qui demandent d'accoucher dans d'autres positions et même quand on leur demande souvent c'est elles qui veulent le dos hein parce qu'en fait c'est hyper intégré culturellement. Souvent quand je leur demande elles me regardent et elles font « bah normal » et moi je suis là « bon non enfin... bon ok si vous ne voulez pas ». Mais je dirais énormément ouais ouais, un truc plus plus.

D'accord. Et toi tu te sens à l'aise avec cette position ? Tu trouves qu'elle est adaptée pour l'accouchement ?

Alors oui je trouve. En fait moi je ne trouve pas qu'il y ait des positions qui soient inadaptées mais c'est mon point de vue. Après même sans péri j'ai vu des patientes se mettre sur le dos spontanément en fait. Mais moi je pense vraiment que c'est intégré culturellement et que finalement bah même si ce n'est pas celle que ton corps te dicte, si ton esprit est sécurisé comme ça c'est ce qui faut. Enfin tu vois je trouve qu'une dame euh... au final les positions, de mon point de vue, c'est très bien de les varier etc. après j'ai... à part la position quatre pattes que vraiment j'adore c'est celle que je préfère, je ne pense pas qu'il y en ait une qui soit mieux ou moins bien et du coup pour moi... En fait ce qui me plaît dans le fait qu'elles ne soient pas dans les étrières c'est que ça fait moins médicalisé, c'est plus l'ambiance globale. Mais en soit je ne trouve pas que... Enfin une dame quand elle doit accoucher elle accouche.

Et du coup tu te sens à l'aise dans toutes les positions pour accompagner la patiente ?

Oui, bah en fait euh... à part mon propre confort où je suis complètement tordue dans tous les sens quand je les fais changer 15 fois de sens parce que des primi mine de rien quand tu la fais pousser 1 heure bah oui tu n'es pas tordue de la même façon. Quand je suis assise sur mon petit tabouret et quand je suis tordue comme ça ce n'est pas

complètement pareil mais en soit d'un point de vue technique je me sens... Je ne suis pas une fan du côté voilà mais en fait au final je le fais plus que le quatre pattes parce qu'en fait au final les patientes réclament plus le côté que le quatre pattes.

D'accord tu ne te sens pas en difficulté ?

Non. Je m'en fous [rire].

Et tu penses que c'est lié à quoi le fait que tu te sentes à l'aise ?

Bah je pense que... En fait très tôt dans mes études je suis passée dans des lieux physio. En fait à mon époque tu avais ta première année qui était juste soins infirmiers et après tu commençais à faire de la salle de naissance côté sage-femme à partir de la deuxième année et moi je suis passée à [maternité de type I] j'ai vu mes premiers accouchements dans d'autres positions et du coup c'était assez tôt dans un cursus finalement comme c'était le début des accouchements que je faisais. Ça ne m'a jamais euh... Enfin je veux dire ça a été intégré très vite et moi j'ai été assez fascinée par la physio très très tôt et du coup j'ai demandé énormément de stages type [maternités de type I] et j'ai bossé là-bas et je me suis retrouvée, enfin c'était assez normal. Je pense que oui le cursus joue vachement et surtout je n'ai pas eu de mauvaise expérience. C'est à dire que vraiment pour moi c'est pas un truc... en fait pour moi les positions d'accouchement c'est un truc qui est très... en fait j'aime bien changer de position pour la patiente et des fois pour moi de me faire un kiffe de faire un truc qui me change. Mais en soit je ne constate pas que c'est mieux ou moins bien dans une autre position. À part parfois sur le dos au final elles sentent mieux J'ai pas la notion de si mécaniquement c'est mieux au pas mais au final je me suis rendue compte que les patientes qui avaient du mal à pousser, que ce soit sous péri ou sans péri des fois tu les remets sur le dos et effectivement ça te bloque peut être ton coccyx mais du coup ça leur fait plus mal et du coup elles poussent plus donc au final certes il a moins de mobilité mais en même temps il y a plus de force de poussée. Mais du coup non je n'ai jamais été en difficulté, je pense qu'il n'y a jamais eu une sage-femme qui m'a fait ressentir de la peur de ces trucs là et du coup bah j'ai jamais eu peur en fait. Mais aussi parce que je ne me lance pas sur des rythmes cata sur le côté enfin tu vois. Après ça m'est arrivé d'avoir des difficultés aux épaules à quatre pattes hein où là ... j'essaye, je la fléchis machin, parce que des fois aussi elles ont mal et elles ne prennent pas les bons réflexes hein finalement et elle s'est cambrée et tout et j'arrivais pas à... du coup je l'ai rebasculée sur le dos avec la tête entre les jambes voilà [rire] mais en fait c'est faisable. À partir du moment où t'es prêt à... où tu dis « bah ok voilà j'ai plus mes repères je suis pas à l'aise » et que tu arrives à dire « j'insiste pas je repars sur ce que je maîtrise le mieux » bah du coup non j'ai pas eu de... Je pense que c'est parce que j'ai été formée, j'ai des sages-femmes qui m'ont jamais inquiétées par rapport à ça. Parce que celles qui n'étaient pas à l'aise bah tout simplement je faisais pas d'accouchement différent avec elles et celles qui étaient à l'aise bah je les faisais et du coup ça se passait bien parce qu'elles étaient à l'aise et du coup j'ai intégré que c'était un truc comme un autre quoi.

D'accord ! Et est-ce-que tu te souviens de ce qu'on t'apprenait à l'école de sage-femme ? Est-ce-que tu as eu des cours là-dessus ?

Alors je me rappelle avoir eu un atelier en mode Bernadette de Gasquet, un truc qui avait dû durer deux heures enfin je ne sais plus. Et je me rappelle m'être dit que ce n'était pas... en fait moi je n'ai jamais trouvé ça très utile dans le sens où je pense que juste un

bébé euh en fait une femme elle pousse, il est adapté à son bassin et en fait il sort quoi. Je pense que... c'est bien hein de jouer, enfin tu vois moi je fais les genoux et tout et j'essaye des trucs, mais en vrai je ne pense pas qu'il y ait besoin d'une vraie formation, je pense qu'il faut essayer selon la patiente. Mais c'est très bien que j'en ai eu une et je pense que c'est très bien pour les gens qui n'y croient pas à ce que je suis en train de dire donc c'est très bien que ce soit enseigné pour ça. Enfin l'école voilà a fait l'effort de nous dire qu'il y a plusieurs positions, nous a fait une formation. Après clairement ce n'est pas là-dessus que le cursus a mis l'accent quoi voilà.

Ok. Et comment tu te sens par rapport au reste de l'équipe ? Par rapport aux médecins, aux autres sages-femmes, à l'équipe paramédicale... est-ce que tu sens une influence ?

Je pense qu'ici on est très libre, je me rappelle alors ça c'est un truc sympa. La première fois que j'ai fait un staff ici, donc je venais d'arriver, je présente un de mes dossier d'une patiente qui a accouché sans péri, je finis la présentation et là en fait c'est le chef de service qui a dit « et du coup elle a accouché dans quelle position ? » et tu vois je me suis dit qu'il y avait un bon esprit, que ton chef de service s'inquiète de savoir dans quelle position a accouché une patiente sans péri... Les sages-femmes ici euh... en fait tout le monde apprécie quand il fait un accouchement autrement que sur le dos donc tout le monde est... Même les infirmières en fait, l'autre fois j'en ai fait un dans l'eau elles étaient ravies, enfin tu vois j'en ai fait un à quatre pattes euh... En fait elles sont là et elles t'épaulent parce que quand j'étais comme ça toute tordue pendant une heure de poussée elle était trop mignonne en mode « tu veux un petit coussin, un truc ? » donc non je pense que en tout cas sur la position d'accouchement je ne sens pas du tout de réticence de la part de qui que ce soit.

Ok ! Et du coup tu es diplômée depuis quand ?

2012.

Et tu as fait quoi depuis ?

Alors j'ai bossé à [maternités type I] au début, j'étais en vacances entre les deux maters. Et ça me faisait un temps plein, des fois je faisais 5 chez l'un, 7 chez l'autre ou l'inverse etc. Après j'ai bossé dans d'autres mater [type IIa et type IIb] et après j'ai bossé ici [type III]. Donc j'ai fait du niveau I, du niveau IIa, du niveau IIb et du niveau III.

Et toujours en hôpital du coup ?

Toujours en hôpital.

Tu as quel âge ?

Je vais avoir 32.

Et quel type d'activité tu as aujourd'hui ?

Du coup c'est de l'hospitalier donc suites de couche, salle, GHR je suis passée mais j'irai plus enfin je suis apte à y aller mais je n'aime pas, explos et je fais un DU de sexo à côté.

D'accord ! Est-ce-que tu as des choses à ajouter ? Un élément important qu'on n'a pas abordé sur lequel tu aimerais revenir ?

Sur les positions ?

Oui les positions d'accouchement.

Bah je ne sais pas en fait, moi j'ai envie de savoir surtout le résultat de l'étude tu vois, moi j'ai surtout envie de savoir ça. Mais sinon je pense que... après ça ce n'est pas forcément pour ton étude c'est plus pour toi mais je pense qu'en fait faut se lancer et puis voilà si un moment donné on ne le sent pas bah ce n'est pas grave on repasse sur le dos et qu'il faut pas non plus forcer. Avec un rythme qui n'est pas top ou un bébé qui n'avance pas, si ça n'avance pas ah faut savoir faire le deuil aussi d'une position d'accouchement. Moi c'est ce que je pense mais après en vrai un bébé... en fait ce qui compte aussi, que les parents vivent très très bien un accouchement c'est l'idéal, mais en vrai faut qu'il aille bien. Non mais ça paraît bête mais des fois on est très... on veut que ça marche, on est comme euh, ils nous transmettent tellement le fait que eux ils veulent que ce soit comme ci ou comme ça, des fois en fait ils débordent sur nous et on se fait piéger. Mais voilà !

Annexe VII : Tableau récapitulatif de la population

Sages-femmes	Sexe	Age (ans)	Type d'exercice actuel (type de maternité)	Pays de formation	Durée d'exercice (en années)	Accompagne des accouchements
A	femme	29	libéral	France	5	en plateau technique
B	femme	30	hospitalier (II b)	France	7	à l'hôpital
C	femme	31	hospitalier (II b)	France	7	à l'hôpital
D	femme	36	hospitalier (II b)	France	15	à l'hôpital
E	femme	31	hospitalier (II b) et libéral	France	8	à l'hôpital
F	femme	39	hospitalier (II b)	France	17	à l'hôpital
G	femme	48	hospitalier (II b)	France	26	à l'hôpital
H	femme	40	libéral	France	17	en plateau technique et à domicile
I	femme	30	hospitalier (III)	France	6	à l'hôpital
J	femme	32	hospitalier (III)	France	7	à l'hôpital
K	femme	28	hospitalier (III)	France	5	à l'hôpital
L	femme	42	hospitalier (I)	France	17	à l'hôpital
M	femme	74	libéral	France	34	à domicile
N	femme	28	libéral	France	3	en plateau technique et à domicile
O	femme	42	libéral	France	12	en plateau technique et à domicile
Total : 15 sages-femmes	Total : 100 % de femmes	Age moyen : 37 ans Age min : 28 ans Age max : 74 ans	Libéral : 5/15 Libéral et hospitalier : 1/15 Niveau I : 1/15 Niveau II b : 5/15 Niveau III : 3/15	Total : 100 % de formations en France	Durée moyenne d'exercice : 12 ans Durée min : 3 ans Durée max : 34 ans	A l'hôpital : 10/15 En plateau technique : 1/15 En plateau technique et à domicile : 3/15 A domicile : 1/15