Enseignement et application des techniques de poussées volontaires à Nancy

Stéphanie Mantione

▶ **To cite this version:**

Stéphanie Mantione. Enseignement et application des techniques de poussées volontaires à Nancy : pratiques des sages-femmes en préparation à la naissance et en salle de naissance. Médecine humaine et pathologie. 2012. hal-01873998

HAL Id: hal-01873998

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01873998

Submitted on 13 Sep 2018

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Enseignement et application des techniques de poussées volontaires à Nancy

Pratiques des sages-femmes en préparation à la naissance et en salle de naissance

Mémoire présenté et soutenu par

Stéphanie MANTIONE

Promotion 2012

A mes parents qui n'ont de cesse de me soutenir dans tout ce que j'entreprends,

A mon frère Fabien, pour son aide et son efficacité,

A Jeremy, qui me supporte et m'accompagne chaque jour,

A Mme Belgy pour sa présence et sa patience,

A Mme Pajot pour son témoignage,

Et à toutes les femmes et sages-femmes qui ont collaboré à ce projet…

… Merci.

Sous la direction de Mme Belgy, sage-femme cadre enseignant.

Avec l'expertise de Mme Pajot, sage-femme.

SOMMAIRE

Remerciements **2**

Sommaire **4**

Préface **6**

Liste des abréviations **7**

Introduction **8**

Partie 1 : De la théorie à la pratique, à Nancy **9**

1. Les techniques de poussée **10**

1.1. Introduction 10
1.2. Pourquoi un apprentissage de la poussée ? 10
1.3. Effets des poussées volontaires 13

2. Etudes et recommandations **17**

2.1. Les études scientifiques 17
2.2. Recommandations de l'OMS 19

3. La PNP à Nancy **21**

3.1. Depuis 1956… 21
3.2. Jusqu'à aujourd'hui 24
3.3. Conclusion 30

Partie 2 : Enseignement et application des techniques de poussées à Nancy : le point de vue des femmes et des sages-femmes. **31**

1. Cadre conceptuel de l'etude **32**

1.1. Problématique 32
1.2. Objectif 32
1.3. Hypothèse 32
1.4. Méthode 33
1.5. Le schéma général de l'étude 34

2. Résultats de l'étude **39**

2.1. Populations 39
2.2. Evaluation de la pratique des sages-femmes 40
2.3. Regard des sages-femmes 43
2.4. Regard des femmes 51
2.5. Réflexion et propositions d'améliorations 56
2.6. Conclusions 57

Partie 3 : Analyse des pratiques et propositions d'amélioration 58

1. Analyse 59

1.1. Des missions différentes 59
1.2. Méconnaissance du travail de l'autre 62
1.3. Mise en évidence de la diversité des pratiques 63
1.4. Représentations sur les patientes 64

2. Propositions 67

2.1. Améliorer la circulation des informations 67
2.2. Uniformiser les pratiques 67
2.3. Connaître le travail de l'autre 68
2.4. Actions 69
2.5. Polyvalence et mobilité 69

Conclusion 71

Bibliographie 72

Table des matières 75

Annexes I

PREFACE

Le problème que ce mémoire tente de soulever part d'une observation faite en salle de naissance, au cours de mes années d'études : dans les situations où la physiologie le permet, le moment de l'expulsion venu, il n'est que très rarement demandé à la patiente si elle a effectué une préparation à la naissance (PNP) lui ayant apporté des connaissances sur les techniques de poussée existantes. Plus rares encore sont les situations où un choix entre les différentes techniques de poussée est proposé à la patiente.

En entendant une parturiente demander un jour à pousser en expiration forcée, et en entendant la sage-femme lui répondre que ça n'était pas efficace et qu'il valait mieux bloquer sa respiration, je me suis posée une question : qu'enseigne-t-on aux patientes en PNP et qu'applique-t-on en salle de naissance (SDN) ? Quelle est l'utilité d'enseigner l'expiration forcée en PNP si cette technique est moins efficace que l'inspiration bloquée et donc abandonnée en pratique?

Je me suis alors interrogée sur les échanges d'informations entre les services de PNP et de SDN à Nancy : y a-t-il un accordage des discours et des pratiques entre ces deux services ?

J'ai donc souhaité évaluer le ressenti des patientes et des sages-femmes à ce sujet afin d'apporter d'éventuelles suggestions d'amélioration à ce problème. Problème qui je le pense, peut créer des tensions et des incompréhensions entre collègues de deux services bien différents l'un de l'autre, mais aussi entre nous sages-femmes et nos patientes.

Liste des abréviations :

APD : Analgésie Péridurale

ASD : Accouchement Sans Douleur

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DL(G) : Décubitus Latéral (Gauche)

HAS : Haute Autorité de Santé

MRUN : Maternité Régionale Universitaire de Nancy

MTO : Mécanique et Techniques Obstétricales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

PPO : Psycho Prophylaxie Obstétricale

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SDN : Salle De Naissance

SME : Secteur Mère-Enfant

Introduction

A une époque où l'obstétrique a atteint des sommets de technicité et de précision, la place de la sage-femme de SDN est d'une grande importance. Or, l'arrivée d'une patiente en SDN n'est en aucun cas le début de l'histoire de sa grossesse. Les neuf mois précédents, qui permettent à la future mère d'élaborer l'arrivée de cet enfant, comportent le suivi de la grossesse ainsi que la préparation à la naissance, effectuée par environ 25 % des patientes accouchant à la MRUN.

Lors de cette PNP, beaucoup de sujets sont évoqués, beaucoup de questions sont posées, dont celle de la poussée : Comment pousser ? Comment faire naître son enfant ? Certaines patientes ont besoin d'informations de ce genre pour se sentir prêtes à accoucher. De plus, le taux d'accouchement sous APD à Nancy étant de 87% en 2010, les poussées volontaires remplacent souvent le réflexe expulsif. Il est donc utile d'enseigner ces poussées volontaires en PNP.

Mais qu'enseigne-t-on aux patientes en PNP à propos des techniques de poussées volontaires ? Cet enseignement est-il en cohésion avec la réalité de l'accouchement, en SDN ? Les patientes et les sages-femmes de PNP et de SDN ressentent-elles une continuité, une entente entre les deux services, ou existe-t-il des divergences d'informations et de pratiques ?

Pour répondre à ces questions nous allons tenter de comprendre les deux techniques de poussées, puis d'évaluer leur enseignement en PNP et leur application en SDN à Nancy.

Dans une première partie, les techniques de poussées volontaires, leurs effets ainsi que les données scientifiques à leurs propos seront présentés. Puis sera abordée l'évolution de la PNP et de son rôle auprès des femmes ainsi que la manière dont cette évolution a impacté la profession de sage-femme.

La deuxième partie exposera les résultats de l'étude effectuée à la MRUN.

Enfin, la troisième partie apportera une analyse des résultats obtenus ainsi que des propositions d'amélioration de la situation actuelle.

Partie 1 : De la théorie à la pratique, à Nancy

1. LES TECHNIQUES DE POUSSÉE

1.1. Introduction

Alors qu'à l'accouchement il existe un réflexe expulsif, qui survient spontanément dans le plus grand respect de la physiologie, des techniques de poussée sont enseignées aux patientes en cours de PNP.

En effet, ce réflexe ne se déclenche pas lors de tous les accouchements, notamment avec l'arrivée de techniques telles que la péridurale. Le recours à ces poussées volontaires est souvent nécessaire. Nous détaillerons les avantages et les limites de cet apprentissage, pour finir par comparer les deux techniques de poussée existantes.

1.2. Pourquoi un apprentissage de la poussée ?

1.2.1. Pallier l'absence du réflexe expulsif

De nos jours, il est fréquent que le reflexe d'expulsion n'apparaisse pas en SDN, ce pour des raisons développées ultérieurement.

Pour que le reflexe expulsif apparaisse, la présentation doit arriver rapidement sur le périnée. Ceci permet un écartement rapide et non progressif des épines sciatiques, afin que se produise le reflexe myotatique. Cette contraction réflexe du muscle transverse périnéal engendre une boucle réflexe entre ce dernier et le transverse abdominal ; en se contractant, le transverse du périnée rapproche les épines sciatiques, écarte les ailes iliaques et met donc en tension le transverse abdominal inférieur. [1] Un étirement trop brutal entrainerait une contraction du périnée, propice à la déchirure. [2]

Comme le décrit le manuel de MTO, « l'envie de pousser est tellement incoercible et réflexe que les femmes qui la ressentent ne peuvent la réfréner. L'efficacité de cette poussée est incomparable à celle d'efforts expulsifs volontaires, majoritairement utilisés, qui ont en fait des effets biomécaniques à l'inverse de ceux de la poussée réflexe. » Ce réflexe, qui apparaît au moment où le diamètre biparietal fœtal passe les épines sciatiques, met en jeu à la fois une contraction utérine d'intensité maximale et la contraction de la partie inférieure du transverse abdominal, muscle

responsable des réflexes d'éternuement et de vomissement, ainsi que des petits obliques. [1] ; [3]

Pourquoi cette absence de réflexe ?

Le moment de la poussée

Dans l'obstétrique actuelle, en plus de l'utilisation de la péridurale, il arrive fréquemment que ce réflexe expulsif ne soit pas attendu et qu'il soit proposé ou imposé à la parturiente de pousser volontairement avant sa survenue. C'est un exercice difficile, car à ce moment, il n'y a pas d'envie de pousser de la part de la parturiente, la présentation fœtale n'appliquant pas sur le périnée de manière suffisante. Dans l'urgence, telle qu'une anomalie du RCF, il est légitime d'avoir recours à ces poussées volontaires, dans le but de préserver le bien-être néonatal de l'enfant.

Notons que le seuil national étant fixé à deux heures maximum à dilatation complète avant le début des efforts expulsifs, les médecins ou sages-femmes pratiquant l'accouchement encouragent souvent les patientes à pousser volontairement une fois ce délai dépassé. [1] ; [4] Pourtant, une étude menée en 2006 dans le « Journal of Perinatal Education » conseille de retarder la poussée jusqu'à ce que la patiente en ressente le besoin ; en effet, avec l'APD, la poussée pourrait être retardée bien au delà des deux heures pour les patientes nullipares, et au delà d'une heure pour les patientes multipares, ceci dans un cadre de bien-être fœtal. [5]

La phase active du travail est donc souvent débutée par la sage-femme en salle d'accouchement : c'est une poussée volontaire et dirigée, bien moins efficace qu'un réflexe expulsif, et qui demande plus de temps, et d'encouragements pour la patiente. En effet, dès lors qu'il n'y a plus de fonctionnement réflexe et qu'une action volontaire est introduite, celle-ci est anti-physiologique. [6]

L'analgésie péridurale

La poussée des patientes accouchant sans analgésie péridurale semble beaucoup plus spontanée lors de la phase expulsive du travail ; l'urgence des envies expulsives renforce l'efficacité maternelle et les efforts expulsifs inefficaces sont alors beaucoup plus rares. Sous APD au contraire, l'étirement des muscles releveurs de l'anus est moins ressenti, ce qui induit une diminution de la qualité du réflexe expulsif et donc des efforts expulsifs moins bien dirigés par la parturiente. Ceci engendre un taux d'extractions

instrumentales augmenté, en particulier chez la primipare sous APD, [4] et allongerait considérablement la seconde partie du travail.

Une poussée volontaire trop précoce, avant étirement du transverse périnéal, sollicite trop progressivement ce muscle, ce qui ne déclenche pas de réaction réflexe. [1]

La position maternelle

Une mauvaise position maternelle, telle que l'abduction rotation externe des fémurs traditionnellement associée à la position gynécologique classique, ferme l'espace périnéal postérieur (jusqu'à 2 cm de différence pour la mesure du bi-épineux en fonction de la rotation des fémurs, mesuré par scanner et IRM), étire les muscles pubo-rectal et pubo-coccygien, rétracte le transverse superficiel périnéal et projette le fœtus vers le périnée antérieur, empêchant le réflexe expulsif. [4] ; [7]

1.2.2. Une mise en confiance de la mère

Le moment de l'accouchement étant un grand inconnu pour la mère, à fortiori pour la primipare, le fait de lui enseigner des techniques de poussée, en lui expliquant qu'elles seront mises en pratique uniquement en l'absence du réflexe physiologique, peut être un outil, lui permettant de se projeter physiquement et psychologiquement dans ce moment actif de son accouchement et de se sentir en confiance.

Il est évident que cet apprentissage reste très abstrait pour les femmes en l'absence des contractions et de l'application de la présentation sur le périnée.

Néanmoins, le fait de savoir que ces techniques existent et qu'elles pourront les utiliser crée une mise en confiance des patientes, qui peuvent se sentir plus préparées à l'accouchement. [8]

Une étude menée en 2009 en Australie montre que les patientes ayant bénéficié d'une préparation physique aux poussées déclarent avoir été nettement aidées par cet apprentissage pendant leur accouchement, bien qu'il n'y ait pas de différence significative sur l'issue de l'accouchement par rapport aux patientes n'ayant pas bénéficié de cette préparation. [9]

1.3. Effets des poussées volontaires

1.3.1. Introduction

Les poussées volontaires sont beaucoup moins efficaces qu'une poussée réflexe. En effet, cette dernière ne nécessite aucun apprentissage puisqu'elle est inscrite dans le programme physiologique de la mère. La tentation est forte de comparer le reflexe expulsif à celui de l'exonération des selles, or bien que ces deux reflexes aient en commun d'être complétement physiologiques, nous verrons qu'ils différent d'un point de vue mécanique.

« La poussée sur commande impose une technique dont les effets secondaires sont parfois lourds de conséquences pour une efficacité décevante. Au contraire, une poussée exécutée spontanément respecte beaucoup mieux l'intégrité des organes et tissus. » [10]

Le seul inconvénient du réflexe expulsif est qu'on ne peut pas se permettre de l'attendre quand le fœtus manifeste des signes de souffrance tels qu'un liquide amniotique teinté ou un RCF pathologique.

Selon le Dr Michel Odent fondateur du « Primal Health Research Centre » de Londres, « le déclenchement du réflexe d'éjection du fœtus est inhibé par tout ce qui réduit le degré d'intimité. Le réflexe n'apparaît pas lorsqu'une personne présente se comporte en observateur ou en guide, ou, pour reprendre le vocabulaire populaire aux Etats-Unis, joue le rôle de coach ». [11] Le seul fait de la toucher ou de lui parler lorsque ce n'est pas nécessaire perturberait le cheminement physique et psychologique de la femme en travail. [12] Or notre pratique actuelle exige qu'il y ait une certaine observation, voire une intrusion par le toucher vaginal de la part de l'accoucheur, afin de s'assurer de l'efficacité des poussées et de la progression de la présentation.

Il est donc souvent nécessaire d'utiliser une des deux techniques de poussées volontaires possibles : la poussée en inspiration bloquée ou la poussée en expiration forcée.

1.3.2. La poussée en inspiration bloquée

Après une grande inspiration au début de la contraction, la parturiente bloque l'air dans ses poumons, se recroqueville sur elle même, menton sur la poitrine et mains derrière les cuisses pour provoquer une hyperflexion. La poussée se fait très fortement

vers le bas, en contractant l'ensemble des muscles de l'abdomen et s'effectue en position gynécologique classique, voire en position gynécologique aménagée.

La coupole diaphragmatique s'y abaisse et pousse vers le bas l'ensemble de l'abdomen. Cette action, combinée à la contraction des muscles abdominaux qui resserrent l'abdomen sur presque toute sa longueur, exerce une très forte pression et projette l'utérus et les systèmes suspensifs et résistifs vers le bas. Le diaphragme étant descendu, tous les viscères sont projetés vers le bas (col à la vulve). [1] *(Annexe1)*

On entend même parfois : poussez comme pour aller à la selle, « ce qui est une erreur, car la poussée est alors dirigée vers l'anus ou vers le centre tendineux et non vers le vagin, ce qui prédispose à la déchirure du col et à l'épisiotomie. » [13]

On demande donc à la patiente de faire l'inverse exact de la séquence physiologique.

Les avantages

Cette poussée est très puissante, son avantage est donc son efficacité pour l'expulsion, en particulier lorsqu'il y a urgence fœtale. [13]

Les inconvénients

La puissance de cette poussée peut également être un inconvénient : elle peut détériorer le périnée, en particulier les structures ligamentaires. Elle peut également entrainer une contraction réflexe du périnée, ce qui est l'inverse de ce que l'on obtient avec une poussée réflexe, où le périnée se relâche pour mieux s'étirer et faciliter la descente du mobile fœtal. C'est pourquoi il est préférable que la parturiente cesse cette poussée lors de l'ampliation du périnée ; cela évite les déchirures musculaires superficielles. Mme Calais-Germain, kinésithérapeute et professeur de danse, décrit notamment que l'utilisation répétée de la poussée en inspir bloquée (au delà de huit fois pour un accouchement) peut « empêcher l'ampliation du périnée et être à l'origine de déchirures et d'effondrements ». [13]

Cette poussée fait également « sauter » le serrage physiologique du transverse abdominal bas que l'on retrouve lors du réflexe expulsif et lors de la poussée en expiration forcée. Sans cette pression sus-pubienne, l'épaule fœtale antérieure peut plus

facilement venir buter sous la symphyse, augmentant alors le risque d'arrêt aux épaules. [1]

1.3.3. La poussée en expiration forcée *(Annexe 2)*

Après une inspiration, la patiente, en position gynécologique aménagée, souffle son air fortement mais à petite amplitude, tout en faisant obstacle à cette sortie d'air afin d'obliger le transverse abdominal à se contracter. La position à rechercher est l'étirement en repoussant ses cuisses avec ses mains, et en gardant la tête le long du corps (et non pas relevée), voire même la suspension (l'accroupi suspendu), encore plus adéquate à ce type de poussée, car les grands droits sont alors étirés et le transverse abdominal se contracte sans effort volontaire au fur et à mesure de l'étirement. [1] ; [14]

L'expulsion ne met alors plus en jeu le diaphragme, comme lors du réflexe expulsif. Elle est faite principalement par le muscle utérin, aidé par le transverse abdominal, ainsi que par les petits obliques. [10]

Cette poussée volontaire tente de reproduire les composantes du réflexe expulsif, mais n'en a absolument jamais la puissance. Il s'agit de réaliser un serrage maximum du transverse abdominal et des obliques, ce qui va entrainer la remontée du diaphragme et donc l'ouverture périnéale devant le fœtus. [1]

Les avantages

Cette technique se rapproche plus du réflexe expulsif, par rapport à la précédente, et amène donc une compression beaucoup plus progressive sur la musculature du périnée qui se laisse mieux détendre. La poussée se fait ici beaucoup plus près du bébé, elle est plus sélective par rapport à la poussée abdo-diaphragmatique qu'est la poussée en inspiration bloquée. Elle se dirige donc mieux vers le vagin et la partie antérieure du périnée, et est moins traumatique pour le noyau tendineux du périnée. [1] ; [13] Son utilisation permettrait une réelle prévention des prolapsus vésico-utérins, de l'incontinence urinaire à l'effort et des délabrements périnéaux [2] ; [15]

Les inconvénients

Lorsqu'il y a urgence fœtale, cette poussée est moins efficace que la poussée bloquée, elle sera donc rapidement abandonnée en cas de nécessité.

1.3.4. Situation en salle de naissance à Nancy

Aucun chiffre ne permet de quantifier à Nancy la part d'utilisation des poussées volontaires, ni de comparer le taux d'utilisation de l'une ou de l'autre des deux techniques décrites. L'étude qui va suivre tentera d'apprécier le point de vue des sages-femmes de salle de naissance à ce sujet.

Notons qu'en 2000, 2001 et 2002, les sages-femmes de la maternité régionale de Nancy ont bénéficié de la formation dispensée par le Dr Bernadette de Gasquet ayant pour thème « accouchement physiologique et prévention des prolapsus », promouvant la mobilisation active des femmes pendant le travail et proposant des positions d'accouchement dites « de Gasquet ». (Annexe 3a et 3b)

Une formation inspirée de la méthode B. de Gasquet fut reprise en 2006 par Mmes Villa et Mougenez, sages-femmes de salle de naissance à Nancy, qui ont rappelé l'importance de la respiration et de la mobilisation pendant le travail, ainsi que les bénéfices de l'accouchement en DL et de l'utilisation de la poussée sur l'expir. Leurs conclusions sont basées sur une étude menée en 2006 à la MRUN. [16]

1.3.5. Conclusion

Selon le Dr B de Gasquet « le seul fait de faire pousser les patientes montre que la physiologie de l'accouchement n'est pas respectée ; le réflexe d'expulsion n'est pas utilisé ; la poussée est trop précoce. ». [3]

Le MTO décrit également le programme physiologique qu'est le reflexe expulsif, « permettant à la parturiente de mettre son enfant au monde sans aucune action volontaire ». [1]

La poussée volontaire, à fortiori sur le dos en position classique et en inspiration bloquée, induit une urgence et va à l'encontre du programme physiologique.

Elle est néanmoins nécessaire à certaines situations pathologiques où l'attente du réflexe expulsif n'est pas envisageable. Des études ont été menées sur ces poussées volontaires, et nous allons en étudier les résultats.

2. ETUDES ET RECOMMANDATIONS

2.1. Les études scientifiques

2.1.1. Retarder la poussée

Lors des XXXVIIIèmes journées nationales de la Société française de médecine périnatale à Strasbourg, une étude française basée sur trois méta-analyses, chez des patientes essentiellement primipares sous APD a montré que la prolongation de la seconde phase du travail avant le début des efforts expulsifs (au delà des deux heures recommandées) permet l'augmentation du taux d'accouchements spontanés sans conséquences délétères fœtales ni maternelles. Elle réduit donc le taux d'extractions difficiles et la fatigue maternelle. [17]

Il semble plus pertinent de considérer la durée de la phase de poussée active que de limiter la deuxième phase du travail dans sa globalité. En effet, « c'est durant les efforts expulsifs qu'ont été décrites les modifications de l'équilibre acido-basique les plus significatives, alors qu'il n'y a guère de différence entre la première partie du travail », qui va du début du travail jusqu'à dilatation complète, « et la première phase de la deuxième partie du travail », qui s'étend de la dilatation complète jusqu'à l'expulsion. Retarder la poussée permettrait également de diminuer le nombre de décélérations du RCF. [5] Cette attente est possible sous couvert que le RCF soit normal sur la durée du travail et pendant la phase d'attente. [17] ; [18]

Petersen démontre que les efforts expulsifs doivent donc débuter lorsque la tête est visible dans l'orifice vulvaire et idéalement que la femme ressent très fortement le besoin de pousser, besoin qui peut être inhibé par une APD trop fortement dosée. [5] ; [18]

Selon Simpson, la poussée «à glotte ouverte » (en expiration forcée), retardée jusqu'à l'envie expulsive de la parturiente serait bénéfique par rapport à la poussée « à glotte fermée » (en inspiration bloquée) dès la dilatation complète, chez deux groupes de patientes sous APD. [19] En effet, la première option diminuerait le taux de désaturation fœtale en oxygène, de ralentissements variables du RCF, ainsi que le taux de lésions périnéales. [1] ; [19]

2.1.2. Une poussée non dirigée

Selon une étude menée par Bloom en 2006 chez des patientes nullipares sans APD, en l'absence de complications durant le travail, le choix de la poussée devrait être laissé à la parturiente. En effet, dans cette étude, un groupe de patientes était « coaché » selon la technique de poussée en inspiration bloquée « à glotte fermée » par les sages-femmes et l'autre groupe poussait de manière spontanée.

Les efforts expulsifs « coachés » n'apportent à priori aucun avantage par rapport à la poussée spontanée. [20] D'autres articles confortent la première étude : « quand le temps est venu de pousser, la meilleure approche est d'encourager la femme à faire ce qui lui vient naturellement » et « de l'encourager plutôt que de diriger les efforts expulsifs » [4]; [18] ; [21]. Une attitude peu interventionniste est à adopter dans les limites de la physiologie. [17] ; [22]

2.1.3. La technique à privilégier

La phase expulsive semble légèrement plus courte en utilisant la technique de poussée « à glotte ouverte » [23].

La technique de poussée à glotte fermée compromettrait les échanges materno-fœtaux, il faudrait donc promouvoir l'utilisation de la technique de poussée en expir afin de réduire le nombre de RCF anormaux et de scores d'Apgar bas. [18]

2.1.4. Questionnement sur la position d'accouchement

Une étude menée à la maternité régionale de Nancy en 2006 [16], a comparé l'accouchement en DL avec une technique de poussée sur l'expir avec l'accouchement en position gynécologique aménagée (selon la méthode APOR de B de Gasquet) associée à une poussée en inspir bloquée.

Les résultats, en accord avec ceux de deux autres études sur le sujet [24] ; [25], affirment que l'accouchement en DL augmenterait le taux de périnée intact, diminuerait le taux d'épisiotomie et aurait donc un rôle protecteur pour le périnée. Il donnerait également plus de chances aux femmes d'accoucher spontanément. L'utilisation de la poussée en expir, plus douce, allongerait quelque peu la durée des efforts expulsifs mais entrainerait de meilleurs résultats sur le niveau de saturation fœtale en oxygène.

Notons la divergence des études sur le choix de la poussée la plus rapide ; cependant toutes s'accordent sur les bénéfices de l'expir.

Enfin, sur le dos, le sacrum n'est pas libre et le détroit moyen ne peut s'agrandir. Cette position est donc propice à la « retenue » en fermeture totale du périnée postérieur, qui doit normalement s'amplier pour respecter la physiologie. La présentation est alors contrainte d'aller vers la symphyse et le périnée antérieur ce qui cause des séquelles invalidantes et hyperalgiques. [1]

2.2. Recommandations de l'OMS

Le guide pratique de l'OMS relatif aux soins liés à un accouchement normal rédigé à Genève en 1996 et actualisé en 2009 propose ses recommandations sur ces questions. [26]

2.2.1. Le début des efforts de poussée pendant le deuxième stade

Selon l'approche physiologique, le début du deuxième stade de la deuxième phase du travail, c'est à dire le début des efforts expulsifs, doit être décidé par la femme lorsqu'elle ressent elle même le besoin de pousser. « Si ce besoin ne se fait pas ressentir à dilatation complète, il suffit d'attendre dix à vingt minutes pour que la phase d'expulsion commence ».

Si la patiente a bénéficié d'une APD, selon l'OMS, le réflexe de poussée est supprimé et « il est alors facile de différer ces efforts jusqu'à ce que le sommet soit visible dans l'orifice. »

« Les efforts de poussée tardifs ne semblent pas avoir d'effets négatifs sur l'issue fœtale et néonatale. Les efforts de poussée précoces s'accompagnent d'un nombre sensiblement accru d'accouchements aux forceps. »

La poussée tardive semble plus facile pour la femme et tend à raccourcir la phase d'expulsion.

2.2.2. Les efforts de poussée pendant le deuxième stade

L'OMS, en utilisant les résultats de plusieurs essais, a comparé la pratique des efforts de poussée continus et dirigés aussi appelés Valsalva et la pratique des efforts

expulsifs spontanés (ou poussée soufflante). Elle recense alors trois à cinq efforts de poussée relativement brefs à chaque contraction dans la poussée spontanée, par rapport à des efforts de poussée soutenus de 10-30 secondes lors de l'inspiration bloquée.

L'inspiration bloquée provoquerait potentiellement des altérations du RCF et du volume systolique et entrainerait une diminution du pH artériel ombilical moyen et des scores d'Apgar plus faibles.

Les efforts de poussée spontanés, plus brefs, semblent être supérieurs en qualité.

Prendre en compte l'apprentissage de la poussée nécessite d'inclure ce concept dans la PNP, et d'étudier cette dernière dans son ensemble. Nous allons donc évoquer à présent l'instauration et l'évolution de la PNP à Nancy.

3. LA PNP À NANCY

La PNP fut importée en France par le Dr Lamaze qui découvrit cette méthode en URSS en 1951. Cela s'appelait alors « l'accouchement sans douleur » et était destiné à enlever de l'esprit féminin toute connotation douloureuse au sujet de l'accouchement. L'accouchement sans douleur a vite atteint ses limites en tant que tel, puisque rapidement accusé de « publicité mensongère ». [8]

Avec l'arrivée de la péridurale en 1972, l'appellation « accouchement sans douleur » devient obsolète ; le terme de PNP est donc adopté en novembre 1972 lors du congrès de la Société française de PPO. [27] [28] En 2005, l'HAS rebaptisa la PNP « Préparation à l'accouchement, à la naissance et à la parentalité ». [29]

3.1. Depuis 1956…

3.1.1. Instaurée par le chef de service

Dans un véritable guide destiné aux sages-femmes rédigé en 1956, le Pr Vermelin décrit « la pratique de la méthode psychoprophylactique de l'accouchement » à Nancy. Elle doit selon lui être dispensée après le 5ème mois de grossesse par les sages-femmes et ce en petits groupes de trois ou quatre femmes afin d'instaurer un climat de confiance entre ces dernières et la sage-femme. Ces séances, alors appelées « conférences », doivent durer une quarantaine de minutes, en y ajoutant les questions éventuelles que pourraient poser les femmes et doivent également comporter des mouvements de gymnastique dédiés à l'entrainement physique des femmes.

Le réflexe d'expulsion y est décrit comme « une envie de pousser provoquée par la pression de la présentation sur le périnée » ; « Dès la dilatation complète, la présentation fœtale descend sur le plancher pelvien et instinctivement, apparaît un effort de poussée semblable à celui qui détermine la plénitude du rectum et de la vessie. »

Selon le professeur, la poussée adéquate consiste en « une inspiration rapide suivie d'une aussi rapide expiration puis d'une inspiration très forte, pour bien remplir les poumons et à ce moment, fermer la bouche pour maintenir l'air inspiré dans les poumons puis contracter les muscles de la paroi abdominale seule. » N'est décrite ici

que la poussée dite bloquée, ceci en relâchant les muscles périnéaux et en respirant largement jusqu'à la contraction suivante. [30]

Les conséquences de cet apprentissage

On peut facilement imaginer que la PNP étant ainsi enseignée, les idées qu'elle véhiculait sont celles encrées depuis longtemps dans les mœurs des praticiens, soit la poussée bloquée. Celle-ci étant utilisée dans les salles de naissance depuis des années puis apprise aux patientes en PNP, elle est inscrite dans la mémoire collective des sages-femmes et utilisée largement.

3.1.2. Appliquée par les sages-femmes

Au XIXème siècle, les sages-femmes se sont retrouvées mises à l'écart de leur fonction traditionnelle par la médicalisation de l'accouchement. Formées par les médecins, elles ont perdu leur autonomie et sont éloignées de la grossesse et de l'accouchement. [27]

L'arrivée de l'ASD leur permet de retrouver un rôle primordial auprès des femmes ; les qualités qu'elles possèdent pendant l'accompagnement du travail les qualifient pour dispenser les cours de préparation. Ces cours sont intégrés dans le programme des études de sages-femmes en 1961. [27]

Avec l'avènement de la préparation à la naissance comme étant un dialogue entre les patientes et la sage-femme, cette dernière a été amenée progressivement à plus écouter, à adopter un autre discours et à gérer cette circulation libre de la parole qui a succédé au cours magistral proprement dit. [8]

De 1960 à 2007 ; l'évolution à Nancy

Dès 1956, Mlle Georges, directrice de l'Ecole de sage-femme de Nancy, partira se former à la clinique des Métallurgistes auprès du Docteur Lamaze. Elle permettra dès cette année un enseignement de l'ASD aux étudiantes. Mlle Humbert, la directrice suivante, continuera la tradition de cet enseignement aux étudiantes.

Dans les années 1970, deux sages-femmes du service de consultations de la maternité régionale ont assuré la PNP à Nancy : Mme Cordier et Mme Rolin.

Puis, leur succédèrent les sages-femmes de SME et les sages-femmes de l'ancienne clinique ouverte qui s'alternaient pour assurer une séance de PNP par semaine.

En 1980, Mme Pajot, sage-femme, a obtenu un poste à mi-temps à la maternité régionale pour assurer l'ensemble de la PNP à la place des sages-femmes de SME et de consultations. En 1982, un poste à temps plein s'est créé pour la PNP à Nancy, assuré par Mme Pajot.

C'est cette même année qu'apparait une formation en sophropédagogie obstétricale initiée par Mme Didier, alors enseignante à l'école de sage-femme. En 1986, un complément de formation pédagogique est dispensé à la MRUN, et permet de débuter la PNP sophrologie. Mme Pajot est rejointe en 1988 en PNP par Mme Larchet, assurant un poste à mi-temps.

De 1986 à 1991, des séances de gymnastique douce sont également dispensées par Mme Pajot.

En 1990 sont apparues les séances de PNP en piscine, initiées par Mmes Lacombe et Pajot, en collaboration avec l'UFR STAPS (Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives).

Puis le yoga fut lancé en 2000 à la MRUN, par Mme Humbert, sage-femme, formée en octobre 1999, qui a effectué tout d'abord une, puis deux séances par semaine.

L'autohypnose enfin, fut initiée par le Dr Savoye, anesthésiste, entre 2005 et 2007 à Nancy, années où Mmes Larchet et Villa suivirent la formation d'autohypnose.

Une sage-femme de PNP controversée

Comme le note Mme Bretin-Imboden, sage-femme de PNP, en 1994 : « cette nouvelle fonction comporte des difficultés puisque ce travail est essentiellement basé sur l'écoute et la parole, contrairement au travail habituel d'action, d'urgence. Le regard des consœurs vis à vis de la sage-femme de PNP n'est pas tendre ; en effet, assurant moins de gardes et étant moins soumise au stress et à la fatigue physique, cette sage-femme là devient moins sage-femme. » [8]

Il semble, au vu de ce climat peu chaleureux entre les sages-femmes « sur le terrain » (en salle de naissance notamment) et les sages-femmes de PNP, qu'il se soit

installé un certain dénigrement de la théorie enseignée en PNP, jugée comme difficile à mettre en pratique « dans la vraie vie ».

Les recherches menées par Mme Bretin-Imboden à l'époque montrent qu'historiquement, « on retrouve dans les critères d'accès à la profession de sage-femme des conditions physiques importantes ; d'où le regard condescendant par rapport à cette tâche peu physique ».

Ce rôle devient plus intuitif, plus affectif et moins technique, donc moins valorisé dans le contexte d'un CHU. Très peu de sages-femmes, à cette époque et encore aujourd'hui, désirent pratiquer la PNP estimant qu'il est « difficile de parler de ces choses-là » [8]

3.2. Jusqu'à aujourd'hui

Afin d'approfondir mes connaissances sur ce sujet, j'ai effectué un stage optionnel de deux semaines en PNP à Nancy du 14 au 25 février 2011, où j'ai assisté à au moins deux séances de chaque « type » de PNP. J'ai voulu naturellement assister aux séances sur l'apprentissage des poussées dans la mesure du possible, afin de pouvoir expliciter leur enseignement.

J'ai pu assister à des séances de PNP classique, de piscine, de sophrologie, d'autohypnose et de yoga qui constituent les cinq choix possibles pour les patientes à Nancy. Ma prise de note durant ces séances m'est ici utile.

La littérature, les informations données par mon experte Mme Pajot, ainsi que les entretiens faits auprès des sages-femmes dans l'optique de mon étude, sont également des sources qui ont permis d'élaborer cette première partie de mémoire.

3.2.1. L'organisation à Nancy

La préparation à la naissance et à la parentalité est actuellement effectuée par sept sages-femmes à la MRUN, l'une étant en cours de formation. Cette dernière, Mme Heymes est spécialisée dans la sophrologie depuis plusieurs années, elle est la seule à ne pas exercer en secteur de consultations anténatales. Par ailleurs, toutes les sages-femmes de consultations s'engagent à faire de la PNP depuis 2007, cet engagement faisant partie de leur profil de poste.

Parmi ces sept sages-femmes de PNP, Mme Villa, travaille à la fois en consultations externes et en salle de naissance et anime des séances de PNP classique et d'autohypnose. Mme Bogusz, qui anime des séances d'autohypnose depuis quatre ans et a également animé de la PNP classique, a travaillé en SDN pendant dix ans et a pratiqué ces deux activités simultanément pendant deux ans.

Leur place est prépondérante dans ce mémoire, puisqu'elles font le lien entre les deux secteurs d'activité auxquels nous nous intéressons ; la préparation à la naissance et la salle de naissance.

Règlementation

La réglementation à Nancy repose sur les recommandations de l'HAS [31] [32]; la PNP à Nancy inclut l'Entretien Prénatal Individuel pouvant avoir lieu au premier trimestre de la grossesse. Les séances sont soit au nombre de six d'une durée de deux heures chacune, soit au nombre de sept, d'une durée d'une heure trente chacune. Les patientes n'effectuant que six séances ont droit à une séance supplémentaire de leur choix. Les séances s'échelonnent idéalement au rythme d'une par semaine après 28 et avant 36 SA. Néanmoins, pour les patientes « en retard » sur les séances de préparation, des cours « accélérés » sont dispensés par des étudiantes sages-femmes ; six cours de deux heures répartis sur deux semaines.

L'un des buts de la PNP selon l'HAS est de « favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte de l'anténatal au postnatal. » [33]

Cet objectif s'inscrit totalement dans le questionnement posé dans ce mémoire. Il s'agit de savoir si à Nancy, la PNP réussit à remplir ce rôle.

3.2.2. Les cours proposés

Chaque PNP propose six ou sept séances selon leur durée, avec une place plus ou moins importante pour les exercices pratiques sur la poussée selon le type de PNP. Les cours actuellement proposés sont la PNP classique, piscine, yoga, sophrologie et autohypnose.

3.2.3. Enseignement de la poussée

L'approche est différente selon les sages-femmes. Certaines ne font qu'énoncer les deux techniques de poussées possibles ; la poussée en expiration ou la poussée en inspiration bloquée, sans faire d'essais de poussée à proprement parler. D'autres mettent les femmes en situation.

Par ailleurs, les essais de poussée sont essoufflants, fatiguants, la patiente doit ressentir la capacité et l'envie de les effectuer et non pas l'obligation.

La sage-femme explique également qu'il existe idéalement un réflexe d'expulsion, moins ressenti sous péridurale, c'est pourquoi la poussée volontaire est abordée en PNP.

Il est expliqué que l'on ne pousse que sur la contraction utérine, et ce trois fois maximum par contraction. On propose à la patiente trois positions :

La position gynécologique classique

Pour l'intégrer, la patiente s'allonge sur un tapis les pieds contre un mur, les genoux pliés à 90°. Dans cette position, elle effectuera une poussée bloquée : « après une grande inspiration en s'étirant, il faut laisser s'échapper un petit filet d'air puis bloquer sa respiration, menton sur la poitrine, mains derrière les cuisses, genoux écartés en position recroquevillée. Maintenez l'apnée le plus longtemps possible puis soufflez par la bouche. On recommence cet exercice trois fois de suite. »

La position aménagée de B. de Gasquet pour la poussée en expir [34]

Toujours les pieds contre le mur, les genoux en nutation. Après une grande inspiration, la poussée se fait en soufflant tout en s'empêchant de souffler. On peut utiliser sa main comme obstacle au souffle pour s'y aider. Cette façon de souffler permet de resserrer le ventre, en particulier le muscle transverse abdominal et les petits obliques qui poussent le bébé vers le bas. Cette poussée doit être maintenue pendant 15 à 20 secondes, les mains sont sur les cuisses et l'expiration se fait en rentrant le ventre et en poussant sur les cuisses dans un mouvement d'étirement du corps, ce qui implique une bascule du bassin en avant.

Le décubitus latéral

Gauche de préférence, afin de libérer la veine cave inférieure : la jambe du dessus est placée sur l'étirer, en hyperflexion, la jambe du dessous est presque tendue, le pied pouvant prendre appui. Le bras du dessous est en abduction et la main s'accroche au haut du tapis (à la tête de la table d'accouchement en réalité) La main du dessus est en appui sur l'épaule de quelqu'un (idéalement le papa). Pour pousser, la femme prend la position de « l'escargot » et fait le dos rond. La poussée se fait en expiration, menton sur la poitrine, en s'enroulant autour de son ventre ; il faut souffler en s'appuyant sur les différents points d'appui au niveau des pieds et des mains.

On remarque que deux techniques de poussée différentes sont décrites mais ce dans trois positions différentes.

3.2.4. La place de l'apprentissage de la poussée

PNP classique

Cette préparation est théorique et s'adresse essentiellement aux primipares. Elle englobe un certain nombre d'informations sur la grossesse en général et les modifications physiologiques qu'elle implique, sur le pré-travail, le travail et l'accouchement, les suites de couches, l'allaitement ainsi que le retour à la maison. Une préparation physique à l'accouchement y est proposée. Les techniques de poussée y sont enseignées.

Lors de la séance que j'ai suivie, sur les six patientes présentes, quatre ont voulu expérimenter les positions classique et aménagée, et deux seulement ont essayé la poussée sur le côté.

Notons la place des étudiants sage-femme dans ce type de PNP. En effet, à la MRUN, les étudiants en 4ème année de formation (3ème année d'école), assurent six séances classiques pour deux groupes de sept patientes maximum, pendant un stage de deux semaines. Chaque binôme d'étudiants réalise son programme, sous le contrôle d'une enseignante, l'apprentissage des poussées y est donc plus ou moins détaillé selon le programme de chacune.

PNP en piscine

Les mots d'ordre y sont la détente, l'apprentissage de la respiration pendant le travail et la préparation corporelle à l'accouchement. [35]

Les séances en piscine sont organisées d'une nouvelle manière par Mme Soro à partir de septembre 2011 : il existe à présent différents modules pour les femmes : un module de trois séances théoriques et quatre séances de piscine (plus adapté aux primipares), un autre de deux séances théoriques et cinq séances de piscine, et un troisième avec une seule séance théorique et six séances de piscine (optimal pour les multipares). Les séances théoriques serviront alors à l'enseignement des poussées qui sera plus ou moins détaillé en fonction des modules, l'information étant considérée comme en partie acquise par les multipares, en général. Toute explication nécessaire peut néanmoins être renouvelée (par exemple pour les cas d'antécédents de césarienne où la patiente n'a pas pu expérimenter la poussée).

Les trois positions de poussée ainsi que les techniques qui s'y rattachent y sont toutes montrées, comme décrit précédemment.

PNP en autohypnose

Elle se compose de six cours de deux heures et comprend quelques éléments théoriques. C'est « un processus naturel qui peut agir sur toutes les composantes de l'accouchement », où les patientes peuvent atteindre un certain degré de confort et de distance en se projetant psychiquement dans un lieu sécurisant à réutiliser lors des douleurs de l'accouchement, ce par l'apprentissage de « l'auto-induction hypnotique ». [35]

Effectuée par Mme Villa, elle comprend aussi la démonstration des différentes techniques et positions à adopter pendant les poussées, telles que la position classique, la position gynécologique aménagée, le décubitus latéral, comme décrit plus haut. Les poussées en bloquant et en expirant sont décrites. La position en DLG est décrite à la fois avec la poussée en expir et avec la poussée bloquée.

PNP en sophrologie

Assurée par Mme Pajot jusqu'en juin 2011 elle sera reprise en septembre 2011 par Mme Heymes.

La sophrologie est l'étude de l'harmonie de la conscience et des moyens qui permettent d'obtenir un l'équilibre entre le corps et l'esprit. Elle permet à la mère de garder un pouvoir sur le corps, grâce à une prise de conscience du schéma corporel, et sur ses affects, par activation du positif tout au long de la maternité. [36] L'écartement des pensées négatives, et la concentration sur les sensations internes permettent de diminuer l'appréhension de l'inconnu. [35]

Le but étant de se sentir en sécurité par rapport à l'évènement de l'accouchement, les positions étaient montrées par Mme Pajot aux patientes qui le désiraient. La position gynécologique, la plus fréquemment utilisée à la MRUN, est toujours montrée. La position en décubitus latéral est montrée aux patientes qui le souhaitent. La poussée est décrite comme instinctive.

La position gynécologique est décrite, associée à une poussée bloquée : « on inspire en rentrant le ventre, poitrine bloquée. On garde son air et on pousse en bas, menton contre la poitrine, ventre serré. »

Lorsque le décubitus latéral est décrit, la poussée en expir y est associée : « c'est une expiration paradoxale forcée. On rentre le ventre pour se servir de sa gaine profonde, et on s'étire en même temps, avec une main en appui sur le lit ou sur le papa. Ou à l'inverse, on se recroqueville en position fœtale. »

PNP en yoga

Les cours de yoga sont basés sur la découverte du corps et des sensations physiques. Aussi, on y développe beaucoup les notions de respiration, de contraction et de relâchement musculaire. [36] Le périnée notamment tient une grande place dans ces cours. Les quatre mots clés y sont : physique, énergétique, mental et spirituel. [35]

Mme Humbert les assure à la MRUN, et anime six cours de deux heures pour chaque groupe de patientes. Le quatrième cours aborde les deux techniques de poussée et les trois positions possibles, décrites plus haut. Le cinquième cours est destiné à la mise en pratique des poussées. La poussée sur le côté est montrée, mais pas pratiquée car d'une part elle est la même qu'en position aménagée, donc en expir, et d'autre part car c'est une position plus récente, moins maîtrisée par la sage-femme elle-même. De plus, le but des exercices de poussée est pour cette sage-femme de montrer la différence de sensations entre la poussée bloquée, et la poussée en expir. La poussée en expir y est

décrite comme moins traumatique pour le périnée mais moins puissante, par rapport à la poussée en inspir bloquée, que l'on utilisera plus volontiers en cas d'urgence.

3.3. Conclusion

Les études et recommandations tendent toutes vers le respect de la physiologie, et l'utilisation de la technique de poussée sur l'expir si nécessaire, en l'absence de reflexe expulsif.

Mon étude tentera d'une part de montrer comment ces techniques de poussée sont enseignées et utilisée par les sages femmes à la maternité régionale de Nancy, dans quelle mesure les services de PNP et de salle de naissance s'accordent sur ce sujet. D'autre part, elle tentera d'évaluer la satisfaction des patientes quant à leur apprentissage en PNP et quant à la technique de poussée utilisée lors de leur accouchement.

Partie 2 : Enseignement et application des techniques de poussées à Nancy : le point de vue des femmes et des sages-femmes.

1. CADRE CONCEPTUEL DE L'ETUDE

1.1. Problématique

Devant l'absence de reconnaissance de l'apprentissage de la poussée en SDN, cette étude se propose d'analyser les facteurs inhérents à la femme et à la professionnelle. En effet, il semblerait que la communication entre la SDN et la PNP pose quelques difficultés. Ce sont ces difficultés qui seront envisagées ainsi que leurs répercussions éventuelles sur les patientes.

1.2. Objectif

L'objectif sera d'une part, de recueillir le ressenti, la pratique, les attentes et les suggestions des sages-femmes vis-à-vis de l'enseignement et de l'utilisation des techniques de poussée à la MRUN et d'autre part d'évaluer la satisfaction des patientes vis-à-vis de la convergence des informations obtenues auprès des services de PNP et de SDN.

L'objectif premier est donc de mettre en évidence un éventuel décalage dans les discours sur les poussées en SDN et en PNP.

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer la satisfaction des patientes
- de recueillir les propositions des sages-femmes et des patientes afin d'améliorer l'échange entre SDN et PNP si cela s'avère nécessaire.

1.3. Hypothèse

Il existe des discours différents entre l'apprentissage en PNP et l'application en SDN des techniques de poussée volontaires, ce qui influe :

- Sur la qualité de la communication entre les services de PNP et de SDN et donc sur le climat professionnel des sages-femmes de services différents.
- Sur la satisfaction des patientes

1.4. Méthode

1.4.1. Les méthodes envisagées

Il fut initialement envisagé de travailler uniquement sur la satisfaction des patientes à partir de trois questionnaires : le premier à remplir avant le début de la PNP afin de cerner les attentes des patientes vis-à-vis de cette dernière et leurs connaissances préalables, le second à la fin de la PNP afin d'évaluer la satisfaction et l'apprentissage des femmes, et le troisième après l'accouchement afin d'évaluer la satisfaction des femmes sur leur poussée.

Ce projet fut abandonné faute de temps, les patientes ciblées ayant déjà toutes commencé une PNP au lancement de cette étude.

Peu à peu, la nécessité d'interroger les sages-femmes est devenue évidente ; la question soulevée requiert effectivement une connaissance du fonctionnement des services, de l'état actuel des échanges, des pratiques professionnelles, et du point de vue des sages-femmes pour améliorer ces échanges et ces pratiques.

1.4.2. La méthode retenue

Le choix de la méthode

Le choix d'une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs a été retenu autant pour les sages-femmes que pour les patientes, ceci leur permettant de s'exprimer à partir de questions ouvertes. En effet, tous les acteurs du système étudié ont été interrogés pour que l'étude soit complète.

Le guide d'entretien

Les entretiens comprennent chacun trois questions principales agrémentées d'une à trois questions de relance. Quatre questionnaires d'entretien ont été conçus : le premier destiné aux patientes (annexe 4), le deuxième aux sages-femmes de PNP (annexe 5), le troisième aux sages-femmes de SDN (annexe 6), et le quatrième aux sages-femmes travaillant ou ayant travaillé dans les deux services (annexe 7).

Les questions principales posées aux patientes visent à comprendre le déroulement de leur PNP et de leur accouchement et les questions de relance cherchent à découvrir leur ressenti face à ces événements.

En ce qui concerne les sages-femmes, de manière générale, les questions principales portent sur leur pratique personnelle vis-à-vis de la poussée dans le ou les services où elles exercent, leur vision du service avec lequel il faut collaborer et de sa pratique de la poussée, et leurs suggestions pour améliorer la communication entre les deux services. Les questions de relance portent sur leur choix personnel entre les deux techniques de poussée et les motivations de ce choix, ainsi que sur leur regard vis-à-vis du choix laissé aux femmes et de l'utilisation de la PNP à l'accouchement.

Le volontariat a été retenu afin d'éviter le biais engendré par des discours passionnés.

1.5. Le schéma général de l'étude

1.5.1. Population et échantillonnage

L'étude porte sur deux populations différentes et se constitue de 10 patientes et 8 sages-femmes.

Les différents échantillons choisis pour représenter les acteurs du système étudié sont :

- 8 sages-femmes volontaires :
  - 3 sages-femmes de SDN
  - 3 sages-femmes de PNP (classique et piscine pour l'une, sophrologie pour la seconde, yoga pour la troisième)
  - 2 sages-femmes ayant une expérience dans ces deux services, pouvant porter un regard très pertinent sur le problème, et faisant l'objet d'une interview avec une grille d'entretien à part (Annexe 3). Elles pratiquent toutes deux la PNP classique et l'autohypnose.

Notons que toutes les PNP proposées à la MRUN sont représentées, ce qui apportera une vision globale de la situation.

Critères d'inclusion : Le volontariat et l'exercice au sein de la MRUN.

Pour les sages-femmes mixtes, l'exercice des deux activités pendant une même période est également requis.

Nous verrons que la durée moyenne des entretiens est beaucoup plus courte chez les sages-femmes de SDN (10.7 minutes en moyenne pour F, G et H) que chez les sages-femmes de PNP (44.3 minutes en moyenne pour A, B et C).

De même, les sages-femmes mixtes ont un temps moyen de parole à 52,2 minutes, car elles ont été interrogées hors de leurs gardes en SDN, et avaient plus de temps à m'accorder.

- 10 patientes volontaires comprenant 2 patientes de chaque type de PNP (classique, autohypnose, piscine, yoga, sophrologie) pour des raisons d'équilibre et de globalité.

  Critères d'inclusion : les patientes ayant effectué une PNP de manière régulière (présence à au moins quatre séances sur six avec présence obligatoire à la séance d'apprentissage des poussées) et ayant accouché par voie basse non instrumentale à la MRUN.

  Critères d'exclusion : les patientes :

  - Ayant accouché avant 37 SA
  - Ayant accouché par extraction instrumentale (forceps ou ventouse) ou par césarienne : la poussée de la patiente ne peut alors pas être évaluée.
  - Ayant effectué moins de quatre séances de PNP
  - Ayant manqué la séance de PNP sur les techniques de poussée.

Les 10 patientes interrogées ont toutes accouché sous APD et ont donc toutes utilisé des techniques de poussée volontaire.

1.5.2. Conditions d'entretien

Les patientes interrogées ont été rencontrées initialement durant mon stage optionnel en PNP courant février 2011. Elles ont alors consenti à réaliser l'entretien dans les suites de couches, en SME. Cette pré-rencontre m'a permis d'acquérir leur confiance. Les entretiens se sont déroulés de février à juin 2011.

Les sages-femmes interrogées se sont portées volontaires aux entretiens. Ceux-ci ont été réalisés à la MRUN en privé, dans les secteurs de consultation ou de PNP pour les sages-femmes de PNP et en salle de naissance pour les sages-femmes de SDN. Ils ont eu lieu entre février et novembre 2011.

1.5.3. Contraintes et limites

Les contraintes

Elles relèvent tout d'abord du consentement des personnes interrogées. Il s'agit également de leur assurer la confidentialité et l'anonymat de nos entretiens, ainsi que de demander l'autorisation de les recontacter ultérieurement par téléphone (dans les cas des patientes) si cela s'avère nécessaire.

Les entretiens devaient idéalement durer 30 minutes pour les patientes et les sages-femmes exerçant en SDN ou en PNP et 45 minutes pour les sages-femmes exerçant dans les deux services. Nous verrons que les sages-femmes de salle de naissance, interrogées pendant leurs heures de travail, on eu des durées d'entretien beaucoup plus courtes à cause du manque de temps dont elles disposaient.

La contrainte majeure fut de vérifier le cahier d'accouchement tous les 3 jours en salle de naissance afin d' « intercepter » les patientes ayant accouché. De même, il fut parfois laborieux de trouver une plage horaire avec les sages-femmes, essentiellement pour celles de SDN de par leur planning et leurs gardes souvent chargées.

Les limites

La population

- Les patientes

Les patientes interrogées ont toutes vécu un accouchement physiologique, non instrumental, et à terme ceci étant les critères d'inclusion dans l'étude. Il est donc logique que cette population soit relativement satisfaite de son accouchement par rapport à la population générale. Ce détail constitue un biais de sélection.

De plus, les patientes ont été interrogées lors de leur séjour en SME et n'avaient alors peut-être pas eu le temps d'élaborer complètement cet accouchement et leurs regrets éventuels. Certaines patientes semblent dépassées par le nombre et la précision des questions posées. Les réponses peuvent parfois être incertaines ou imprécises et donc plus difficiles à interpréter.

Lors des entretiens, les multipares abordent plus volontiers leur précédent accouchement lorsqu'on les interroge, certainement car leurs idées sont plus claires que pour l'accouchement présent.

- Les sages-femmes

Un biais de sélection existe également pour la population de sages-femmes interrogées, puisqu'elles se sont toutes portées volontaires pour l'entretien. Ceci induit un intérêt au départ pour ce sujet d'étude qu'est la poussée. Cet intérêt n'est peut être pas retrouvé chez toutes les sages-femmes et cela peut s'en ressentir dans leurs pratiques : ce genre d'information ne peut être clairement établi par manque de données.

De plus, nous pouvons constater que les sages-femmes exerçant en PNP ont en moyenne 33 ans d'expérience, ce qui indique un recul plus important par rapport aux sages-femmes exerçant en SDN, qui, en moyenne ont 12,6 ans d'expérience.

Les divergences d'opinion constatées peuvent être liées à cette différence d'expérience dans le temps, mais aussi dans le secteur d'activité. En effet, les sages-femmes de PNP interrogées ont toutes exercé dans le passé en SDN et dans d'autres services, alors que les sages-femmes de SDN interrogées n'ont toujours fait que de la SDN. Elles ne connaissent donc pas l'activité des autres services tels que les consultations et la PNP.

Il eut fallu interroger des sages-femmes de SDN possédant l'expérience des autres services, pour étudier leur ouverture aux nouvelles techniques et à la PNP.

Cela se voit en partie avec les sages-femmes de PNP+SDN, puisque leur double activité leur procure bien cette ouverture à la PNP et aux nouvelles techniques dites physiologiques, bien qu'elles exercent en SDN.

La subjectivité

Les entretiens réalisés dans cette étude ont recueilli des données qualitatives, qui ont été traitées par une seule personne. Malgré l'effort d'objectivité, il existe toujours une part d'interprétation des éléments qui m'ont été rapportés au cours des entretiens. Cette interprétation, parfois subjective, peut donner des résultats erronés, ce qui constitue un autre biais à cette étude.

De la même façon, mes questions ont pu, d'une manière ou d'une autre, orienter les réponses des participantes à l'étude, et donc biaiser ces réponses.

La durée de l'entretien

Notons que la durée moyenne des entretiens auprès des sages-femmes de SDN est de 10,7 minutes alors qu'il est de 44,3 minutes pour les sages-femmes de PNP. En effet, les sages-femmes de SDN ayant été interrogées pendant leur garde, le suivi des patientes en travail leur a laissé moins de temps à m'accorder. Ceci peut entraîner une défaveur envers les sages-femmes de SDN qui ont eu moins l'occasion d'exprimer et d'expliquer leur point de vue.

2. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

2.1. Populations

2.1.1. Les patientes interrogées

	Age (années)	Catégorie socioprofessionnelle	Parité	Nombre de séances	Terme (SA révolues)	Durée de l'entretien (Minutes)
Classique 1	21	Etudiante, en couple	I	6/6	39	18
Classique 2	31	Sans emploi, mariée	I	6/6	40	15
Sophro 1	30	Employée de mairie, en couple	I	6/6	39	21
Sophro 2	36	Esthéticienne, célibataire	II	6/6	40	19
Hypnose 1	31	Enseignante, mariée	II	6/6	41	20
Hypnose 2	33	Infirmière, mariée	II	4/6	39	18
Piscine 1	28	Pompier, mariée	I	5/6	38	37
Piscine 2	31	Enseignante, mariée	III	5/6	39	31
Yoga 1	30	Secrétaire médicale, en couple	II	5/6	41	21
Yoga 2	27	Vendeuse prêt à porter, mariée	II	6/6	40	21
Moyenne	29.9				39.6	22.1

Les patientes seront respectivement appelées C1, C2, S1, S2, P1, P2, Y1 et Y2.

La durée moyenne des entretiens est de 22,1 minutes auprès des patientes, avec un minimum de 15 minutes et un maximum de 37 minutes.

2.1.2. Les sages-femmes interrogées

Sages-femmes :	Secteur d'activité	Années d'expérience	Durée de l'entretien (en minutes)
A	PNP	33	45
B	PNP	28	23
C	PNP	38	65
D	PNP + SDN	21	30
E	PNP + SDN	20	75
F	SDN	10	11
G	SDN	20	12
H	SDN	8	9
			33.75

Les sages-femmes seront respectivement appelées A, B, C (les trois sages-femmes de PNP), D, E (PNP+SDN : appelées sages-femmes mixtes) F, G et H (les sages-femmes de SDN).

2.2. Evaluation de la pratique des sages-femmes

2.2.1. Enseignement de la poussée en PNP

L'enseignement de la poussée ne trouve pas de consensus auprès des sages-femmes. Il semblerait que chacune conserve plus ou moins sa pratique initiale. Les sages-femmes enseignent les techniques maîtrisées et sont par conséquent cohérentes dans leur discours. C'est grâce à leur pratique actuelle en SDN que les sages-femmes mixtes sont les plus à l'aise avec les deux techniques. Les autres sages-femmes n'ont pas mis en pratique les nouvelles techniques du temps de leur activité en salle de naissance, mais elles sont souvent formées grâce au témoignage ou formations dispensées par les sages-femmes mixtes.

- 3 sages-femmes sur 5 abordent systématiquement les deux techniques de poussée; elles montrent toujours la poussée en inspir bloquée en position gynécologique

classique, les pieds contre le mur. La poussée sur l'expir est montrée en position gynécologique aménagée de manière systématique.

L'expir en DLG n'est pas montré systématiquement ; une sage-femme sur les 3 ne met pas en pratique la poussée en expir en DLG, par manque d'expérience « on en parle mais moi je la maitrise plus ou moins bien. » (A)

- 1 sage-femme sur 5 aborde systématiquement la poussée en inspir bloquée, et aborde l'expir forcée uniquement si les patientes l'évoquent. (C)
- 1 sage-femme sur 5 n'évoque la poussée dans sa totalité que si les patientes en émettent le souhait au début de la préparation. (E)

2.2.2. Le choix de la technique

En PNP

Il n'existe pas de consensus au sein de la MRUN au sujet du choix de la technique de poussée volontaire entre les sages-femmes de PNP. Celles-ci sont influencées par leur propre expérience ou manque d'expérience vis-à-vis d'une technique, d'autres par la formation de Bernadette de Gasquet en 2001.

Dans un service comme la PNP, où les rendez-vous sont planifiés, où l'accompagnement de la femme est l'objectif premier, les sages-femmes sont centrées sur la responsabilisation et de la mise en confiance de la mère : le choix est donc laissé à la femme. La notion d'adaptation est beaucoup évoquée, afin d'habituer les patientes aux imprévus de l'accouchement.

2 sages-femmes de PNP sur 3 n'expriment pas de choix : « je ne choisis pas pour elles, je dis toujours qu'on choisira au dernier moment ce qu'il y a de mieux pour elles à cet accouchement là » (A), tout en me précisant à propos de l'expir : « c'est meilleur pour le périnée, mais c'est plus long pour le bébé, il faut qu'il supporte ».

1 sage-femme de PNP sur 3 exprime préférer la poussée bloquée parce qu'elle ne maitrise que cette pratique, mais tente de ne pas inciter ses patientes en restant neutre. (C)

Une sage-femme de PNP souligne une approche de la femme qui diffère en fonction de la grossesse et du moment de la naissance: « nous, on les voit pendant la grossesse, elles sont en congés, elles sont toutes fraiches… Elles, quand elles les voient,

elles ont mal au ventre, elles en ont marre, elles sont fatiguées… ce sont deux contextes différents… Donc notre discours en PNP est à prendre avec du recul. » (A)

En SDN

Il semble que l'efficacité et la sécurité du couple mère-enfant soient essentielles pour les sages-femmes de SDN. De la même façon que les deux techniques ne sont pas enseignées par tout le monde en PNP, elles ne sont pas utilisées par toutes les sages-femmes en SDN. Ces dernières utilisent la technique maîtrisée et qu'elles jugent la plus efficace, à savoir l'inspiration bloquée. Il existe donc un consensus en SDN sur la technique choisie, ce qui par contre laisse peu de place au choix des patientes, la poussée semblant être couramment dirigée par les sages-femmes.

Les trois sages-femmes de SDN interrogées ont répondu utiliser préférentiellement la poussée en inspir bloquée pour leur pratique quotidienne de l'accouchement, ce pour des raisons d'efficacité: « elles perdent toute leur énergie en poussant en expirant » (F) ; « je peux éventuellement proposer une poussée en expir, sachant que sur une multipare ça marche, sur une primipare moins. » (G)

L'ergonomie est également évoquée pour le choix de la position, « je suis mieux installée et je vois mieux ce qui se passe en position gynécologique » (G), position qui est couplée à la poussée en inspiration bloquée. Aucune des trois n'est convaincue par l'efficacité et la spontanéité de la poussée en expir : « quand on fait n'importe quel effort physique dans la vie de tous les jours, jamais on ne va expirer ». (F)

Les sages-femmes de SDN sont plus habituées à diriger les efforts de poussée : « je ne les fais pousser qu'en bloquant ». (F)

Elles utilisent leur expertise et leur professionnalisme pour mener les efforts expulsifs avec une pratique maitrisée qui peut aller à l'encontre du respect des demandes des femmes enceintes.

Pour une sage-femme l'expiration est utilisée au grand couronnement « pour amplier le périnée tout doucement et pour permettre qu'il se modèle au fur et à mesure. Quand le rythme est bien, bien sur ». (F)

La distinction est faite entre les patientes ayant bénéficié ou non d'une péridurale : « Primipare et péridurale, pour moi, c'est une contre-indication à l'expir » (F) ; « Sans APD, souvent, je les laisse faire comme elles veulent » (H) ; « Si la tête et sur le périnée et qu'elles crient, elles expirent… Et là, elles poussent bien… là, je les laisse faire comme elles veulent. » (G)

Notons que 87 % de patientes de la MRUN ont accouché sous APD en 2010 selon le site officiel de la maternité de Nancy [37].

Chez les sages-femmes mixtes

Alors que les sages-femmes n'exerçant qu'en salle de naissance ont fait le choix de la poussée en inspir bloqué, les sages-femmes mixtes sont plus modérées.

L'une d'entre elles, formée par B. de Gasquet, préfère la technique de l'expir forcée dans sa pratique en SDN « Mais si ça ne leur convient pas, on bloque » (D), l'autre n'a pas de préférence et s'adapte à la façon de faire de la patiente, tout en réajustant si nécessaire, « je vais les laisser faire, et si ça n'avance pas on essaie soit sur la poussée bloquée, soit sur l'expir ». (E)

Malgré un choix personnel, elles ont le même discours « vous faites comme vous voulez madame » ; aller dans le sens du choix de la femme. Leur double casquette leur procure une expérience plus complète et une autonomie plus grande dans leur travail, ce qui leur permet d'expérimenter plus de choses, et d'associer le choix de la patiente, de par leurs aptitudes relationnelles exacerbées en PNP, à la technicité et l'efficacité requise dans un service d'urgence tel que la SDN.

Ce choix personnel fait par la plupart des sages-femmes, bien qu'il ne soit pas toujours évoqué devant les patientes, peut avoir un impact sur le choix de ces dernières: ce que l'ont pense influence ce que l'ont fait, le fait même d'avoir une préférence peut influencer inconsciemment les patientes.

2.3. Regard des sages-femmes

2.3.1. Sur les femmes

A la question de la satisfaction des femmes sur les informations reçues, les réponses des sages-femmes sont mitigées. Certaines réponses donnent à penser que les

patientes entendent les explications données sur la pathologie en PNP, mais ne se sentent pas concernées ou sélectionnent ce qu'elles veulent entendre : « quand ma collègue a voulu faire une cours spécial pathologies sur sept patientes, une seule est venue… Cherchez l'erreur ! » (D). Ce comportement montre certainement le sentiment très humain des femmes que tout va bien se passer pour elles et leur enfant, mais peut-être ressenti par les sages-femmes comme un désinvestissement: « On propose des choses aux femmes et certaines d'entre elles refusent la mobilisation ; on est parfois un peu démobilisées face à cela ». (D)

Les 8 sages-femmes interrogées sont d'accord pour dire que les patientes utilisent essentiellement la respiration en salle de naissance, avant la pose de la péridurale et qu'il existe très peu de retour spontané des patientes vis-à-vis de la poussée : c'est un moment, bref et intense de leur vie : « c'est un moment qu'elles oublient, sauf quand ça se passe mal, forcément. » (D)

- Les sages femmes de PNP évoquent une rareté des plaintes des femmes vis-à-vis de l'accouchement. (A) ; (B) ; (C)

2 sages-femmes sur 5 évoquent un retour négatif par le biais de la CRUQPC (Commission de Relation avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge) : « on nous reproche de vendre du rêve en préparation » (D) ; « la CRUQ nous a dit d'arrêter de dire en préparation que tout est rose, tout est beau ». (A)

1 sage-femme sur 5 pense que les patientes gardent un souvenir très marquant en SDN des paroles qui peuvent être prononcées par les soignants : « ce qui est dit et non dit. » « J'ai pu constater, dans ce que les femmes me rapportent de leur accouchement, que dans la relation on n'est pas bons. » (E)

3 sages-femmes sur 5 se remettent en cause sur le pouvoir que leur confère la gestion de la mise au monde « On profite de ce pouvoir que l'on a, nous sages-femmes sur certaines de nos patientes, alors qu'on devrait leur laisser le pouvoir. » (C)

« Je viens apprendre à pousser » est une phrase que les sages-femmes de PNP entendent souvent ; « elles pensent qu'elles sont obligées d'apprendre à pousser, donc je leur apprends » (C). Face à cela, les sages-femmes ont pour habitude d'expliquer aux patientes ce qu'est le reflexe expulsif. Néanmoins, l'apprentissage des techniques de

poussées volontaires permet de les rassurer, de leur offrir un bagage pour l'accouchement, bagage d'autant plus utile sous APD.

Les 5 sages-femmes pratiquant la PNP s'accordent pour dire que la satisfaction de la patiente vis-à-vis du choix de la poussée dépend de « l'équipe sur laquelle elle tombe en salle ». En effet, toutes évoquent la possibilité d'un refus de la sage-femme de SDN d'accéder à la demande des patientes d'accoucher en expir : « la sage-femme de SDN a dit qu'elle ne le faisait pas… Donc il y a carrément des refus de sages-femmes ! » (B).

- Les sages-femmes SDN estiment globalement que l'accouchement est idéalisé en PNP (F) et (G). Elles rencontrent des demandes particulières de patientes : « souvent elles ont été influencées en PNP dans leur demande… » (F) « on leur donne une idée de l'accouchement sur le côté qui est idyllique à l'excès » (G)

Elles font donc parfois face à des exigences de patiente qu'elles ne peuvent satisfaire : « les pauvres, elles s'imaginent qu'elles vont toutes accoucher sur le côté, sous péridurale, en soufflant… forcément elles sont déçues, ça ne marche pas ! » (G) « une dame qui pèse 130 kg on ne va pas la faire pousser en expirant. On devrait laisser libre choix à la personne qui prend en charge l'accouchement. » (F)

2.3.2. Sur l'utilisation de la PNP en SDN

Regard des sages-femmes de PNP

Les sages-femmes de PNP ont le sentiment que celles de SDN tentent rapidement l'expir en début d'expulsion afin de contenter les patientes, mais reviennent rapidement vers l'inspir bloquée en démontrant aux patientes que l'expir n'est pas efficace.

2 sages-femmes de PNP ne savent pas si les sages-femmes de SDN utilisent la PNP ou font utiliser la PNP à leurs patientes. (B) ; (C)

Les 3 sages-femmes de PNP ont ce sentiment que les sages-femmes de SDN se plient initialement à la demande de la patiente et reviennent ensuite à la poussée bloquée : « elles commencent en expir sur le côté et puis elles disent que le bébé souffre pour repasser en bloqué» (C) ; « le plus fréquent selon les patientes, c'est qu'on

essaie une nouvelle position (aménagée ou latérale) et si ça ne va pas, elles repassent en bloqué classique » (B) ; « il vaut mieux qu'elles fassent comme elles savent faire » (A)

Les sages-femmes mixtes, mettent personnellement en pratique leur travail en PNP et utilisent le matériel (ballon, barre) et les postures (DLG, verticalisation, asymétrie) qu'elles enseignent : « il faut être logique avec soi-même ». (D)

Regard des sages-femmes de SDN

Le regard des sages-femmes de salles de naissance montre une méconnaissance du contenu abordé en PNP, elles ont le sentiment que la PNP est en décalage avec la réalité et que l'accouchement est idéalisé ce qui engendre souvent une déception des femmes difficile à gérer en SDN.

Elles estiment que les sages-femmes de PNP influencent potentiellement le choix de leur patientes (le plus souvent vers l'expir), et donc la demande que celles-ci vont exprimer en SDN.

Les sages-femmes de SDN étant plus à l'aise avec l'inspiration bloquée, technique plus rapide et plus puissante, il est rare que l'on prenne le temps en salle de naissance de faire pousser les patientes en expir jusqu'au bout lorsqu'elles le souhaitent, ce qui explique leur déception.

La divergence des points de vue est évidente entre les discours en PNP et en SDN.

Selon 2 sages-femmes de SDN sur 3, la préparation des femmes comporte des failles :

- l'une pense que les patientes ne sont pas bien préparées aux complications éventuelles de l'accouchement et sont influencées sur la technique de poussée à choisir : « avec ou sans préparation ça ne change rien, si ça se passe mal elles pleurent et sont déçues… je pense que les informations passent mal » (F)
- l'autre pense que les patientes sont bien préparées au niveau des poussées mais influencées vers la poussée en expir sur le côté et donc souvent déçues « il faut qu'on arrête de leur dire qu'elles vont toutes accoucher sur le côté en soufflant, ce n'est pas possible ! Ca ne marche pas ! » (G)

1 sage-femme de SDN sur 3 porte un regard positif sur la PNP : « c'est bien de leur dire qu'elles peuvent avoir le choix, qu'il existe plusieurs techniques de poussée » (H).

Les sages-femmes de SDN admettent ne jamais avoir participé à des cours de PNP sur le thème de l'accouchement, et ne pas connaître le contenu des séances.

A l'inverse, elles estiment que très peu de sages-femmes de PNP viennent se « mettre à jour» et « remettre des gants » en salle de naissance.

2.3.3. Sur leur pratique de la poussée

Une minorité des sages-femmes admet le manque de choix laissé aux patientes sur la poussée en salle de naissance. Il y a donc un décalage entre la pratique réelle des poussées à Nancy et le regard que la plupart des sages-femmes y portent.

Les sages-femmes de PNP admettent ne pas s'informer des pratiques actuelles en SDN, mais elles profitent toutes trois de l'expérience de leurs collègues sages-femmes mixtes pour rester à jour et s'informer.

2 sages-femmes de PNP sur 5 sont d'accord pour dire qu'elles influencent inconsciemment les patientes par leurs propos dans leur choix de la poussée. 2 sages-femmes de SDN sur 3 évoquent également ce point.

Parallèlement :

- 5/8 estiment qu'un certain choix sur la technique de poussée est laissé aux patientes au moment de l'accouchement si les conditions fœtales le permettent. (A) ; (B) ; (F) ; (G) ; (H)
- 1/8 ne connait pas les pratiques en SDN. (C)
- 2/8 estiment que cela dépend essentiellement du choix de la personne qui fera l'accouchement. Ce sont les sages-femmes mixtes qui expriment cette opinion et qui sont les plus proches de la réalité. (D) ; (E)

1 sage-femme de SDN sur 3 exprime aux patientes sa préférence pour la poussée bloquée et l'applique systématiquement.

2 sages-femmes de SDN sur 3 acceptent de commencer à « faire pousser » la patiente en expir mais repassent rapidement en bloquée: « Elles voient qu'elles ne sont pas efficaces et reprennent spontanément une poussée bloquée » (H)

2.3.4. Sur la communication interservices

Les sages-femmes sont globalement insatisfaites de la communication entre les deux services. Les sages-femmes mixtes sont les plus touchées par les problèmes de communication, et les constatent amèrement puisqu'elles y sont confrontées quotidiennement : « c'est vrai que la sage-femme de salle à une place qui est hyper valorisée par rapport aux autres postes... alors que les autres fonctions de la sage-femme sont tout aussi importantes. » (E) La pratique des poussées à Nancy est vécu par ces sages-femmes comme très inégale : « c'est personne dépendant, aussi bien sages-femmes que médecin » (D)

Certaines sages-femmes de PNP se sentent dévalorisées dans leur rôle (2 sur 3), et certaines sages-femmes de SDN estimant la préparation à l'accouchement inefficace (2 sur 3).

- 6 sages-femmes sur 8 estiment que la communication est pour le moins imparfaite entre les services de PNP et de SDN : « ça sera intéressant de discuter… qu'on comprenne un peu leurs attentes et qu'elles comprennent un peu ce qu'on fait » (B) ; « les gens considèrent que certains travaillent et d'autres pas… » (C)

2 sages-femmes sur 8 sont néanmoins satisfaites des échanges entre la PNP et la salle de naissance : « Ca se passe bien entre nous et la PNP » (H) ; « Je pense qu'on n'est pas trop décalé depuis qu'on a des sages-femmes qui font leur temps partagé entre SDN et PNP. » (A)

2.3.5. Un débat passionnel, des divergences

Les sages-femmes mixtes sont les plus indépendantes et les plus complètes dans leur formation en étant à la fois dans la technique et le relationnel. Elles sont de la même façon les plus sensibles aux décalages observables entre les deux secteurs, c'est pourquoi leurs témoignages vont être étudiés de plus près.

Elles ressentent toutes deux les difficultés de communication et les divergences entre les divers services à la MRUN et donnent leurs explications en des termes parfois passionnés.

Il y a d'un côté, la sage-femme de PNP qui reste de nos jours très controversée comme nous l'avons vu, et la sage-femme de SDN, très valorisée pour son travail dans

l'urgence. D'où peut-être un faible poids d'une transmission de savoir pouvant provenir de la PNP.

- Alors qu'en 2006 Mmes Villa et Mougenez ont formé les sages-femmes de Nancy à la méthode De Gasquet, certaines ont été réfractaires à cette méthode, essentiellement au niveau de la poussée en expir, en DLG. En effet, en SDN, cette technique est jugée inefficace, car moins rapide que l'inspiration bloquée. Néanmoins, les positions pendant le travail ont été adoptées par la majorité des sages-femmes de SDN. (D) Les pratiques actuelles sont donc très personnes dépendantes. L'idée de l'accouchement en poussée bloquée sur le dos est très ancrée dans les esprits car son enseignement est ancien et répandu : « certaines patientes ne savent pas qu'elles peuvent choisir, ça ne leur est jamais venu à l'idée qu'on pouvait accoucher autrement que sur le dos, vu que ça fait des générations que ça dure ! » (D)

« Il faudrait faire des piqûres de rappel, que les filles aient envie de se former… de changer leurs habitudes vis-à-vis de la poussée… » (D).

Les sages-femmes de PNP conseillent maintenant de prévenir tout de suite la sage-femme en SDN de leur choix de poussée, car une sage-femme sur les trois en garde est censée pratiquer l'accouchement sur le côté, et donc manier l'expir. Ce discours pragmatique est mal vécu en SDN, certaines sages-femmes se sentant remises en cause dans leurs pratiques. Ce à quoi les sages-femmes de PNP répondent : « Mais on ne peut pas leur dire que si elles veulent, elles pourront accoucher sur le côté, c'est ça le drame. Sinon, effectivement, c'est leur vendre du rêve » (D)

- « La salle de naissance c'est très particulier, les gens ont affaire à l'urgence donc c'est très valorisé par rapport au reste ». (E)

« Lorsqu'on va vers l'attente des patientes, on gagne du temps et de l'efficacité » ; « Il peut se passer n'importe quoi, si la communication a été bonne, tout est pardonnable » (E). La communication semble primordiale pour cette sage-femme afin de satisfaire les patientes. De même « Je ne crois pas qu'en CRUQ, les femmes nous reprochent d'avoir vendu du rêve, il faut entendre ce qu'elles disent : je pense qu'elles reprochent un problème de communication au moment où l'accouchement s'est mal passé » (E)

« Je me suis rendu compte que dans la communication, en SDN, on n'est pas bons. » (E) L'idée est que l'on renvoie à la patiente une image négative d'elle même, en

la tenant à l'écart, en la laissant sans informations. « J'ai souvenir d'une patiente qui voulait reparler de la poussée en post-natal car on lui a dit qu'elle avait eu son Tarnier parce qu'elle avait mal poussé… Elle était traumatisée, dévalorisée dans son rôle de mère. » (E)

Les paroles prononcées ont un impact sur les patientes, leur ressenti de leur accouchement et leur image d'elles mêmes. Souvent accaparées par l'urgence, les sages-femmes de SDN perdent de vue le côté relationnel et l'importance de la communication avec la patiente et de l'image qu'on lui renvoie d'elle-même : « Pour moi notre rôle n'est pas de mettre des bébés au monde, parce que c'est la mère qui met son bébé au monde… c'est de mettre une maman au monde ». (E) Notre rôle est de valoriser la mère et de lui donner confiance en elle-même et en sa capacité de mère.

2.3.6. Des mots forts pour le dire

Certains mots forts ont été prononcés lors des entretiens avec les sages-femmes, ce qui dévoile la dimension passionnelle que prend cette recherche : cette violence dans les mots montre à quel point les sages-femmes sont touchées et investies par rapport à leurs patientes et à leur vécu de l'accouchement, de la poussée.

- « Il faudrait leur vendre quoi ? Du cauchemar ? » (E). C'est l'exclamation utilisée pas une sage-femme mixte qui reconnait conseiller aux patientes d'imaginer les choses telles qu'elles aimeraient qu'elles se passent, pour vivre sereinement leur grossesse.

Il est difficile de définir un juste milieu entre « vendre du rêve» ce qui ne peut que mener qu'à la déception des patientes et à un vécu traumatique en cas de complications, et entre « vendre du cauchemar », ce qui effrayerait les patientes au lieu de leur donner les moyens d'arriver sereines à l'accouchement.

- « Certaines patientes veulent accoucher crucifiées… en disant « accouchez-moi » » (A) ; 2 sages-femmes de PNP évoquent ainsi leur ressenti d'un manque de motivation et d'investissement de certaines patientes à utiliser les enseignements de la PNP, comme la mobilisation, peut-être par fatigue ou par peur de l'inconnu ce qui est démobilisant, tant pour les sages-femmes de PNP que de SDN.

- « Nous on sait, vous vous ne savez rien », rapporte une sage-femme mixte sur le comportement en SDN (D). Les patientes sont démunies de leur

accouchement ; leur choix mais aussi leurs compétences et leurs connaissances leur sont retirés. Il est ainsi difficile de partir confiante dans une vie de mère. Il est vrai que la connaissance des professionnels leur octroie un sentiment de toute puissance, de pouvoir sur la patiente et sur les événements, un comportement qui coupe court à la communication avec les patientes.

2.4. Regard des femmes

2.4.1. Satisfaction unanime

Sur la PNP

10 patientes sur 10 disent être satisfaites de leur PNP et avoir appris des choses utiles pour l'accouchement. Toutes avaient appris les deux techniques de poussée volontaire : sur l'expir et en inspir bloqué.

Elles citent majoritairement comme outils : la respiration pendant et entre les contractions (6/10), mais aussi les positions avant l'accouchement (4/10).

Sur la poussée en SDN :

Toutes les patientes sont finalement satisfaites du déroulement de leur accouchement, car dans la majeure partie des cas il leur a été possible d'essayer d'effectuer la poussée qu'elles souhaitaient.

Concernant la technique de poussée utilisée, 8 patientes sur 10 ont poussé en inspiration bloquée en décubitus dorsal classique et les 2 restantes ont accouché en expiration forcée en position aménagée.

Les deux patientes ayant poussé sur l'expir (S2 et H1) l'ont fait spontanément et la sage-femme les a laissé faire. Toutes deux sont satisfaites de leur accouchement.

L'une d'entre elles avait demandé à pousser sur le côté en expir, pour minimiser ses douleurs sciatiques et elle a pu essayer. Cependant la poussée étant jugée inefficace, on l'a remise sur le dos pour accoucher : « comme ça ne descendait pas, elle m'a mise sur le dos et m'a dit que ça serait plus pratique pour moi. » (H1) Néanmoins, elle reste satisfaite de son accouchement, et d'avoir pu essayer la poussée sur le côté.

Elles sont toutes les deux deuxièmes pares ; l'une avait accouché en expir pour son premier enfant après l'avoir appris en PNP. (S1) L'autre avait accouché en

inspiration bloquée la première fois, car la sage-femme l'avait corrigée, la poussée sur l'expir utilisée spontanément étant inefficace. (H1)

Sur les 8 patientes ayant accouché en inspiration bloquée :

- 4/8 n'avaient pas d'autre attente particulière vis-à-vis de la poussée (C1), (C2), (S1), (P2) : « écoutez ce qu'on vous dit, faites ce qu'on vous dit à l'accouchement et ça se passera bien : c'est ce que j'ai fait, ça s'est super bien passé» (S1) ; « je leur ai fait confiance. Pour mes trois enfants, ce n'est pas moi qui ai demandé la position : c'est elles qui ont jugé sur mes capacités. » (P2)

- 3/8 avaient préféré la poussée sur l'expir en PNP (P1), (Y1), (H2). « Cela me paraissait moins douloureux » (Y1) ; « je trouvais la poussée bloquée un peu archaïque… mais on ne choisit pas la position qu'on veut à l'accouchement.. » (P1)

Toutes les trois se sont vu proposer systématiquement la poussée en inspir bloquée par la sage-femme en SDN.

Deux sur trois n'ont pas osé demander à essayer sur l'expir « elle a mis les étriers directement en position jambes écartées sans me demander… » (P1) ; « ils conseillent de prendre une grande inspiration, de bloquer et de pousser… Après je pense que si moi j'avais voulu faire autrement, j'aurai pu demander… » (Y1). Cependant, elles sont toutes les deux satisfaites de l'issue de l'accouchement : « je ne vais pas me plaindre, l'accouchement s'est très bien passé […] sur le coup ça ne m'a pas paru désagréable comme position, je ne suis pas déçue. » (P1) ; « du coup, ça m'allait comme ça… Donc j'ai continué en faisant comme ça » (Y1).

Une sur trois a fait la première poussée sur l'expir : « elles m'ont regardé et m'ont dit : « non, là madame, ce n'est vraiment pas efficace, on va changer, on va faire en bloqué. » ». Néanmoins, la patiente est satisfaite : « il est sorti sur une poussée bloquée. » « Ce que je retiens, c'est qu'elles m'ont laissé quand même essayer un petit peu, parce que pour la première j'étais tombé sur des sages-femmes qui n'avait pas voulu faire l'effort » (H2)

- 1/8 aurait aimé pousser sur le côté. Pour cette dernière, il fut répondu que : « comme ça pouvait être un gros bébé, ce n'était pas forcément le plus facile » (Y2) donc la position n'a pas été tentée. La patiente l'a cependant très bien compris et accepté.

2.4.2. Vécu par rapport au choix et au respect du choix

L'important semble être qu'aucune patiente n'a été confrontée à un refus catégorique et non expliqué. La possibilité d'essayer ou l'argumentation rationnelle sur le refus semble leur permettre de bien accepter ce que la sage-femme recommandait concernant la poussée.

6 patientes sur 10 avaient une attente particulière vis-à-vis de la poussée avant d'accoucher. Sur ces 6 patientes, seulement une a pu réaliser cette attente et pousser comme elle le souhaitait jusqu'à la naissance de son enfant.

Cela nous montre que le choix des patientes n'est pas respecté, elles l'expriment, donc en sont conscientes mais cela ne perturbe pas leur satisfaction, les patientes ayant bien compris les raisons du refus.

2.4.3. Adéquation entre information et vécu

Les patientes sont globalement satisfaites de leur PNP et de leur accouchement au sein de la MRUN, et les informations données sont relativement cohérentes à leurs yeux.

Quand bien même certains discours ont pu sembler incohérents, cela n'engendre pas de répercussion sur la satisfaction des patientes qui recommandent la PNP aux futures mères.

Les patientes ont toutes ressenti l'utilité de la PNP dans la gestion du stress et de la douleur le jour de l'accouchement, certaines par le biais des techniques de respiration pour gérer les contractions (5/10), d'autres en changeant de position pendant le travail (3/10). 2 patientes sur 10 ont pu utiliser le ballon pendant le travail, avant la pose de la péridurale.

8 patientes sur 10 sont satisfaites des informations reçues en PNP et les ont trouvé cohérentes avec la réalité de la SDN : « tout se tenait. Tout ce qu'on m'a dit en SDN, c'était à peu près ce que j'avais entendu en PNP ». (S1)

2 patientes sur 10 ont remarqué des incohérences entre la PNP et la SDN : « on ne choisit pas à l'accouchement… Si la sage-femme se sent plus à l'aise dans certaines positions, malheureusement les mamans s'y plient, et puis c'est tout ! » (P1) ; « ce qui m'a surprise pour mes deux enfants, c'est qu'en PNP, au niveau du souffle, on m'a dit inspirez bien et ensuite vous rentrez le menton et vous soufflez bien… et en SDN on m'a dit : non madame, gardez votre air. » (Y1)

Sur les 10 patientes interrogées, à la question « que conseilleriez-vous aux futures mamans ? » :

- Sept ont répondu spontanément qu'elles conseillent de suivre des cours de PNP.
- Les trois autres ont répondu spontanément : la péridurale (C1), (S1), de ne pas écouter ce que les autres mères peuvent raconter : « il faut vraiment voir pour soi, son bien être à soi, et se fier à soi ! » (S2).

2.4.4. Utilisation de leurs connaissances

A la question « vous a-t-on interrogé sur vos connaissances en SDN ? », 7 patientes sur 10 ont répondu non, dont 4 primipares, 2 deuxièmes pares et une troisième pare. Les 3 patientes à qui la question a été posée sont deuxièmes pares.

Dans la majorité des cas, les sages-femmes en salle de naissance n'utilisent pas les connaissances acquises par les patientes en PNP. Ceci est encore plus dommage lorsque les patientes sont primipares et n'ont pas d'expérience vis-à-vis de la poussée.

2.4.5. Des mots forts pour le dire

Nous allons voir que ce qui semble être pour les sages-femmes un désir « d'accoucher crucifiée » s'explique autrement par les patientes. Certaines prennent l'initiative d'exprimer leurs envies, d'autres, tétanisées par la peur, par l'expérience et le savoir de la sage-femme qui suit le travail, par la situation qui parfois ne laisse pas le temps au dialogue, vont s'effacer et s'en remettre complètement à la sage-femme.

- « Parfois vous avez l'impression de ne pas être à votre place… vous êtes là sans être là pour eux. » Les patientes ressentent cette distance entre elles et le personnel de SDN qui dans l'urgence est moins disponible pour elles. Les patientes se sentent alors mise à l'écart intellectuellement et perdent confiance dans ce moment où la communication est trop souvent bafouée.

- « On m'a dit de pousser comme si j'allais à la selle » est une phrase qui revient souvent, bien que cette description ne corresponde pas au respect de la physiologie que nous avons énoncé [3]. En salle de naissance, la comparaison avec la poussée défécatoire est souvent faite, car elle est mieux comprise par les patientes mais plus nocive pour le périnée.

- « Une fois qu'on est branchée de partout, on n'ose même plus bouger » : le problème de la mobilisation pendant le travail, dans une maternité de niveau III, sous péridurale est ici évoqué : les sages-femmes pallient ce manque en pratiquant les changements de position déjà évoqués afin de favoriser la descente et l'engagement de la présentation. Une solution à ce problème serait de poser la péridurale le plus tard possible, cependant la douleur n'est souvent pas gérable plus longtemps pour les patientes. Celles-ci se sentent prisonnières de la technique, du monitorage de la naissance et parfois de la péridurale qui les cloue au lit.

- « Une femme qui n'aurait pas fait de PNP, elle aurait été démunie » ; certaines patientes s'interrogent à ce niveau, car l'information manquante en SDN leur a été apportée par la PNP, elles savaient donc ce qui se passait, sans qu'on le leur explique au moment propice, dans l'urgence. La PNP leur a permis de traverser cet accouchement plus sereinement.

Il y a donc, en plus d'un décalage entre sages-femmes de PNP et de SDN, un décalage entre les femmes qui viennent accoucher, parfois un peu démunies et qui n'arrivent pas ou n'osent pas exprimer leurs demandes et le ressenti des sages-femmes devant ce qu'elles appellent de la passivité mais que l'on pourrait interpréter comme une confiance des femmes envers les sages-femmes au moment de leur accouchement. Une confiance qui engendre une absence d'initiative ou de demande particulière des patientes et qui leur permet de se reposer sur les conseils et directives de la sage-femme.

2.5. Réflexion et propositions d'améliorations

2.5.1. Des patientes

Les propositions des patientes tiennent de la relation et de la communication à propos des actes. Elles parlent également de l'envie d'avoir plus le choix sur le déroulement de la poussée en SDN ainsi que de leur désir d'être mises en confiance par l'équipe soignante au moment de l'accouchement.

7 patientes sur 10 sont entièrement satisfaites et n'ont aucune remarque à faire sur leur prise en charge en SDN.

3 patientes sur 10 ont émis des conseils d'amélioration, mais elles restent globalement satisfaites :

- Donner plus d'explications sur ce qu'il se passe en SDN, expliquer nos actes : « Quand on est dans un travail, ça peut se comprendre, on fait les choses parfois tellement machinalement qu'on ne pense pas à expliquer pourquoi… » (Y1)
- Mettre en confiance la patiente afin qu'elle ose exprimer ses besoins : « Le côté médical… la technicité, les appareils font que l'on n'ose pas trop s'exprimer, poser des questions […] par peur d'embêter. » (Y2)
- Laisser plus le choix aux patientes pour la poussée et l'utilisation du matériel (ballon, barre transversale) : « On voit du matériel mais on ne nous dit pas qu'on peut l'utiliser… on le sait parce qu'on a fait les cours mais sinon… c'est mystère ! » (P1)

Les patientes sont donc très satisfaites de leur PNP et globalement satisfaite de leur prise en charge en SDN.

2.5.2. Des sages-femmes

L'amélioration de la communication entre les deux services est évoquée par 7 sages-femmes sur 8, par la mise en place :

- D'une participation régulière des sages-femmes de SDN aux séances de PNP sur l'accouchement voire à quelques consultations prénatales afin de connaître les informations données aux patientes. (A) ; (C)
- De la séance de PNP sur l'accouchement dispensée par les sages-femmes de SDN. (F)

- De journées en SDN pour les sages-femmes de PNP. (C)
- De réunions mensuelles entre les sages-femmes de SDN, de PNP voire même de consultations, qui sont les premières interlocutrices des patientes pendant la grossesse. (B), (C), (G)
- D'une démarche personnelle des sages-femmes pour s'informer « il faudrait déjà harmoniser la salle de naissance à elle toute seule avant d'essayer d'harmoniser PNP et SDN… » (D), (E)

2.6. Conclusion

La satisfaction des patientes est donc globalement bonne selon cette étude. Ceci rejoint une autre étude selon laquelle les patientes ressentent l'aide que leur a apporté la PNP à l'accouchement bien qu'il n'y ait pas de différence significative sur son issue par rapport aux patientes n'ayant pas bénéficié de cette préparation. [9] Il n'y aurait donc par lieu de modifier nos pratiques de ce point de vue.

Néanmoins nous avons pu constater que les sages-femmes sont majoritairement insatisfaites de la communication sur les pratiques entre les deux services, ce qui peut perturber leur bien-être au travail.

Toutes les sages-femmes interrogées sont néanmoins prêtes à faire des efforts et à participer à toute action de rapprochement des deux services, ce projet étant jugé pertinent par l'ensemble des participantes.

La troisième partie abordera l'analyse des divergences de discours et leurs causes puis énoncera les propositions à envisager afin d'améliorer l'entente professionnelle entre PNP et SDN.

Partie 3 : Analyse des pratiques et propositions d'amélioration

1. ANALYSE

1.1. Des missions différentes

Les résultats de l'étude ont montré un décalage des représentations de la mission des sages-femmes en lien avec leur secteur d'activité. Nous allons voir comment historiquement s'est créé ce décalage, et en quoi les différentes missions des sages-femmes peuvent le creuser.

1.1.1 Evolution des missions

Pour Emeline Desnoyers, sage-femme préparant une thèse en sociologie, « les couches ont reçu leurs lettres de noblesse lorsque les hommes de science se sont emparés du domaine de la naissance, munis de connaissances et de savoirs officialisés », ceci pour « venir en aide aux femmes et suppléer les matrones sans formation et accusées de travers et de rituels magico-religieux désuets. » [38]

Pendant ce temps, les sages-femmes/matrones restaient confinées à des savoirs non validés socialement et n'obtenaient pas le statut de « travailleuses » [38]. Elles ont alors développé un rôle plus relationnel auprès des femmes, en passant par la PNP : écoute, soutien, et accompagnement deviennent les mots d'ordre de la profession.

En 1980, nous sommes dans l'ère du tout technique, les professionnels sécurisent la santé de la mère et de l'enfant à l'accouchement ; l'implication médicale dans l'accouchement est à son apogée. [29] C'est alors l'obstétricien qui s'octroie le rôle d'acteur capable d'agir, d'intervenir, d'opérer… C'est une différenciation sexuée des rôles qui donne alors l'image d'être sexué à la sage-femme et de professionnel de santé à l'obstétricien : la première de part sa féminité est douée de compétences relationnelles censées s'acquérir tout au long de sa vie de femme [38] alors que le second détient la technique et le savoir médical.

C'est dans ce contexte que se développe le rôle de sage-femme de PNP qui, nous l'avons vu, est tout d'abord sous l'emprise des médecins, avec à Nancy le guide de la PPO réalisé par le Pr Vermelin en 1956, qui dicte littéralement leur conduite aux sages-femmes de PNP.

1.1.2. Rôles différents

La profession de sage-femme a vu son champ de compétences et de prescriptions s'élargir, ce qui a nécessité une reconstruction de sa formation. Avec aujourd'hui cinq ans d'études, une intégration à la première année d'études de médecine depuis 2002, au cursus universitaire depuis 2011 et un accès imminent au niveau de master, ce métier s'est technicisé afin de suivre l'évolution des progrès constants de l'obstétrique. [38]

Il y a maintenant d'une part, la sage-femme dont la conception du métier passe par l'accompagnement et la responsabilisation de la femme : pour ce faire, il faut amener les femmes à faire leurs propres choix et à les respecter. Cette sage-femme là travaille en autonomie ; son activité, non protocolisée, lui permet une grande indépendance dans le contenu de ses cours, dans ce qu'elle va enseigner aux patientes et donc une grande responsabilité.

D'autre part, se trouve la sage-femme clinicienne, technicienne travaillant dans une maternité de niveau III ou se côtoient la physiologie dont elle est garante et la pathologie ou elle intervient dans la pluridisciplinarité. Elle a acquis la technicité et l'efficacité requises dans un service d'urgence tel que la SDN. Ces actes sont bien codifiés et organisés ; il n'y a pas de place pour l'improvisation. Ceci ajouté à la présence du médecin en cas de survenue de la pathologie place ces sages-femmes dans une situation plus réglementée, protocolisée ce qui laisse peu de place à l'indépendance.

Ces différents rôles de la sage-femme se confrontent parfois et ne se comprennent pas toujours mutuellement.

1.1.3. Représentations des sages-femmes

Les unes envers les autres

Le travail de la sage-femme de PNP, essentiellement basé sur l'écoute et la parole, est à l'opposé du travail d'action et d'urgence de la SDN. Le regard des consœurs vis-à-vis de la sage-femme de PNP n'est « pas tendre » ; assurant moins de gardes et étant moins soumise au stress et à la fatigue physique, cette sage-femme là est perçue comme « moins sage-femme ». [8]

Notons pourtant le nombre de compétences acquises par ces sages-femmes de consultations et de PNP : l'EPI, le suivi post-natal, la prescription de la contraception et le suivi gynécologique des femmes en sont des exemples.

Historiquement, les conditions physiques du métier de sage-femme étaient un critère important d'accès à la profession; d'où le regard condescendant par rapport à la tache peu physique qu'est la PNP. [8]

L'a priori inverse existe aussi : les sages-femmes de SDN sont souvent jugées trop rapidement comme des techniciennes de la naissance fermées aux nouveautés et ne prenant pas le temps d'écouter les femmes.

Il semble donc difficile, au vu de l'enseignement de l'obstétrique et plus particulièrement de la poussée à travers l'histoire, notamment par le professeur Vermelin à son époque [30], de bousculer les pratiques en SDN, surtout si cette idée provient de sages-femmes de PNP, toujours atteintes par une dévalorisation de la part de leurs consœurs [8].

Dans un entretien, une sage-femme souligne même : « il faut que l'idée vienne de plus haut » (D). Faudrait-il donc que les médecins s'intéressent à ces questions, qui concernent la physiologie et donc qui nous concernent nous, sages-femmes, pour trouver un consensus ?

Aux yeux du grand public

Etre sage-femme semble demeurer dans l'imaginaire collectif, l'idée d'une profession « qu'on embrasse comme on entre en religion ou en profession de foi » [38].

Combien de fois ne nous sommes-nous pas entendu dire « Quel métier merveilleux que le vôtre ! »

Car notre rôle semble susciter l'admiration et l'envie, mais la représentation de notre métier est celle « d'une profession simple, accessible par quelque formation courte, peu qualifiée et peu qualifiante. » [38]

Il semble donc que ce regard du grand public envers notre profession ne changera pas tant que les sages-femmes ne seront pas prêtes entre elle à uniformiser leurs pratiques et à reconnaître et promouvoir chacune des nombreuses facettes de leur métier.

1.2. Méconnaissance du travail de l'autre

1.2.1. Idées reçues

Nous l'avons vu dans des paroles de sages-femmes, les idées reçues suscitent des passions, exprimées parfois par des mots forts : « il faut arrêter de raconter qu'à la mat', il y a celles qui bossent et celles qui ne font rien ». (E)

Voilà le genre d'à priori qui revient souvent : la sage-femme de SDN effectue un travail important, valorisant, fatiguant et la sage-femme de PNP, autrefois appelée « dame du cinéma » (C) fait de la figuration, a un rôle certes plus intuitif, plus affectif et moins technique, mais malheureusement moins valorisé. [8]

1.2.2. Manque d'échange

Au problème initial de divergence des missions s'ajoute un problème organisationnel : à Nancy, une maternité de niveau III, il est assez habituel qu'une sage-femme soit univalente ; pour des questions de planning, une sage-femme n'exerçait souvent que dans un secteur, sans être au fait de l'organisation et des méthodes de travail dans les autres services. Ceci créait donc des distances, voire des froids entre les services, chacun ne pouvant prendre en considération objectivement le travail de l'autre.

La PNP et la SDN étant en plus deux services très distants l'un de l'autre géographiquement, il était rare que les sages-femmes puissent échanger d'un secteur à l'autre.

La solution la plus évidente à ce problème, citée dans le paragraphe suivant, semble naturellement être la présence des sages-femmes mixtes, qui effectuent le relai entre PNP et SDN.

1.2.3. Une intermédiaire : la sage-femme mixte

Nous l'avons vu, les sages-femmes ont une valorisation différente au sein de la MRUN en fonction du poste qu'elles occupent. Ceci engendre des problèmes de communication entre les deux services qui sont très ressentis par les sages-femmes ayant la double casquette, car elles sont amenées à travailler au sein des deux équipes. Elles ressentent essentiellement le manque d'intérêt en SDN pour les nouvelles techniques et la théorie provenant de la PNP. Cependant, elles réussissent à concilier ces

deux rôles : informer et enseigner leur savoir en PNP, être fidèle à leurs propos en SDN tout en assurant la sécurité du couple mère-enfant.

Elles sont les plus complètes dans leur pratique et leur formation puisqu'elles combinent au quotidien l'exercice les deux rôles opposés de la sage-femme, à savoir le relationnel et la technique. Elles sont finalement les plus indépendantes car elles possèdent le plus de ressources, de connaissances et d'expérience dans la pratique de leur métier.

Elles sont la preuve qu'il est possible, dans la limite de la physiologie, de prendre soin du bien-être des patientes en accédant à leurs demandes et en respectant leurs choix, tout en assurant leur sécurité et celle de leur enfant.

1.3. Mise en évidence de la diversité des pratiques

1.3.1. Dans une maternité de niveau III

Dans notre pratique de sages-femmes exerçant en maternité de niveau III, nous prenons très souvent en charge des patientes dont les grossesses sont à haut risque. Nous oublions ainsi que chaque sage-femme à temps plein accompagne sur une année environ 100 parturientes « à bas risques », dont le travail et l'accouchement sont eutociques. [16]

La prise en charge de ces patientes à bas risque est trop souvent similaire à celle des patientes à hautes risques, car les professionnels de Nancy sont habitués à gérer la pathologie et ont donc acquis en réponse à cette pathologie, une technicité et une directivité du travail et de l'accouchement qui n'est pas forcément nécessaire au suivi d'une patiente à bas risque. Au contraire, les sages-femmes peuvent alors mettre à profit le côté relationnel de leur métier, en se permettant d'être plus à l'écoute des parturientes et moins directives dans le déroulement du travail.

Le haut niveau de risque fréquemment côtoyé à Nancy a donc exacerbé les qualités techniques et directivistes des sages-femmes de SDN, en mettant de côté le relationnel et l'accompagnement.

A contrario, les sages-femmes de PNP exclusivement n'ont pas ce rapport à la technique. Elles ont donc exacerbé dans leur pratique le rôle d'accompagnement de la femme, ce qui les place tant en décalage avec les sages-femmes de SDN.

1.3.2. Conserver notre indépendance professionnelle

Le but n'est pas ici de cantonner la sage-femme à un seul de ses rôles, mais bien de diversifier ses qualités professionnelles et humaines. Les pratiques à Nancy doivent être uniformisées ce qui ne signifie pas que la sage-femme doive abandonner son autonomie et son indépendance professionnelle. Une sage-femme pourra alors exercer en connaissance non seulement du rôle de la sage-femme dans son service mais également dans les services où elle ne travaille pas, ce qui ne pourra qu'améliorer la compréhension et la communication interservices des professionnelles.

1.4. Représentations sur les patientes

1.4.1. Culpabilisation des sages-femmes

En tant que sages-femmes, les plaintes entendues par les patientes sont vécues comme un échec. Nous avons vu qu'un retour de plainte de patientes via la CRUQ a été évoqué par plusieurs sages-femmes.

Or, après recherches aucune plainte de ce genre n'a été retrouvée entre 2010 et 2011, ce qui induit une certaine ancienneté de ladite plainte. Par ailleurs, le personnel interrogé à la CRUQ n'avait pas souvenir de ce dossier et n'en a pas retrouvé de traces, il n'a donc pas marqué les esprits des personnes qui ont pris en charge cette affaire.

Néanmoins, les sages-femmes incriminées s'en souviennent, et se culpabilisent aujourd'hui encore en gardant en tête cette accusation de « vendre du rêve » aux patientes. Cela montre à quel point il est difficile de faire au mieux dans l'information donnée aux patientes : la marge de manœuvre est étroite entre « vendre du rêve » et se risquer à la déception des patientes et à l'accusation de « publicité mensongère » [8], et entre « vendre du cauchemar » en voulant tout expliquer, tout dévoiler aux patientes des complications et pathologies possibles et en risquant ainsi de les angoisser, de perturber leur confiance dans leurs capacités et dans leur rôle de mère.

D'ailleurs est-ce vraiment notre rôle de « vendre » un accouchement parfait ? Car « publicité mensongère », sous-entend qu'il y a eu tromperie sur la marchandise… Or sommes-nous les seuls responsables du déroulement de cet accouchement ? Cela dépend-il uniquement de nous professionnels ?

1.4.2. Désinvestissement des femmes

Comme le décrit de Dr Hugues REYNES, gynécologue obstétricien, dans un article sur « les nouveaux horizons de la préparation à l'accouchement et à la naissance » [29] la médecine a fait tellement de progrès qu'elle a un sentiment de toute puissance. En retour, les couples exigent d'elle cette efficacité qu'elle revendique, et se sentent alors de moins en moins responsables de ce qui va advenir puisque la médecine gère tout à leur place.

Alors, les patientes se préparent moins, ou moins bien puisqu'en cas de problème, c'est à la médecine qu'on demandera des comptes.

Cette responsabilité médicale produit un désengagement et une passivité des femmes, et même des couples, passivité qui a atteint son apogée il y a quelques années déjà.

Celle-ci rend l'expérience plus difficile pour la femme, qui aborde cette épopée sans les informations ni la préparation nécessaires. Ceci explique les plaintes de patientes (provenant de la CRUQ), et les demandes croissantes pour éviter l'accouchement : la péridurale est depuis longtemps vue comme un dû de la part des femmes, le déclenchement de convenance afin de s'organiser autour de la naissance, voire même la césarienne de convenance en viennent à être abordés. [29]

L'importance de l'expérience de l'accouchement comme ingrédient de maturité d'une femme, d'un couple, disparait pour laisser place à la crainte d'accoucher.

C'est face à cette crainte que les sages-femmes sont en difficultés, tant en PNP qu'en SDN, car il faut apaiser et responsabiliser les patientes sans pour autant leur « vendre du rêve ». Il y a donc une obligation de « succès » de l'accouchement, dans le sens où celui-ci doit se dérouler sans complication pour la mère et l'enfant, sous peine de voir la famille se retourner contre la SDN, qui n'a pas su les accoucher, contre la PNP, qui n'a pas su les former et les informer.

Il est alors nécessaire de responsabiliser les femmes ; de leur faire prendre conscience qu'une grande part du déroulement de l'accouchement leur appartient. C'est ainsi comme le décrit une sage-femme de PNP (A) qu'il faut les sensibiliser à la préparation physique (limiter la prise de poids, éviter l'anémie, exercices physiques en PNP) et à la préparation mentale à l'accouchement (la théorie en PNP) pendant la grossesse, lors des consultations et de la PNP.

1.4.3. Réinvestissement de leur accouchement

Parallèlement il apparait néanmoins que devant cette toute puissance de la médecine, une autre partie des gestantes ressente le besoin de se réapproprier son travail et son accouchement en participant plus activement à la naissance de son enfant. [16] Pour ces femmes, le souhait bien légitime et de ne plus être accouchées mais d'accoucher, d'être l'actrice principale de ce moment.

Nous sommes sages-femmes, accompagnatrices de la naissance. Comme nous y incitent Mmes Villa et Mougenez, sages-femmes, dans leur étude menée en 2006 à Nancy « encourageons les femmes dans leur choix, guidons-les, confortons-les dans leur travail de mise au monde, rassurons-les et redonnons leur confiance ! » [16]

L'ensemble des patientes interrogées a compris la nécessité de la sécurité et place celle-ci, pour son enfant et pour elle-même, avant ses propres désirs.

Les patientes comprennent donc qu'il est impossible d'accéder à leurs demandes quand leur sécurité est en jeu, d'autant plus lorsque tout cela leur a été expliqué en amont en PNP.

Elles n'utilisent pas forcément ce qu'elles ont appris sur la poussée au moment de l'expulsion mais indiquent que cet apprentissage les a aidé « psychologiquement » à être prêtes pour l'accouchement ; à se préparer à leur rôle de mère.

La question de la poussée n'est donc pas une priorité pour les femmes. C'est plutôt l'importance de la place, du choix que l'on peut leur laisser en SDN et la clarté des informations reçues quand ce choix ne peut être respecté qui va impacter l'image d'actrice de son accouchement et de mère que la parturiente aura d'elle-même.

2. PROPOSITIONS

2.1. Améliorer la circulation des informations

L'établissement n'étant pas propice à l'échange de part son organisation et sa taille, chaque changement de pratique en SDN et de contenu des séances de PNP devrait être porté à la connaissance de toutes les sages-femmes, ceci par le biais des sages-femmes mixtes, de notes d'informations ou de réunions interservices permettant aux informations de circuler rapidement et donc aux sages-femmes de PNP de rester à jour dans leur enseignement, et aux sages-femmes de SDN de rester au courant du contenu des cours de PNP.

2.2. Uniformiser les pratiques

2.2.1. Pour élargir nos connaissances

La mise en place d'une pratique unifiée à la maternité de Nancy permettrait d'établir un consensus mettant en accord les professionnels des divers services vis-à-vis de la poussée, de son enseignement et de son utilisation. Une pratique unifiée passe par une formation unifiée : ceci étant mis en place, les discours et les pratiques des sages-femmes de services différents seraient plus enclins à s'accorder.

En effet, des données scientifiques existent sur ces techniques de poussée, et l'OMS a même donné son point de vue sur l'optimisation de leur utilisation: pourquoi ne pas s'appuyer sur ces données pour établir un protocole vis-à-vis de l'enseignement et de l'utilisation des poussées ?

De même, aucun cours n'étant dispensé à l'école de sages-femmes de Nancy sur les différentes techniques de poussée, les jeunes diplômées ont toutes appris la technique en inspiration bloquée, puisqu'elles reproduisent ce que leurs aînées leur apprennent en SDN à Nancy. C'est avec cette technique qu'elles sont donc les plus à l'aise. Des paroles de sages-femmes à peine sorties de l'école ont été rapportées en entretien : « madame, c'est un premier bébé, dans 99% des cas, ça finira sur le dos, ce n'est pas la peine d'essayer sur le côté. » (D) Toutes les sages-femmes rencontrées rapportent avoir d'abord appris en bloqué puis avoir ou non modifié leurs pratiques au gré des diverses formations, en élargissant leurs connaissances.

2.2.2. Pour laisser le choix

Aux sages-femmes

De cet enseignement il résulterait que toutes les sages-femmes auraient une formation complète vis-à-vis des poussées volontaires : les sages-femmes de PNP dispenseraient un enseignement et une information optimales, celles de SDN feraient leurs choix dans leur pratique en toute connaissance de cause vis-à-vis de la poussée, selon les conditions obstétricales à chaque accouchement. Chacune serait plus à l'aise et informée sur les bénéfices et les inconvénients de ces deux techniques.

Aux patientes

En étant formée et renseignée sur toutes les techniques et positions pour l'accouchement, la sage-femme aura acquis la confiance en elle qui lui permettra de laisser ce choix à la patiente, puisqu'elle sera à l'aise avec chacune des techniques apprises.

2.3. Connaître le travail de l'autre

La connaissance du travail de l'autre passe par l'intérêt pour celui-ci ; la sage-femme de PNP est formée à la gestion de groupe, aux techniques de communication, et possède, de par sa spécificité, des qualités que les autres services ne requièrent pas. [8] Elle doit cependant rester à jour sur les pratiques en SDN afin de transmettre des informations actualisées aux patientes. Il lui est donc nécessaire de s'intéresser aux pratiques en SDN, voire même d'y effectuer des gardes d'observation afin d'actualiser ses cours. De plus, il semble possible que les sages-femmes de PNP passent du temps en SDN, ceci ayant déjà été fait et apprécié par certaines sages-femmes à Nancy : Mme Heymes au cours de sa formation en PNP et Mme Larchet du temps de son exercice.

De même, la sage-femme de SDN gagnerait dans sa pratique à être informée du contenu de la séance de PNP dédiée à l'accouchement. Cela lui permettrait, d'établir un lien avec la patiente en échangeant sur ce qui lui a été enseigné ou non en PNP, mais également de guider l'information à donner, la prise en charge et le degré de directivité à adopter en fonction des connaissances de la patiente.

2.4. Actions

Il fut proposé que les sages-femmes de SDN effectuent les cours de PNP sur l'accouchement. Il semble que ce genre de solution n'est pas propice au rapprochement et à l'amélioration de la communication entre les deux services. Il faudrait de plus, pour que cela soit réalisable, compter plusieurs volontaires ; or, une seule sage-femme de SDN a exprimé sa volonté de faire de la PNP. (F)

L'organisation de réunions interservices semble être la plus réalisable des solutions, en terme d'organisation de chacun et chacune. Il semblerait qu'une trame soit nécessaire à ces réunions, abordant par exemple le contenu de la séance de PNP dédiée à l'accouchement, puis la double expérience d'une sage femme de PNP et de SDN, et enfin les données fournies par les études récentes, en finissant par une table ronde ou chacun exposerait son point de vue ceci afin d'assurer une structuration de ces rassemblements et d'éviter les débats passionnels.

La mise en place de ces réunions est à discuter avec la cadre de SDN, nouvellement arrivée et qu'il n'a donc pas été possible d'interroger à ce sujet au moment de l'étude.

Ces réunions pourraient déboucher sur une organisation entre les sages-femmes afin que les volontaires puissent se rendre dans le service qu'elles méconnaissent et s'y informer.

2.5. Polyvalence et mobilité

Nous avons vu que la sectorisation à Nancy est l'un des freins à la communication interservices des sages-femmes. Néanmoins, le projet de Mme Macquet, cadre de consultations qui a été informée des résultats de cette étude, tend à instaurer pour toutes les sages-femmes de consultations en premier lieu (et donc de PNP) des postes alternés dans l'établissement. L'objectif final sera que chaque sage-femme effectue un roulement dans plusieurs services de la maternité. Ainsi, un plus grand nombre de sages-femmes de SDN assurerait des consultations, et donc, de la PNP comme le stipule la description de poste de sage-femme de consultations.

Cette polyvalence a déjà débuté avec les sages-femmes mixtes, qui permettent d'établir un relai entre les deux services, et d'informer les sages-femmes de PNP qui s'interrogent sur les pratiques en SDN.

Voilà donc une solution très intéressante au problème, qui élargira l'activité et les connaissances des sages-femmes à Nancy tout en améliorant le problème de la communication interservices.

Conclusion

La poussée à l'accouchement, bien qu'intense, ne semble pas être le moment le plus marquant pour les patientes : elles l'oublient vite et sont centrées sur leur sécurité et leur bien-être ainsi que ceux de leur enfant. L'encadrement par une équipe présente et rassurante en salle de naissance est primordial pour elles. Il semble donc logique que tout ce qui peut être mis en œuvre pour assurer le confort et la sécurité des patientes doit être encouragé en SDN, comme en PNP.

Pour cela, il est tout de même nécessaire que l'ensemble du personnel soit en cohésion, car pour l'instant il ne l'est pas entièrement: les patientes sont ainsi satisfaites mais pas les sages-femmes.

Des solutions ont été proposées dans ce mémoire afin d'améliorer les relations entre SDN et PNP, d'informer les sages-femmes de SDN sur tout le travail réalisé en amont par la PNP, travail qui facilite la prise en charge des femmes à leur arrivée en SDN et qu'il leur serait utile de connaître afin d'accompagner au mieux les patientes.

De même, il serait profitable d'établir des échanges réguliers entre les sages-femmes de PNP et de SDN pour constater la réalité du terrain et actualiser régulièrement les informations données en PNP. En effet, l'obstétrique est un art en constant mouvement, et il est de la responsabilité de chacun de se tenir au fait des dernières recommandations et pratiques.

Les réponses des sages-femmes interrogées ont bien montré toute la compétence et la connaissance qu'elles ont dans leur propre domaine. Ces connaissances mériteraient d'être étendues également dans les domaines exercés par leurs collègues.

La coordination des sages-femmes autour de la femme enceinte est donc un objectif de l'HAS en partie atteint à Nancy, car les patientes ressentent cette coordination entre les sages-femmes avant et pendant l'accouchement. Cependant, les sages-femmes se montrent beaucoup plus réservées vis-à-vis de cette cohésion et sont prêtes à participer à des actions d'amélioration.

BIBLIOGRAPHIE

Norme ISO 690 (NF-Z 44 055) de 1998

[1] SCHAAL, J-P et al.
Mécanique et techniques obstétricales. 3e éd. Montpellier : Sauramps médical, 2007. p289-296. ISBN : 978-2-84023-471-5, p289-296

[2] KIRSCH, C.
L'Accouchement en décubitus latéral. Donner la vie du bon côté… ? Mémoire Sage-femme. 2006. Ecole de sage-femme Metz, p3-7

[3] DE GASQUET, B.
La physiologie du reflexe expulsif. *Les Dossiers de l'Obstétrique,* mars 2004, n°325, p25-27

[4] DENIS, V.
La sage-femme face aux difficultés d'expulsion dans le cadre de l'accouchement physiologique. *Vocation Sage-femme*, juin 2009, n°73, p8-17

[5] SIMPSON, K-R. et al.
When and how to push: providing the most current information about second stage labor to women during childbirth education. *The journal of perinatal education,* 2006. vol 35, n°4, p6-9

[6] DE GASQUET, B.
Les positions pour l'accouchement. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, octobre 1995, n°232, p20-30

[7] GONERA, A.
La sage-femme face aux efforts expulsifs inefficaces. Mémoire Sage-femme. 2008. UHP Nancy 1, p10, 36,55-57

[8] BRETIN-IMBODEN, F.
Sage-femme, préparation à la naissance et société. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, juin 1994, n°218, p6-8

[9] PHIPPS, H. et al.
Can antenatal education influence how women push in labour? *The Australian and New Zealand journal of obstetrics and gynaecology,* juin 2009, vol 49, n°3, p274-278

[10] CHENELOT, F.
Se préparer à la naissance. Paris : Hachette Pratique, 2006. p44-57, 78-81, 124-141. ISBN : 2-01-237114-0

[11] ODENT, M.
Le reflexe d'éjection du fœtus. *Les Dossiers de l'Obstétrique,* juin 2001, n°295, p36

[12] LEMAY, G.
Pushing for first-time moms. *Midwifery today*, 2000, n°55, p9-12

[13] CALAIS-GERMAIN, B.
Le périnée féminin et l'accouchement. Méolans-Revel : Éd. DésIris, 2000. p11-23, 26-29, 32-42, 71-74, 82-83, 86, 88, 106-119. ISBN : 2-907653-36-9

[14] DE GASQUET, B.
Info accouchement : *Installation de la parturiente et postures pendant le travail,* Journées pyrénéennes de gynécologie, Tarbes 6 et 7 octobre 2000 : www.infoaccouchement.org

[15] VERDIER, P.
A propos de l'expulsion. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, août/septembre 1993, n°209, p18-19
[16] MOUGENEZ E, VILLA D. et al.
Accouchements en décubitus latéral, un choix donné aux patientes dans une maternité de niveau III : expérience de la maternité de Nancy. *La revue sage-femme*, 2006, n°5, p145-153
[17] BOULOT, P. et al.
" Laisser faire" ou comment intervenir le moins possible lors de la seconde phase du travail. *Profession sage-femme*, septembre 2009, n°158, p20-29
[18] PETERSEN, L.
Pushing techniques during labor: issues and controversies. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing*, 1997, vol 26, n°6, p719-726
[19] SIMPSON, K-R. Et al.
Effects of immediate versus delayed pushing during the second stage labor on fetal well-being: a randomized clinical trial. *Nursing Research,* 2005, vol 54, n°3, p149-157
[20] BLOOM, SL. Et al.
A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American journal of obstetrics and gynecology,* 2006, vol 194, n°1, p10-13
[21] AWHONN
Association of women's health, obstetric and neonatal nurses [AWHONN] & InJoy Videos. High-touch nursing care during labor. Volume 3: Second stage labor support. 2006 [video]
[22] SCHAAL, J-P. et al.
Diriger l'expulsion. Profession sage-femme, sept 2009. n°158, p30-36
[23] PARNELL, C.et al.
Pushing method in the expulsive phase of labor. A randomized trial. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica,* 1993. vol 72, n°1, p31-35
[24] BREMENT S, MOSSAN, S, BELERY, C
Accouchement en décubitus latéral. Essai clinique randomisé comparant les positions maternelles en décubitus latéral et en décubitus dorsal lors de la deuxième phase du travail. *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2007, n°35, p637-644
[25] MOREAU, Y.
Décubitus latéral ou décubitus dorsal : que préfère le périnée des patientes ? *La Revue Sage-femme,* vol 229, n°8, p133-137
[26] OMS
Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, OMS 2ème édition, 24 mai 2009 : www.who.int/fr
[27] DEVIN, L.
La préparation à la naissance et à la parentalité, étude qualitative à partie de sept entretiens de femmes. Mémoire sage-femme. 2010. Université de Nantes, p2-5
[28] HUIN BONDEY, M-O.
La préparation à la naissance à la maternité A. Pinard Nancy. Th. Médecine. 1994. UHP Nancy 1, p20-25
[29] : REYNES, H.
Sages-femmes : Les nouveaux horizons de la préparation à l'accouchement et à la naissance. *Les Dossiers de l'Obstétrique*, juin 2011, n°405, p24-28

[30] VERMELIN, H.
La pratique de la méthode psychoprophylactique de l'accouchement. Nancy : édité par l'association amicale des élèves et anciennes élèves de l'école départementale d'accouchement. 1956
[31] HAS
Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, 2005 : www.has-sante.fr
[32] MARPEAU, L.
Traité d'obstétrique. Paris : Masson, 2010. p97-100. ISBN : 978-2-294-07143-0
[33] HAS
Recommandations professionnelle : Préparation à la naissance et à la parentalité, 2005 : www.has-sante.fr
[34] DE GASQUET, B
Les positions d'accouchement, de la préparation… à la naissance. 2007 [vidéo]
[35] TEISSIERE, E, SUAREZ B.
Naître : de l'idéal de l'accouchement à la réalité de la naissance. Montpellier : Sauramps médical, 2008. p93-109. ISBN : 978-2-84-023-567-5
[36] LE GRET, N.
Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité. Paris : E.L.P.E.A collection « Grands Sujets », « Les Dossiers de l'Obstétrique », 2006. p22-29, 54-56, 69-72, 80-91, 103-105. ISBN : 2-9514224-1-5
[37] Maternité de Nancy - MRUN
Présentation ; chiffres clés 2010; services cliniques et plateaux techniques : http://www.maternite.chu-nancy.fr
[38] DESNOYERS Emeline
Les sages-femmes à l'interface de la technique et du relationnel. *Vocation Sage-femme*, juillet-août 2011, n°91, p9-12

TABLE DES MATIERES

Sommaire **4**

Préface **6**

Liste des abréviations **7**

Introduction **8**

Partie 1 : De la théorie à la pratique, à Nancy **9**

1. Les techniques de poussée **10**

1.1. Introduction 10
1.2. Pourquoi un apprentissage de la poussée ? 10
1.2.1. Pallier l'absence du réflexe expulsif 10
Pourquoi cette absence de réflexe 11
Le moment de la poussée 11
L'analgésie péridurale 11
La position maternelle 12
1.2.2. Une mise en confiance de la mère 12
1.3. Effets des poussées volontaires 13
1.3.1. Introduction 13
1.3.2. La poussée en inspiration bloquée 13
Les avantages 14
Les inconvénients 14
1.3.3. La poussée en expiration forcée 15
Les avantages 15
Les inconvénients 15
1.3.4. Situation en salle de naissance à Nancy 16
1.3.5. Conclusion 16

2. Etudes et recommandations **17**

2.1. Les études scientifiques 17
2.1.1. Retarder la poussée 17
2.1.2. Une poussée non dirigée 18
2.1.3. La technique à privilégier 18
2.1.4. Questionnement sur la position d'accouchement 18
2.2. Recommandations de l'OMS 19
2.2.1. Le début des efforts de poussée pendant le deuxième stade 19
2.2.2. Les efforts de poussée pendant le deuxième stade 19

3. La PNP à Nancy **21**

3.1. Depuis 1956… 21
3.1.1. Instaurée par le chef de service 21
Les conséquences de cet apprentissage 22
3.1.2. Appliquée par les sages-femmes 22

De 1970 à 2007; l'évolution à Nancy....23
Une sage-femme de PNP controversée....23
3.2. Jusqu'à aujourd'hui....24
3.2.1. L'organisation à Nancy....24
Réglementation....25
3.2.2. Les cours proposés....25
3.2.3. Enseignement de la poussée....26
La position gynécologique classique....26
La position aménagée de Bernadette de Gasquet pour la poussée en expir....26
Le décubitus latéral....27
3.2.4. La place de l'apprentissage de la poussée....27
PNP classique....27
PNP en piscine....28
PNP en hypnose....28
PNP en sophrologie....28
PNP en yoga....29
3.3. Conclusion....30

Partie 2 : Enseignement et application des techniques de poussées à Nancy : le point de vue des femmes et des sages-femmes. 31

1. Cadre conceptuel de l'etude 32

1.1. Problématique 32
1.2. Objectif 32
1.3. Hypothèse 32
1.4. Méthode 33
1.4.1. Les méthodes envisagées 33
1.4.2. La méthode retenue 33
Le choix de la méthode 33
Le guide d'entretien 33
1.5. Le schéma général de l'étude 34
1.5.1. Population et échantillonnage 34
1.5.2. Conditions d'entretien 35
1.5.3. Contraintes et limites 36
Contraintes 36
Limites 36
La population 36
Les patientes 36
Les sages femmes 37
La subjectivité 37
La durée de l'entretien 38

2. Résultats de l'étude 39

2.1. Populations 39
2.1.1. Les patientes interrogées 39
2.1.2. Les sages-femmes interrogées 40
2.2. Evaluation de la pratique des sages-femmes 40
2.2.1. Enseignant de la poussée en PNP 40
2.2.2. Le choix de la technique 41
En PNP 41
En SDN 41
Chez les sages femmes mixtes 43
2.3. Regard des sages-femmes 43
2.3.1. Sur les femmes 43
2.3.2. Sur l'utilisation de la PNP en SDN 45
Regard des sages femmes de PNP 45
Regard des sages femmes de SDN 46
2.3.3. Sur leur pratique de la poussée 47
2.3.4. Sur la communication interservices 48
2.3.5. Un débat passionnel, des divergences 48
2.3.6. Des mots forts pour le dire 50
2.4. Regard des femmes 51
Sur la PNP 51
Sur la poussée en SDN 51
2.4.2. Vécu par rapport au choix et au respect du choix 53

2.4.3. Adéquation entre information et vécu 53
2.4.4. Utilisation de leurs connaissances 54
2.4.5. Des mots forts pour le dire 54
2.5. Réflexion et propositions d'améliorations 56
2.5.1. Des patientes 56
2.5.2. Des sages-femmes 56
2.6. Conclusions 57

Partie 3 : Analyse des pratiques et propositions d'amélioration 58

1. Analyse 59

1.1. Des missions différentes 59
1.1.1. Evolution de missions 59
1.1.2. Rôles différents 60
1.1.3. Représentations des sages-femmes 60
Les unes envers les autres 60
Aux yeux du grand public 61
1.2. Méconnaissance du travail de l'autre 62
1.2.1. Idées reçues 62
1.2.2. Manque d'échange 62
1.2.3. Une interface : la sage-femme mixte 62
1.3. Mise en évidence de la diversité des pratiques 63
1.3.1. Dans une maternité de niveau III 63
1.3.2. Conserver notre indépendance professionnelle 64
1.4. Représentations sur les patientes 64
1.4.1. Culpabilisation des sages-femmes 64
1.4.2. Désinvestissement des femmes 65
1.4.3. Réinvestissement de leur accouchement 66

2. Propositions 67

2.1. Améliorer la circulation des informations 67
2.2. Uniformiser les pratiques 67
2.2.1. Pour élargir nos connaissances 67
2.2.2. Pour laisser le choix 68
Aux sages-femmes 68
Aux patientes 68
2.3. Connaître le travail de l'autre 68
2.4. Actions 69
2.5. Polyvalence et mobilité 69

Conclusion 71

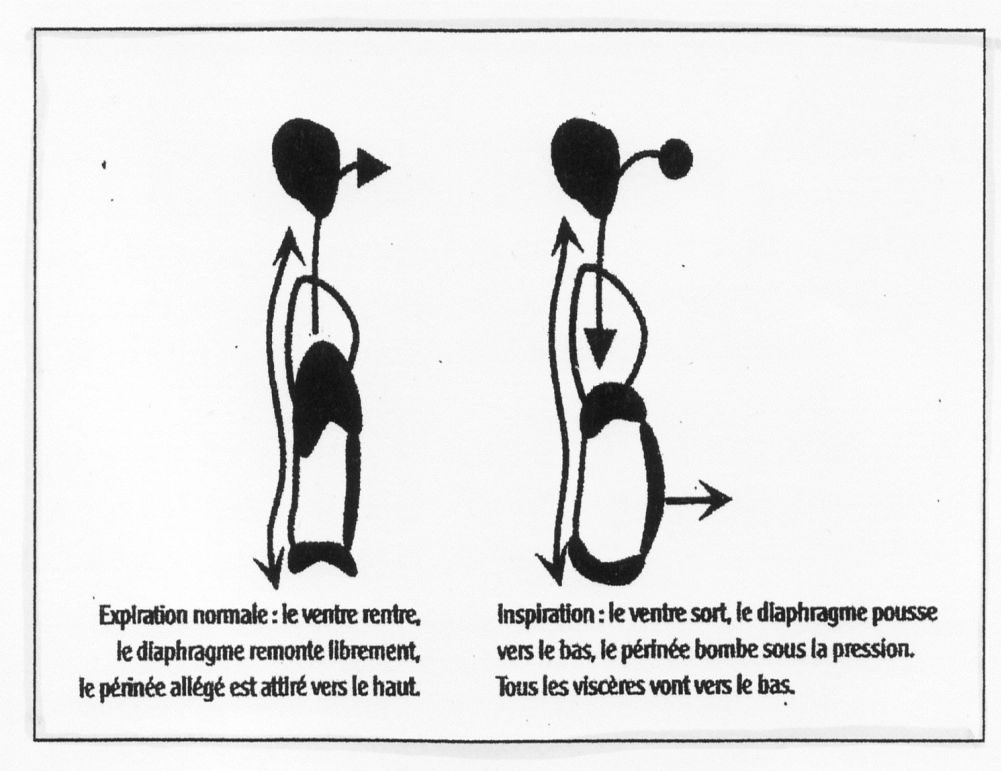
Bibliographie 72

Table des matières 75

Annexes I

ANNEXES

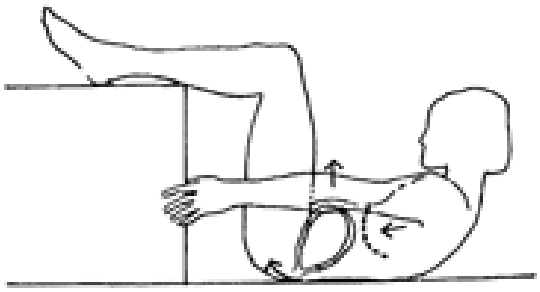
Annexe 1 :



Rôle du diaphragme sur les viscères abdominaux.
Source : Manger, éliminer. Non à la constipation de 0 à 97 ans. De Gasquet, B.

Annexe 2 :

Respiration et poussée



Poussée bloquée.

Flexion de la nuque, diaphragme bloqué en position inspiratoire.
Diastasis des grands droits.
Antéversion utérine, poussée du bébé vers le périnée postérieur.

Poussée sur l'expiration.

Hyperflexion des hanches.
Rétroversion du bassin et de l'utérus.
Serrage maximum des abdominaux profonds.
Remontée du diaphragme et détente périnéale.

Comparatif poussée bloquée et poussée sur l'expiration.
Source : Les positions pour l'accouchement. De Gasquet, B. Journées Pyrénéennes de gynécologie

Annexe 3.a.

Positions pendant le travail
Source : National Childbirth Trust. Popularisé en France par B de Gasquet

Annexe 3.b.

Positions d'expulsion.
Source : National Childbirth Trust. Popularisé en France par B de Gasquet

Annexe 4

Entretiens de patientes:

Je suis étudiante sage-femme en 3e année et j'ai choisi de faire mon mémoire de fin d'études sur les différentes techniques de poussées volontaires enseignées en PNP et leur mise en application en salle de naissance le jour de l'accouchement.

Pour la deuxième partie de mon mémoire, j'ai choisi d'effectuer des entretiens avec des sages-femmes à la fois de PNP et de salle de naissance ainsi qu'avec des patientes ayant suivi une préparation à la naissance, afin d'évaluer leur satisfaction (vis-à-vis de la PNP et de l'accouchement).

Je m'engage à préserver la confidentialité et l'anonymat des participants aux entretiens.

Comment les différentes techniques de poussée apprises en PNP sont-elles mises en pratique en salle de naissance ?	1) Quelles techniques de poussée vous a-t-on montré en PNP ?	a. Qu'en avez-vous pensé ? b. Qu'en avez-vous retenu ?
	2) Décrivez moi votre poussée en salle de naissance.	a. Comment avez-vous vécu ce moment ? b. Comment avez-vous pu utiliser la PNP ?
	3) Que retenez-vous de ce qui s'est passé en salle de naissance ? de ce qu'on vous a dit ?	a. Vous a-t-on interrogée sur vos connaissances de PNP ? b. Quelles remarques feriez-vous pour améliorer la prise en charge des patientes ? c. Que conseilleriez-vous aux autres futures mamans ?

Annexe 5

Entretiens de sages-femmes de PNP :

Comment les différentes techniques de poussée apprises en PNP sont-elles mises en pratique en salle de naissance ?	1) Décrivez-moi votre activité professionnelle vis-à-vis de la poussée ?	a. Quelle est la première situation qui vous vient en tête ? b. Quel choix pensez-vous avoir fait entre ces différentes techniques ? c. Quelles sont les motivations de ce choix ?
	2) Quel retour avez-vous des patientes en salle de naissance ?	a. Quelle place est laissée au choix des femmes ? b. Selon vous, comment utilisent-elles la PNP en salle de naissance ?
	3) Quel est votre souhait pour améliorer les choses?	a. Comment améliorer les échanges entre ces deux services (salle de naissance et PNP) ? b. Comment améliorer la prise en charge globale des patientes ?

Annexe 6

Entretiens de sages-femmes de salle de naissance :

Comment les différentes techniques de poussée apprises en PNP sont-elles mises en pratique en salle de naissance ?	1) Décrivez- moi votre activité professionnelle vis-à-vis de la poussée ?	a. Quelle est la première situation qui vous vient en tête ? b. Quel choix pensez-vous avoir fait entre ces différentes techniques ? c. Quelles sont les motivations de ce choix ?
	2) Quel regard avez-vous sur l'enseignement de la poussée en PNP ?	a. Quelle place est laissée au choix des femmes ? b. Selon vous, comment utilisent-elles la PNP en salle de naissance ?
	3) Quel est votre souhait pour améliorer les choses?	a. Comment améliorer les échanges entre ces deux services (salle de naissance et PNP) ? b. Comment améliorer la prise en charge des patientes ?

Annexe 7

Entretien de sages-femmes de PNP et de salle de naissance

Comment les différentes techniques de poussée apprises en PNP sont-elles mises en pratique en salle de naissance ?	1) Décrivez-moi votre pratique vis-à-vis de la poussée ? 2) Comment avez-vous fait évoluer votre profession ? 3) Comment la PNP vous a-t-elle fait évoluer dans la prise en charge de vos patientes en salle de naissance ? 4) A l'inverse, comment votre pratique en salle de naissance vous oriente-t-elle pour vos cours de PNP ? 5) Quelle est votre satisfaction/votre regret actuel ? 6) Comment améliorer les choses selon-vous ?