



HAL
open science

La mobilité des parturientes en salle de naissance : la pratique actuelle des sages-femmes

Daisy Noirclère

► **To cite this version:**

Daisy Noirclère. La mobilité des parturientes en salle de naissance : la pratique actuelle des sages-femmes. Médecine humaine et pathologie. 2010. hal-01886216

HAL Id: hal-01886216

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01886216v1>

Submitted on 2 Oct 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-theses-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>

École de Sages-femmes de Metz

***LA MOBILITE DES PARTURIENTES EN
SALLE DE NAISSANCES***

La pratique actuelle des sages-femmes...

Mémoire présenté et soutenu par
NOIRCLERE Daisy
Née le 9 juin 1985

Promotion 2006-2010

École de Sages-femmes de Metz

***LA MOBILITE DES PARTURIENTES EN
SALLE DE NAISSANCES***

La pratique actuelle des sages-femmes...

Mémoire présenté et soutenu par
NOIRCLERE Daisy
Née le 9 juin 1985

Promotion 2006-2010

Je souhaiterais remercier,

Toutes les personnes qui m'ont aidé dans l'élaboration de mon mémoire, notamment Danièle BRYSZKOWSKI, ma directrice de mémoire, ainsi que toutes les sages-femmes qui ont participé à la réalisation de mon étude.

Je remercie également tous mes proches, qui m'ont soutenu tout au long de mes études.

SOMMAIRE

Pages

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 2 |
| CHAPITRE 1 : LA PLACE DE LA MOBILITE EN OBSTETRIQUE..... | 3 |
| 1. Evolution des pratiques autour de la naissance..... | 3 |
| 2. La médicalisation de la naissance en France..... | 4 |
| 2.1. L'analgésie obstétricale :..... | 4 |
| 2.2. L'enregistrement cardio-tocographique. | 5 |
| 2.3. La nécessité d'une voie veineuse..... | 5 |
| 2.4. L'organisation des services d'obstétrique..... | 6 |
| 3. Recommandations des organismes..... | 7 |
| 4. Impact de la mobilité sur la mécanique de l'accouchement..... | 8 |
| 4.1. Le bassin obstétrical..... | 8 |
| 4.2. La mécanique du travail et de l'accouchement..... | 12 |
| 5. Les avantages de la mobilité des parturientes..... | 17 |
| 5.1. Effets sur le travail..... | 17 |
| 5.2. Effets sur les dimensions du bassin..... | 18 |
| 5.3. Effets sur l'accouchement..... | 19 |
| CHAPITRE 2: LA PRATIQUE ACTUELLE DES SAGES-FEMMES: ETAT DES LIEUX..... | 21 |
| 1. Méthodologie de la recherche..... | 21 |
| 1.1. Problématique..... | 21 |
| 1.2. Hypothèses..... | 21 |
| 1.3. Objectifs..... | 22 |
| 1.4. Présentation de l'enquête..... | 22 |
| 1.5. Les biais de l'étude et les difficultés rencontrées..... | 23 |
| 2. Résultats de l'étude..... | 23 |
| 2.1. Ancienneté des sages-femmes..... | 24 |
| 2.2. La formation des sages-femmes..... | 24 |
| 2.3. L'environnement matériel des sages-femmes en salle de naissances..... | 26 |
| 2.4. La pratique des sages-femmes en salle de naissances..... | 29 |
| 2.5. Les éventuels freins à la pratique des sages-femmes..... | 32 |

| | |
|---|-----------|
| CHAPITRE 3: MOBILISER LES PARTURIENTES: UN NOUVEL ACCOMPAGNEMENT?..... | 38 |
| 1. Implication et motivation des sages-femmes | 38 |
| 1.1. La formation des sages-femmes | 38 |
| 1.2. La pratique globale des sages-femmes | 40 |
| 2. Impact de l'ancienneté des sages-femmes sur les pratiques..... | 41 |
| 3. Impact du niveau de maternité sur les pratiques | 42 |
| 3.1. La diversité des pratiques | 43 |
| 3.2. L'aménagement des salles de travail | 44 |
| 4. Les freins a la mobilité des femmes..... | 45 |
| 5. Préparation des femmes a la mobilité | 50 |
| 5.1. Des recommandations... .. | 51 |
| 5.2. ... à la pratique..... | 51 |
| 5.3. La préparation à la mobilité | 52 |
| 6. Les ameliorations a apporter | 54 |
| 6.1. Vers une préparation à la naissance différente... .. | 54 |
| 6.2. La place des pères | 55 |
| 6.3. La formation des sages-femmes | 55 |
| 6.4. La mise en place d'espaces physiologiques | 56 |
| CONCLUSION..... | 57 |
| BIBLIOGRAPHIE..... | 58 |
| ANNEXES..... | 61 |

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant représente une période charnière dans la vie d'un couple. Le vécu de l'accouchement est un des éléments déterminant dans la relation mère-enfant, parents-enfant. Depuis longtemps médicalisée, la pratique de l'accouchement a peu à peu perdu son caractère physiologique. Notre perception de l'accouchement n'a parfois rien à voir avec le vécu des femmes et des couples de la naissance de leur enfant.

Face à une grande demande des femmes d'un accouchement plus respectueux de la physiologie, la pratique de la mobilité pendant le travail et l'accouchement s'est peu à peu développée.

J'ai découvert lors de ma formation les effets bénéfiques qu'elle induit, notamment sur leur vécu de l'accouchement, ainsi que sur la mécanique obstétricale. J'ai également observé qu'on laissait peu aux femmes le choix des positions qu'elles adoptent. Est-ce parce qu'elles ne connaissent pas les alternatives qui s'offrent à elles ? Accompagner une femme en travail n'est pas lui imposer des positions mais savoir écouter ses choix et les adapter. Notre rôle en tant que sage-femme est de nous donner toutes les possibilités d'accompagner au mieux les couples dans leur projet de naissance.

Etant moi-même convaincu des bénéfices apportés par la mobilisation des femmes, je me suis interrogé sur la pratique des sages-femmes. Pourquoi tant de différences de pratiques entre elles, entre les différentes maternités ?

Dans un premier temps nous verrons comment les pratiques autour de la mobilité des femmes pour la naissance ont évolués et les bénéfices que la mobilité peut apporter au cours du travail et de l'accouchement. Dans un deuxième temps une étude, menée auprès des sages-femmes de salle de naissances tentera de déterminer où se situe leur pratique aujourd'hui et quelles sont les difficultés rencontrées face à ces pratiques. Ce travail nous permettra de déterminer, comment encourager la mise en pratique de la mobilité pendant le travail et l'accouchement, et quels sont les points à renforcer dans notre organisation afin d'offrir aux femmes un accompagnement de qualité.

CHAPITRE 1 : LA PLACE DE LA MOBILITE DES FEMMES EN OBSTETRIQUE

Nous verrons dans une première partie, comment les pratiques autour de l'accouchement ont évolué de l'antiquité à nos jours pour donner lieu aux recommandations actuelles. Dans une seconde partie nous verrons l'impact de la mobilité des femmes sur la mécanique obstétricale et quelques unes des études, réalisées pour démontrer ses avantages.

1. EVOLUTION DES PRATIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE

Les positions adoptées par les femmes pendant le travail et lors de l'expulsion ont été historiquement et universellement dominées par la mobilité et la verticalité, spontanément adoptées en association avec diverses aides matérielles et humaines. Ces aides représentent une spécificité de la parturition humaine : elles sont rendues nécessaires par la difficulté de l'accouchement secondaire à l'acquisition de la bipédie et à l'augmentation progressive du volume cérébral.

En effet, depuis l'antiquité et jusqu'à une période assez récente, la documentation dont nous disposons démontre que, outre la déambulation, les femmes utilisaient des positions verticales variées, afin d'accoucher le moins douloureusement possible et avec le maximum d'efficacité pour éviter la dystocie. Evolution redoutée car parfois mortelle pour le fœtus mais également pour la mère. Différents accessoires permettant la suspension ou l'appui direct ou indirect ont été imaginés, le Moyen-Age a tout particulièrement vu fleurir un nombre incalculable de chaises obstétricales.

Mauriceau, qui initia en 1668 l'obstétrique moderne, a réussi à diffuser son idée de faire accoucher les femmes en position semi-assise, principalement pour pouvoir surveiller l'accouchement et pratiquer des manœuvres obstétricales ; le paradoxe étant que cette position « non physiologique » conduit inmanquablement à plus d'extractions instrumentales. Cette conception s'est généralisée à toute l'obstétrique occidentale pour déboucher sur l'accouchement en milieu hospitalier avec une disparition quasi totale des accouchements à domicile. L'habitude a donc été prise en France de faire allonger les

femmes pour l'expulsion, mais aussi pendant le travail : la généralisation du monitoring continu du rythme cardiaque fœtal, oblige les femmes à l'immobilité pendant le travail.

L'arrivée de la péridurale dans les années 80 renforce encore plus la dépendance de la femme à la table d'accouchement, la mobilité étant fortement diminuée. Le matériel en France a suivi la pratique de l'accouchement en décubitus dorsal, mais les professionnels s'interrogent sur cette pratique devenue quasi systématique.

Depuis les années 80, des publications sont apparues redécouvrant les positions maternelles adoptées par les patientes. Chacun connaît les interventions de Bernadette de GASQUET. Beaucoup de services en France, y compris dans les CHU, permettent la formation des sages-femmes et la pratique d'accouchements dans des positions différentes des positions conventionnelles. De nombreux arguments en particulier périnéaux encouragent à lutter contre la position habituelle.

2. LA MEDICALISATION DE LA NAISSANCE EN FRANCE

Les conduites obstétricales actuellement imposées à la parturiente dans un but sécuritaire méritent d'être discutées car elles sont en inadéquation avec l'accompagnement souhaité par les couples. Le modèle de surveillance que nous connaissons a été imposé par la pression médico-légale et par des habitudes professionnelles, au détriment des femmes dont les besoins sont peu écoutés et dont l'insatisfaction est grandissante.

2.1. L'analgésie obstétricale :

➤ L'analgésie péridurale

Généralisée depuis les années 70, elle est destinée à supprimer ou à atténuer les douleurs de l'accouchement, tout en conservant les propriétés proprioceptives de la partie inférieure du corps. Pendant l'analgésie péridurale, une sensation de jambes lourdes et une difficulté à les bouger peuvent s'observer, qui peut rendre la mobilité de la patiente plus difficile.

La pose d'une analgésie péridurale, selon les recommandations de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) [34], de 1992, « doit comporter au minimum, une mesure automatique de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, et pour le fœtus celle du rythme cardiaque fœtal. »

Ces différents moyens de surveillance entraînent une mobilité réduite de la patiente autour des appareils de surveillance.

➤ **La péridurale ambulatoire**

La péridurale ambulatoire (ou déambulatoire) se caractérise par l'absence de paralysie transitoire et la faculté maximale de marcher. L'analgésie est vraiment minimale. Lors de l'accouchement, les sensations peuvent être plus importantes qu'avec une analgésie péridurale classique, et même légèrement gênantes lors de l'expulsion.

2.2. L'enregistrement cardio-tocographique.

Les recommandations pour la pratique clinique de 2007 du CNGOF concernant les modalités de surveillance fœtale pendant le travail précisent que :

-« La surveillance du travail discontinue ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque. Elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente. »

-« La surveillance fœtale continue a une meilleure sensibilité que la surveillance discontinue dans la détection des acidoses néonatales. »

Elles concluent donc que « compte tenu des pratiques obstétricales actuelles (absence de formation à l'auscultation intermittente) et du personnel disponible en salle de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail (accord professionnel). »

Cependant le monitoring continu pendant la mobilisation peut entraîner des pertes de signal de l'enregistrement cardiotocographique, pouvant perturber l'interprétation du tracé. De plus l'utilisation d'un appareil « avec fils », même sans analgésie péridurale restreint l'espace de mobilité de la patiente.

2.3. La nécessité d'une voie veineuse.

La pose d'une analgésie péridurale pouvant entraîner une chute de la pression artérielle, il est nécessaire d'avoir une voie veineuse en bon état à disposition. En cas d'hypotension, ou de malaise, un remplissage vasculaire est parfois nécessaire, ainsi que le recours à certaines médications, comme l'éphédrine...

En l'absence d'analgésie péridurale, la pose de perfusion n'est pas obligatoirement nécessaire pendant le travail, dans la mesure où il n'existe pas de pathologie maternelle ou obstétricale (risque d'accouchement hémorragique, placenta praevia...). Par précautions le recours à la pose d'une voie veineuse est devenu quasi-systématique, surtout en fin de travail. De plus l'utilisation fréquente du syntocinon (même en quantité minimales) pour améliorer la dynamique utérine, nécessite bien sûr la présence d'une voie veineuse.

Il est certain que la mobilisation de la femme est restreinte, cependant la mise en place d'un cathéter obturé, peut être une alternative intéressante chez une femme sans analgésie.

2.4. L'organisation des services d'obstétrique

Selon l'article D712-78 du code de la santé publique, « Le secteur de naissance est composé notamment, de locaux de prétravail, de locaux de travail, de locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés, et d'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale.

Et selon l'article D712-79, « Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de prétravail dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. La salle de prétravail dispose du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation.

Les salles de prétravail, comme leur nom l'indique, sont en général utilisées par les sages-femmes chez les femmes en tout début de travail, ne pouvant encore bénéficier d'une analgésie péridurale, pour celles qui le souhaitent. Elles peuvent également être utilisées chez les femmes en travail ne souhaitant pas bénéficier d'une analgésie péridurale, et souhaitant un cadre plus agréable qu'une salle de travail.

3. RECOMMANDATIONS DES ORGANISMES

Selon l'OMS « aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos (...) les femmes devraient être libres de choisir la position qu'elles préfèrent pour l'accouchement(...).Il paraît préférable d'éviter les périodes prolongées en position dorsale. »

L'OMS recommande en 1985 (Annexe I) que « les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant la grossesse et l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance. »

En 1997 l'OMS publie « les soins liés à un accouchement normal » (Annexe II) et distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

Dans la catégorie des pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager, apparaissent la « surveillance fœtale avec auscultation intermittente », la « liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail », et l'« encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail ».

Dans la catégorie des pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer, apparaissent, l' « infusion intraveineuse systématique pendant le travail », la « pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique », l'« utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail » et l' « utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail ».

Dans la catégorie des pratiques fréquemment utilisées à tort apparait le « monitoring électronique du fœtus ».

Selon le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français) « il paraît possible de conseiller largement les positions verticales lors de l'expulsion, tout en étant vigilant sur le risque hémorragique. »

4. IMPACT DE LA MOBILITE SUR LA MECANIQUE DE L'ACCOUCHEMENT

Pendant l'accouchement, le fœtus doit traverser la filière pelvi-génitale. Celle-ci est formée d'un canal osseux (le bassin), et d'un diaphragme musculo-aponévrotique.

4.1. Le bassin obstétrical

4.1.1. Le bassin osseux (figure 1)

Le bassin est classiquement divisé en 3 parties (orifice supérieur, excavation, orifice inférieur). Sa traversée constitue l'essentiel de l'accouchement.

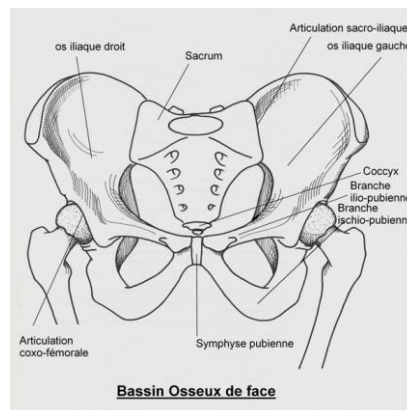


Figure 1 : Bassin osseux de face [35]

➤ L'orifice supérieur ou détroit supérieur

C'est le plan de l'engagement de la présentation. Il est limité en arrière par le promontoire et le bord antérieur des ailerons sacrés, sur les côtés par les lignes innominées et en avant par le pubis. (Figure2)

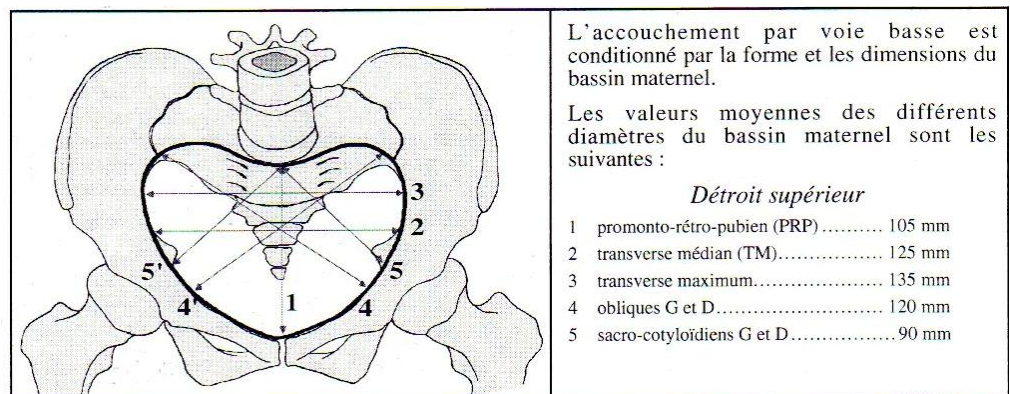


Figure 2 : Détroit supérieur : [35]

➤ **L'orifice inférieur ou détroit inférieur**

C'est le diamètre du dégagement de la présentation. Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, latéralement par les 2 ischions, et en arrière par la pointe du coccyx. (Figure 3)

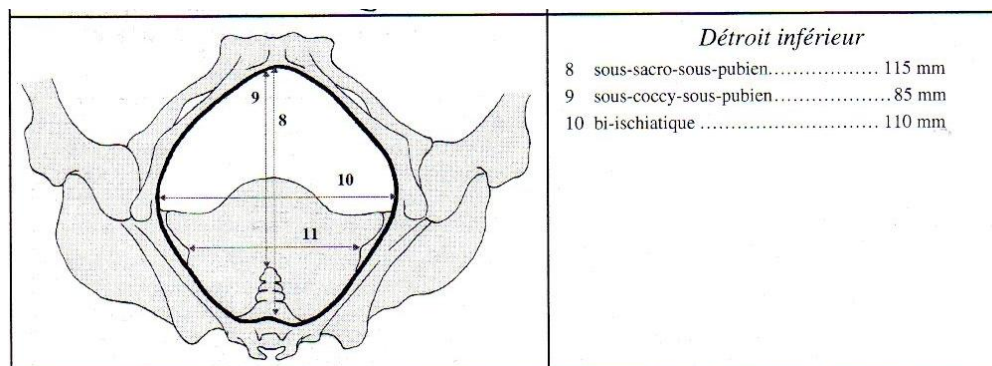


Figure 3 : Déroit inférieur : [35]

➤ **L'excavation pelvienne**

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Il est limité par le détroit supérieur en haut et par le détroit inférieur en bas. Elle comporte le détroit moyen, formé au niveau des deux épines sciatiques.

4.1.2. Le plancher pelvi-périnéal

Il constitue un obstacle musculaire déformable par le passage du fœtus lors de l'expulsion. Il est constitué du diaphragme pelvien et des muscles du périnée.

Situé à la partie basse du pelvis, il épouse ses contours osseux et viscéraux.

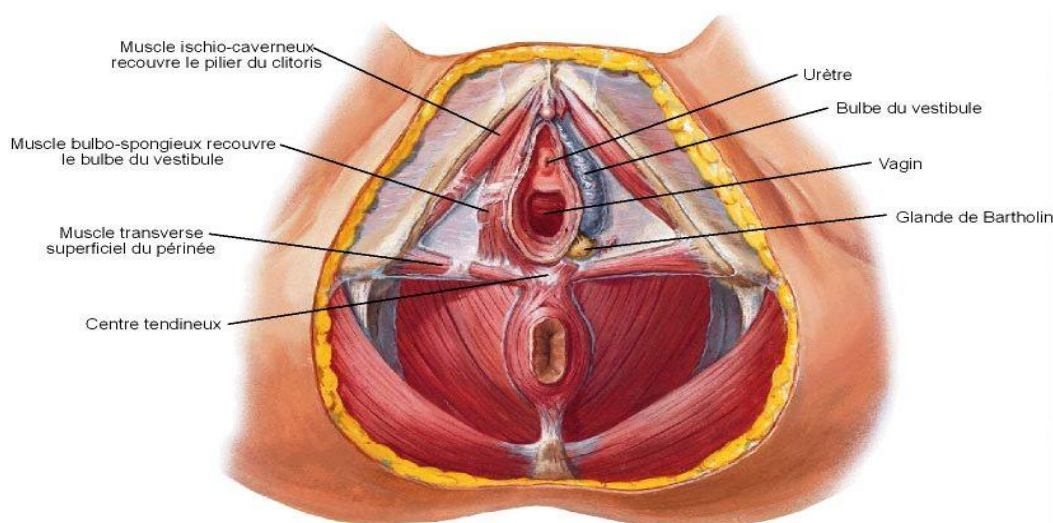


Figure 4 : Le plancher pelvi-périnéal [26]

4.1.3. Modifications observées au cours de la grossesse.

Au cours de la grossesse, toutes les articulations subissent l'imbibition aqueuse des parties molles due à l'imprégnation hormonale gravidique. Les ligaments perdent leur tonicité et libèrent les articulations de leurs étreintes. A l'état « normal » les articulations du bassin sont quasi-immobiles car elles sont pratiquement toutes des amphi-arthroses permettant des mouvements très limités : mouvements de nutation et contre-nutation au niveau des articulations sacro-iliaques, faible mouvement de glissement au niveau de la symphyse pubienne. L'augmentation de la laxité articulaire est bénéfique du point de vue obstétrical car elle est valable pour les articulations sacro-iliaques qui ont une amplitude de mouvement augmentée.

4.1.4. Les mouvements articulaires utiles pour l'accouchement

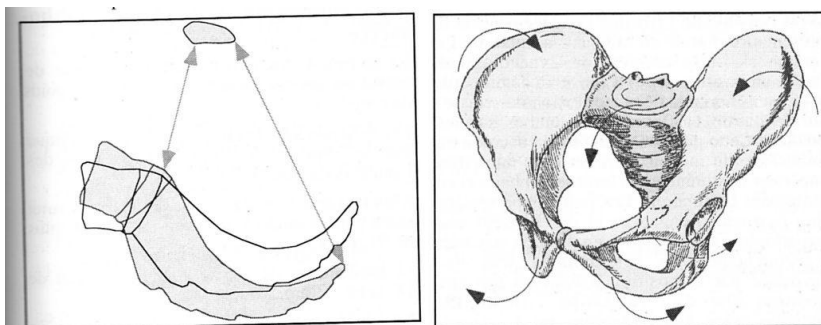
Les mouvements de l'articulation sacro-iliaque permettent la nutation et la contre-nutation.

➤ La nutation du sacrum

Elle est réalisée par la bascule en avant et en bas du sacrum. Le promontoire se déplace en avant et en bas tandis que la pointe du sacrum avec le coccyx se déplace en arrière avec pour conséquences : une diminution du diamètre promonto-rétro-pubien et une augmentation du diamètre sous-coccy-sous-pubien.

En s'enfonçant dans le bassin, les ailes iliaques se rapprochent légèrement, les surfaces articulaires écartent encore plus les os coxaux et par compensation les tubérosités ischiatiques s'écartent, augmentant le diamètre bi-ischiatique. Ce mouvement agrandit le détroit inférieur.

Si la nutation est obtenue par la flexion des cuisses sur le bassin alors que le sacrum reste fixe, les adducteurs entraînent la mobilisation des os coxaux et la symphyse pubienne se déplace en arrière et en haut. (Figures 5 et 6)



Figures 5 et 6 : La nutation sur sacrum : [35]

➤ **La contre-nutation du sacrum**

Lors de la contre-nutation le promontoire se déplace en arrière et en haut et la pointe du sacrum avec le coccyx se déplace en avant. La base du sacrum bascule en arrière, elle augmente ainsi son rôle de coin et écarte les deux os coxaux. Par compensation les deux tubérosités ischiatiques tendent à se rapprocher, d'où une augmentation du diamètre promonto-retro-pubien et une diminution du diamètre sacro-pubien et bi-ischiatiques.

Ce mouvement agrandit le détroit supérieur. La contre-nutation est obtenue par l'extension des cuisses sur le bassin. Si le sacrum reste fixe, les os coxaux et la symphyse pubienne se déplace en avant et en bas. (Figure 7)

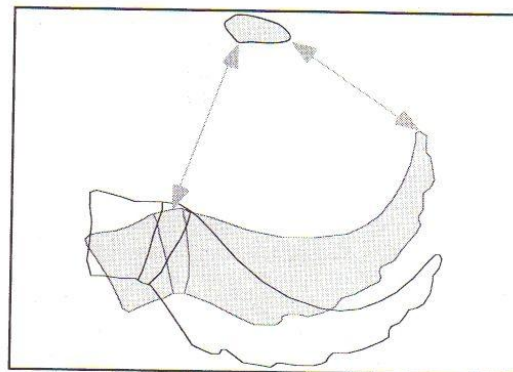


Figure 7 : La contre-nutation : [35]

➤ **La rétroimpulsion du coccyx**

Réalisé par une bascule passive du coccyx d'avant en arrière d'environ 2mm. Ces mouvements sont appelés anté et rétroimpulsion du coccyx. Ils sont observés pendant l'accouchement et la défécation. Lors de la nutation, la bascule en arrière de la pointe du sacrum peut être amplifiée par l'extension du coccyx qui augmente le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur lors du dégagement de la tête fœtale. Le diamètre sous-cocco-sous-pubien qui mesure 8.5cm est augmenté jusqu'à 11.5cm. (Figure 8)

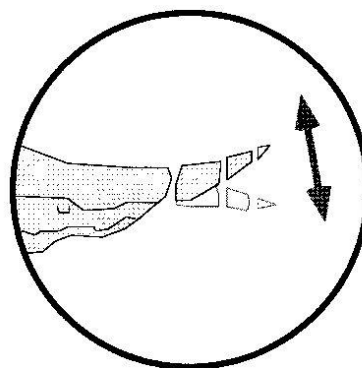


Figure 8 : Mouvements du coccyx : [35]

Les trois détroits à franchir ont des axes respectivement opposés. Le fœtus va devoir s'adapter et modifier sa trajectoire à chaque étape. La patiente peut aussi participer à cette adaptation par sa mobilité, dans la mesure où elle entraîne la mobilité du bassin. A la fois par rapport à la colonne vertébrale et donc l'axe d'engagement, puis dans les rapports des différents os du bassin entre eux, par l'articulation sacro iliaque essentiellement.

La compréhension des mécanismes de flexion et d'orientation, dans les différentes présentations, sur les résistances osseuses ou musculaires est nécessaire à la pratique de la mobilité. Proposer à la parturiente une ou des positions, c'est accommoder un trajet à une présentation plutôt que laisser la présentation s'adapter à un trajet. Cette pratique ne s'apparente pas à l'application d'une recette. Une position, une manière de se mobiliser ne correspond pas forcément à toutes les femmes, tant sur la gestion de la douleur que sur le confort qu'elle lui apporte. Chaque femme, chaque accouchement est différent. L'important est d'écouter au moment présent les souhaits des femmes et à nous, professionnels, d'adapter au mieux les positions qu'elles choisissent ou qu'on leur propose, à tout moment du travail. Il n'y a pas de « position idéale », mais des conditions optimales, et dans toutes les positions.

Ces conditions sont principalement décrites depuis quelques années par le Docteur Bernadette De Gasquet. D'abord contestée, la mécanique qu'elle propose a aujourd'hui pu aboutir à des études permettant de mettre en évidence les bénéfices de celle-ci.

4.2. La mécanique du travail et de l'accouchement

4.2.1. Le début du travail

Le diagnostic de début de travail se fait par un examen clinique comprenant notamment le toucher vaginal et l'appréciation des contractions utérines. C'est l'évolution de la dilatation cervicale et de la dynamique utérine qui confirmeront ou non le diagnostic. En début de travail les contractions utérines sont souvent irrégulières et peu intenses ne permettant pas toujours une ouverture franche du col, de ce fait, il est souvent difficile à appréhender pour les patientes désireuses d'une analgésie péridurale.

Ce sont les contractions utérines qui sont la force motrice de cette phase de la dilatation. L'utilisation de positions, en rapport avec la pesanteur, est donc un moyen de renforcer l'efficacité des contractions, grâce à l'appui de la tête fœtale sur le col.

Si la poche des eaux est intacte, la déambulation est une bonne manière d'optimiser les contractions sans augmenter la fréquence, ce qui est primordial pour que la douleur reste supportable. Outre les risques de procidence du cordon pour les présentations hautes, la verticalité n'est pas toujours supportable pour la parturiente.

Très spontanément, beaucoup de celles qui déambulent se penchent en avant au moment des contractions. En effet la pression sur le périnée peut être trop forte si la présentation est basse. Au contraire, d'autres, et surtout si la présentation est haute, chercheront à s'accroupir ou à se verticaliser (debout ou à genoux par exemple) au moment des contractions, quitte à se reposer assises ou à quatre pattes entre deux contractions.

Même si elle paraît dans un modèle théorique le moyen idéal de faire descendre le bébé, la verticalisation ne saurait être imposée.

Outre la déambulation proprement dite, les mouvements de pédalage sur la galette (Figure 9) permettent de mobiliser les os du bassin, tout comme la montée et descente d'escalier.



Figure 9 : Pédalage sur la galette [13]

4.2.2. L'engagement au détroit supérieur

C'est le premier temps de la traversée de la filière pelvienne par le fœtus, on le définit aussi par le franchissement du détroit supérieur, par le plus grand diamètre de la présentation. Pendant sa descente dans la filière pelvienne, les différents diamètres de la tête fœtale doivent s'adapter aux dimensions du bassin.

Il est possible d'agir sur la phase d'engagement en positionnant et en mobilisant la parturiente. L'objectif est de permettre au bassin de s'adapter au fœtus et non pas le fœtus de s'adapter au bassin.

➤ **Les conditions optimales pour favoriser l'engagement :**

Physiologiquement l'axe de la poussée utérine fait un angle de 30 à 50° avec l'axe du détroit supérieur. Dans ce cas, la présentation se dirige vers la symphyse pubienne, plutôt que de s'engager dans le bassin. Il faut donc tout d'abord rétablir une correspondance entre ces 2 axes (Figure10), de manière à ce que l'axe de la poussée utérine soit le plus proche possible de l'axe du détroit supérieur.

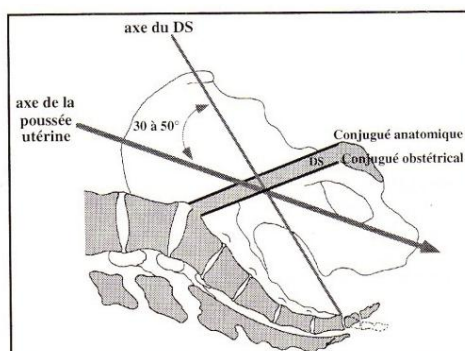


Figure 10 : Plan et axe du détroit supérieur [35]

Ceci est obtenu en corrigeant la lordose lombaire de la parturiente en la positionnant de manière à ce que l'angle fémur-rachis soit inférieur à 90° au moins d'un côté ou en retroversant le bassin volontairement. La présentation est remise dans l'axe du bassin.

D'autre part il faut adapter les positions permettant l'ouverture du détroit supérieur en favorisant la contre-nutation du sacrum. Celle-ci est obtenue en positionnant les fémurs en rotation externe.

Si la femme est debout, il ne sera pas facile, sans appuis, de garder une bonne position.



Figure 11 : Position favorisant l'engagement [13]

4.2.3. La descente et la rotation intra-pelvienne

La présentation progresse selon l'axe d'engagement, sa direction évolue progressivement au cours de la descente, passant de l'axe ombilico-coccygien à un axe horizontal par un mouvement de pivot autour de la symphyse pubienne.

C'est souvent là que les discordances mécaniques sont les plus évidentes, et les plus faciles à corriger. Il faut favoriser la progression fœtale vers le bas et l'arrière.

➤ **Les conditions optimales pour favoriser la descente et la rotation :**

Pendant la descente dans le bassin la présentation rencontre un diamètre rétréci : le diamètre bi-sciatique. Il est donc important de positionner la parturiente de manière à favoriser la nutation du sacrum. Celle-ci va permettre l'ouverture du détroit moyen, avec simultanément écartement des épines sciatiques. Les ailes iliaques se rapprochent et les ischions s'écartent, le promontoire bascule vers l'avant et le sacrum peut alors nuter vers l'arrière. Il y a donc un agrandissement de l'excavation pelvienne. Elle permet également au fœtus de se diriger vers le bas et l'arrière, grâce à la concordance des 2 axes, précédemment cités.

La nutation est obtenue en positionnant les fémurs en rotation interne.

Deux positions sont donc à éviter: le décubitus dorsal et la position assise tassée. En effet, ces deux positions n'aident pas l'utérus à diriger la présentation, et bloquent le sacrum. Or il est important que la poussée du fœtus dans l'excavation fasse nuter le sacrum.



Figure 12: Position favorisant la descente et la rotation [13]

4.2.4. Le dégagement ou expulsion

Pour sortir du bassin, le fœtus doit orienter sa tête dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur afin d'en utiliser le plus grand diamètre.

➤ **Les conditions optimales pour favoriser l'expulsion.**

Pendant l'expulsion il est nécessaire de favoriser l'ouverture du détroit inférieur en positionnant la parturiente de manière à obtenir la nutation du sacrum que ce soit en décubitus dorsal, latéral... Lors du passage de la tête fœtale le coccyx étant rétropulsé vers l'arrière, il faut donc favoriser les positions et /ou les conditions permettant de libérer le sacrum.

Comme pendant la descente dans le bassin la concordance des axes doit être respectée, en corrigeant là aussi la lordose lombaire.

➤ **Exemples de positions favorisant le dégagement :**



Figure 14: Accouchement en décubitus latéral [13]

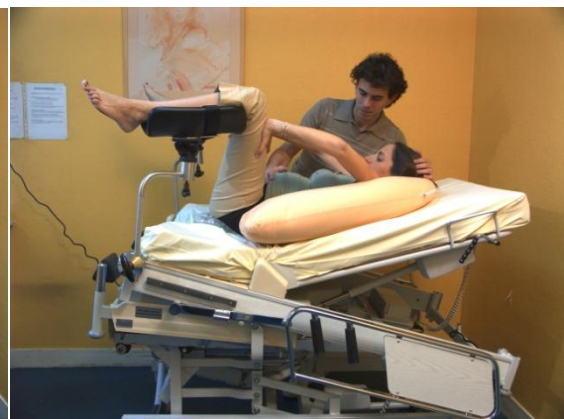


Figure 15: Accouchement en position aménagée de Bernadette De Gasquet [13]

5. LES AVANTAGES DE LA MOBILITE DES PARTURIENTES

Théoriquement l'utilisation des postures et de la mobilité des parturientes permettent une variation des dimensions et un changement d'orientation du bassin, d'où un effet bénéfique sur la mécanique obstétricale. De nombreuses études ont été réalisées afin de démontrer la pertinence de ces théories.

5.1. Effets sur le travail

5.1.1. La durée du travail :

Concernant l'influence du changement de positions sur la durée du travail, les données de la littérature sont discordantes.

En 1993, G-N ALLAHBADIA et P-R VAIDYA [1] réalisent une étude comparant deux groupes de parturientes, le premier allongé, le deuxième composé de parturientes autorisées à déambuler pendant le travail, et accroupies pour l'expulsion. Dans ce deuxième groupe la durée du travail est en moyenne plus courte de trois heures pour les primipares et de deux heures pour les multipares par rapport au groupe témoin, la durée d'expulsion est également réduite, respectivement de 20 à 13.5 minutes.

Une étude menée par C PAUFFICHET, sous couvert du docteur Bernadette De Gasquet [29], en 2004, réalisée sur trois groupes de patientes. Un premier groupe témoin constitué de femmes qui, par choix restent en décubitus dorsal et/ou latéral pendant le travail, un deuxième groupe comprenant des femmes qui alternaient les positions sur la table d'accouchement, et un troisième groupe de patientes qui alternent les positions et utilisent le ballon et /ou la baignoire. Les résultats de l'étude montrent :

- Une diminution du temps de travail de 44.5% dans les deux derniers groupes.

- Le taux d'accouchement par voie basse est significativement plus important dans les deux groupes se mobilisant pendant le travail.

A contrario une étude menée par C. RACINET et Al [30] en 2004 sur deux groupes de parturientes, l'un utilisant la position allongée pendant le travail et l'autre utilisant la déambulation, tout deux sous analgésie péridurale n'a pas montré de différence en ce qui concerne la durée du travail.

5.1.2. Effets sur le confort et la douleur des patientes

Une étude menée par Jean-Baptiste HUGUET [18] en collaboration avec Bernadette De Gasquet, en 2008-2009 sur cinq maternités du Nord-Pas De Calais a montré :

-En référence au décubitus dorsal, les postures apparaissent comme ayant une mesure de l'EVA (grâce à l'échelle visuelle analogique) significativement diminuée, sont le décubitus latéral gauche et l'utilisation du ballon.

-Pas de différence significative pour le décubitus latéral droit et le « quatre pattes ».

-La posture associée à une douleur minimale est significativement différente d'une femme à l'autre.

ROBERTS et AL [33] ont réalisé en 1983 une des meilleures études concernant le confort vécu par la femme lors de la première phase de dilatation.

Il a conclu que les femmes préfèrent adopter une position verticale jusqu'à 6 cm de dilatation et qu'au-delà, elles préfèrent se reposer sur un lit. Cependant, cette notion de confort ne recouvre pas totalement l'appréciation qualitative et quantitative de la douleur perçue.

Une étude spécifique randomisée a été réalisée par MELZACK et AL [23] en 1991. Chaque patiente incluse dans l'essai a expérimenté alternativement les positions verticale ou horizontale. Le score de douleur est significativement abaissé en position verticale et ceci est particulièrement net pour les douleurs postérieures continues.

5.2. Effets sur les dimensions du bassin

Grâce aux hypothèses posées par le Docteur Bernadette De Gasquet, N.GOURY [16] en 2001 réalise une étude par scanner et IRM sur les mesures des dimensions du bassin en décubitus dorsal et ventral.

Elle observe, lors du passage de la rotation externe en rotation interne des fémurs :

-Un agrandissement moyen pour le diamètre bi-épineux d'environ 6mm.

-Un agrandissement moyen d'environ 4.5 mm pour le diamètre bi-ischiatique.

-Un léger rétrécissement du détroit supérieur, avec une diminution, évaluée en moyenne à 1.1mm, qui atteint au maximum 2.2mm.

5.3. Effets sur l'accouchement

5.3.1. Mode d'accouchement et état périnéal

Durant la seconde phase du travail, F. VENDITELLI [36] a recensé 17 essais randomisés comparant 2 401 accouchements verticaux versus 2 405 accouchements horizontaux. Le seul effet délétère retrouvé pour les positions verticales est une augmentation des hémorragies de la délivrance, surtout pour les positions assises.

Les autres effets sont favorables avec un niveau de preuve 1 :

- Diminution des déchirures graves
- Diminution des extractions : non significatif
- Diminution des Apgar inférieurs à 7 : non significatif
- Diminution des anomalies du rythme cardiaque fœtal

GUPTA JK et al ont publié une méta-analyse en 2000 [17] aboutissant aux mêmes conclusions. Ils rajoutent cependant qu'ils trouvent une diminution significative des extractions instrumentales liées aux nouvelles positions.

D'après l'étude de S.BREMENT évaluant l'impact de la formation « Naissance physiologique et prévention des prolapsus » du Docteur Bernadette De Gasquet, sur deux groupes de parturientes dans lesquels l'accouchement était réalisé en décubitus dorsal ou latéral a montré une augmentation significative du taux de périnée intact, lors de l'expulsion en décubitus latéral [4].

5.3.2. Effet sur les pertes sanguines

L'étude de DE JONG publiée en 1997 [15] a testé la position accroupie versus la position classique. Elle conclut que les femmes qui ont adopté une position accroupie ont moins de douleurs, moins de traumatismes périnéaux et nécessitent moins d'épisiotomies. Elle conclut néanmoins que cette position provoque des pertes de sang

plus importantes mais uniquement chez les parturientes présentant des lésions périnéales.

De Jong en 2004 [14] montre que la différence de perte est minime (60 ml, alors que le seuil d'hémorragie est fixé à 500 ml) et que ce résultat ne se retrouve pas dans une étude où il n'y a pas d'intervention obstétricale (ocytocine, péridurale).

Il y a encore peu d'expériences de mobilité en salle d'accouchement classique pour avoir des analyses comparant statistiquement les accouchements statiques et dynamiques. Les premières études sont encourageantes. On peut raisonnablement penser que le développement des péridurales ambulatoires, va permettre d'évaluer l'intérêt de la mobilité, toutes choses égales par ailleurs. L'impact sur le périnée et la statique pelvienne devront aussi être analysés.

La pratique de ces propositions ne fait prendre aucun risque quant à la surveillance. Il est toujours possible de revenir au schéma traditionnel en quelques secondes.

Cela ne représente pas d'investissement particulier, même si une conception plus dynamique des salles de naissances est souhaitable.

La seule difficulté réside dans la motivation des femmes, des couples, et des équipes, pour qui cela demande sans doute plus de disponibilité et d'écoute.

La mobilité des patientes en travail présente des avantages certains, de plus les organismes comme l'OMS et le CNGOF favorisent même ces pratiques, mais quant est-il de l'utilisation de ces pratiques par les sages-femmes?

CHAPITRE 2 : LA PRATIQUE ACTUELLE DES SAGES-FEMMES : ETAT DES LIEUX

1. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Lors de ma formation, j'ai pu observer les sages-femmes mobiliser les parturientes pendant le travail, et utiliser diverses positions pendant l'accouchement. J'ai alors remarqué les bénéfices apportés, au confort des femmes, et sur l'avancée du travail. J'ai également remarqué une différence des pratiques en fonction des différents lieux où j'ai effectué mes stages, et en fonction des sages-femmes qui y exercent.

1.1. Problématique

Je me suis intéressée à ces pratiques dès le début de mes études de sage-femme. J'ai pu alimenter mes connaissances par les nombreuses publications sur ce sujet, grâce à mes observations en stage, et surtout grâce à la formation De Gasquet que j'ai eu la chance d'effectuer pendant mes études. La connaissance de cette pratique m'a permis de réaliser un accompagnement plus complet des femmes en travail. J'ai alors pu remarquer la satisfaction des femmes grâce à cet accompagnement, sans compter les effets bénéfiques sur la mécanique obstétricale qu'il induit. Ma réflexion m'a menée à la problématique suivante :

La mobilité des parturientes en salle de naissances, quelle est la pratique actuelle des sages-femmes ?

1.2. Hypothèses

Ma problématique concernant la pratique des sage-femmes m'a amené aux hypothèses de travail suivantes :

-Il existe une disparité des pratiques en fonction de l'ancienneté des sages-femmes, et en fonction du niveau de maternité où elles exercent.

-L'environnement dont elles disposent, est un frein à la mobilité des femmes en salle de naissances.

-La préparation et l'information des femmes et des couples, en préparation à la naissance, leur permettraient d'optimiser leur pratique.

1.3. Objectifs

Cela m'a permis de définir les objectifs suivants :

-Déterminer quels sont les freins à la mobilité des femmes qui pourraient expliquer la diversité des pratiques.

-Déterminer si les sages-femmes trouvent des bénéfices ou avantages à mobiliser les femmes en salle de naissances.

-Déterminer ce que l'on pourrait améliorer à l'environnement des sages-femmes pour favoriser leur pratique.

1.4. Présentation de l'enquête

J'ai choisi de réaliser une enquête individuelle par questionnaires (Annexe III) auprès des sages-femmes de salle de naissances, dans 10 maternités de Lorraine. Ils ont été adressés aux sages-femmes concernées avec accord des sages-femmes cadres de salle de naissances.

Tableau I : Les lieux d'étude

| LES LIEUX DE L'ETUDE | NIVEAU DE MATERNITE | NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PAR AN (en 2009) |
|---|---------------------|---|
| Centre hospitalier de Lunéville (54) | 1 | 521 |
| Centre hospitalier F. Maillot à Briey | 1 | 984 |
| Hôpital Alpha santé à Mont-saint-Martin | 1 | 701 |
| Clinique Saint Nabor à Saint Avold | 1 | |
| Centre hospitalier Saint Charles à Toul | 1 | 687 |
| Hôpital Robert Pax à Sarreguemines | 1 | 852 |
| Hôpital maternité de Metz | 2B | 2756 |
| Clinique Claude Bernard à Metz | 2B | 2349 |
| Hôpital Bel Air à Thionville | 2B | 2499 |
| Maternité régionale A. Pinard à Nancy | 3 | |

Compte tenu de la diversité des pratiques que j'ai observé, l'enquête a été réalisée dans des maternités de différents niveaux. L'exploitation de certains items sera donc faite de façon différenciée.

1.5. Les biais de l'étude et les difficultés rencontrées

-Durant la réalisation de mon étude la principale difficulté rencontrée a été de parvenir à réunir les questionnaires complétés. Certaines maternités y ont répondu rapidement, pour d'autres, il m'a fallu solliciter les sages-femmes à de multiples reprises. Malgré cela je suis tout de même parvenue à réunir plus de 50% des questionnaires distribués. Sur environ 160 questionnaires adressés aux sages-femmes, j'ai pu en récupérer 114 ; il est en effet possible que seules les sages-femmes intéressées par le sujet aient participé à l'étude. Cela a donc pu provoquer un biais dans l'interprétation des résultats.

- Lors du recueil des questionnaires, j'ai constaté que la question n°12 « Si cela vous concerne, avant la médicalisation de l'accouchement, avec appareils de surveillance (monitoring, moniteur multiparamètre, perfusion, peridurale...), utilisiez-vous la mobilité des femmes au cours du travail et de l'accouchement ? » était ininterprétable. Je pense que la question n'était pas claire et mal formulée, en conséquence elle n'apparaîtra pas dans l'interprétation de l'étude.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

L'enquête, réalisée dans ces 10 maternités, m'a permis de recueillir 114 questionnaires exploitables, dont la répartition des sages-femmes par niveau de maternité est la suivante :

-Niveau 1 : 41 sages femmes

-Niveau 2 : 55 sages femmes

-Niveau 3 : 18 sages femmes

2.1. Ancienneté des sages-femmes

Les 114 sages-femmes ont également été réparties en fonction de leur ancienneté professionnelle et en fonction du nombre d'années exercées en salle de naissances :

Tableau II : Ancienneté des sages-femmes

| Ancienneté des sages-femmes : | Moins de 5ans | 6-10 ans | Plus de 11 ans |
|-----------------------------------|---------------|----------|----------------|
| Ancienneté professionnelle | 33 | 35 | 45 |
| Ancienneté en salle de naissances | 44 | 35 | 35 |

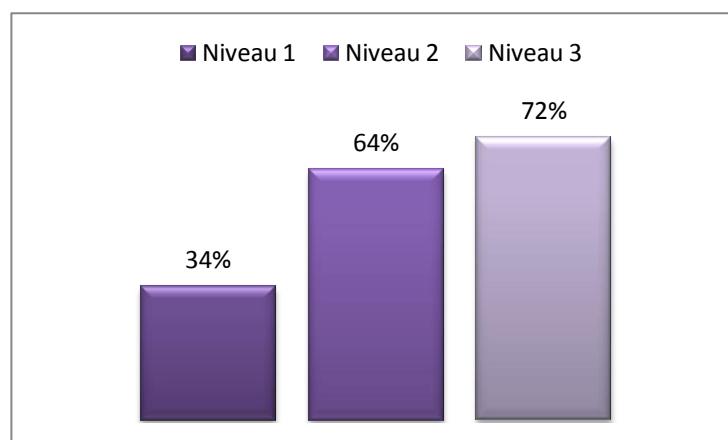
2.2. La formation des sages-femmes

N'ayant moi-même pas reçu de formation théorique spécifique pendant mes études de sage-femme, sur l'intérêt de la mobilité des femmes pendant le travail et l'accouchement, je me suis interrogée sur la formation globale des sages-femmes sur ces pratiques.

A ce sujet, 70% des sages-femmes interrogées (tous niveau confondus) disent avoir bénéficié d'une information et/ou formation à ces pratiques au cours de leurs études.

➤ Disparité en fonction du niveau de maternité

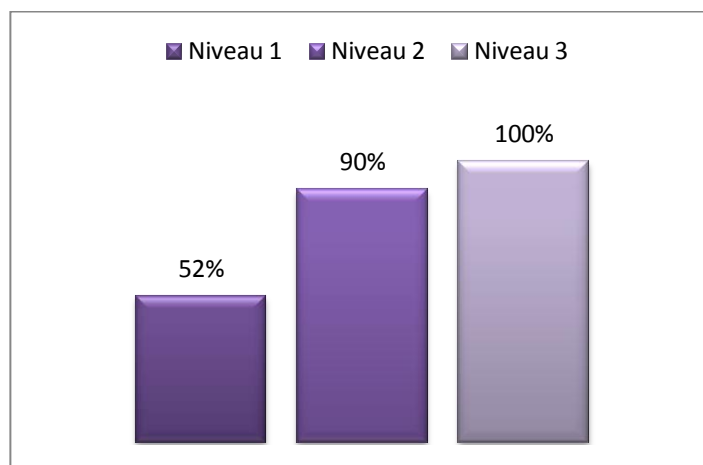
Malgré de nombreuses formations proposées, il existe, en fonction du niveau de maternité, une différence du taux de sages-femmes ayant participé à une formation professionnelle. Le graphique suivant montre cette disparité.



Graphique 1 : Sages-femmes ayant participé à une formation professionnelle continue

Au total, seulement 54% des sages-femmes interrogées ont participé à une formation sur la mobilité pendant le travail et l'accouchement au cours de leur carrière.

Certaines sages-femmes n'ayant pas eu l'opportunité d'y participer ont néanmoins pu être sensibilisées aux pratiques par d'autres sages-femmes déjà formées. Le graphique suivant montre le taux de sages-femmes n'ayant pas suivi de formation professionnelle, mais ayant été sensibilisées, et ce, en fonction du niveau de maternité.

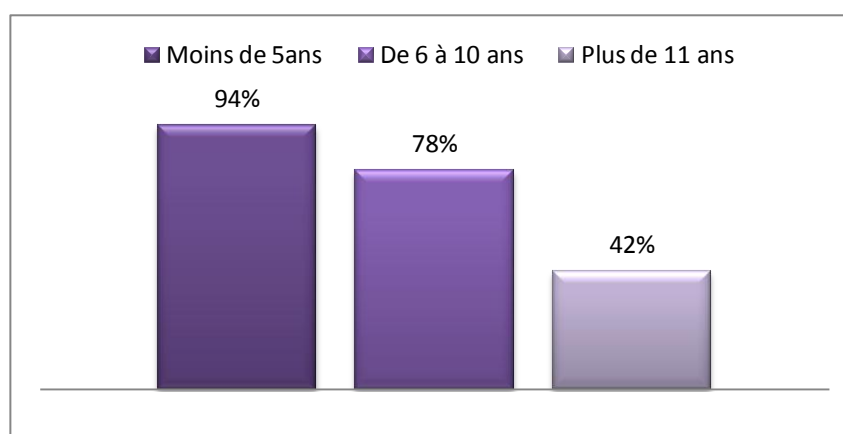


Graphique 2 : Sages-femmes non formées mais sensibilisées par d'autres sages-femmes

Au total, 72% des sages femmes ont été formées de cette manière.

➤ **Disparité en fonction de l'ancienneté des sages-femmes**

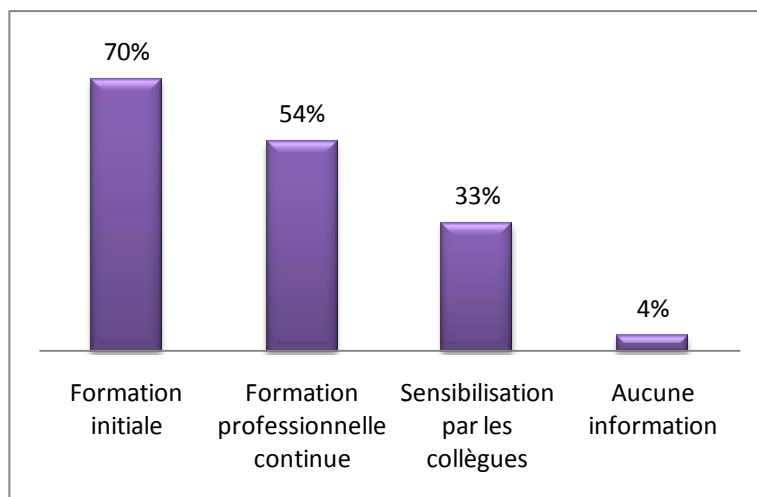
Le graphique suivant fait état du pourcentage de sages-femmes ayant été sensibilisés à l'intérêt de la mobilité au cours de leur formation initiale, en fonction de leur ancienneté.



Graphique 3 : Formation initiale des sages-femmes en fonction de leur ancienneté.

➤ Bilan de formation

Grâce à ces différents résultats j'ai pu réaliser un bilan de la formation globale des sages-femmes sur la pratique de la mobilité. Le graphique suivant montre comment elles y ont été formées.



Graphique 4 : Formation globale des sages-femmes

On note que seul un petit nombre d'entre elles, 4%, n'ont reçu aucune formation, ni information sur l'intérêt de la mobilité. Malgré cela, celles-ci ont toutes répondu, encourager les femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement.

2.3. L'environnement matériel des sages-femmes en salle de naissances

2.3.1. Les salles de prétravail

Les salles de prétravail, contrairement aux salles de travail permettent en général aux femmes de garder une grande liberté de mouvement, et sont en général plus spacieuses et plus agréables.

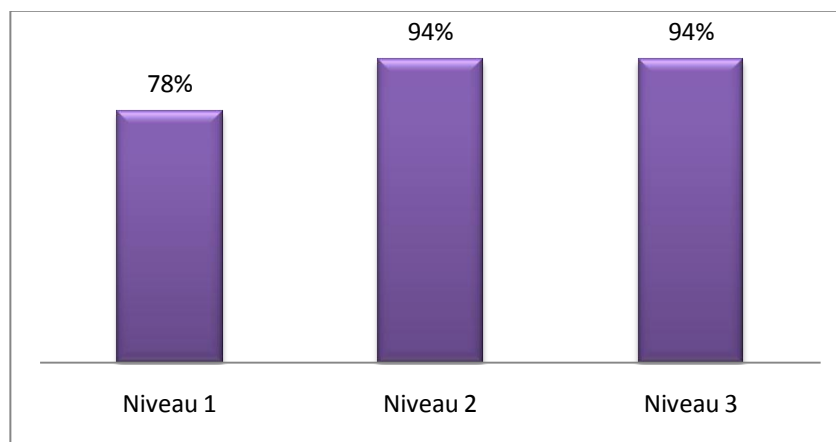
En fonction des lieux, plusieurs options s'offrent aux femmes : la déambulation, l'utilisation de la baignoire ou douche, l'utilisation du ballon, ... tous les moyens utiles pour leur permettre de gérer au mieux la douleur des contractions.

Cependant tous les établissements ne peuvent pas offrir cette opportunité aux femmes.

86% des sages-femmes interrogées disent avoir à disposition des salles de prétravail et 83% d'entre elles les utilisent.

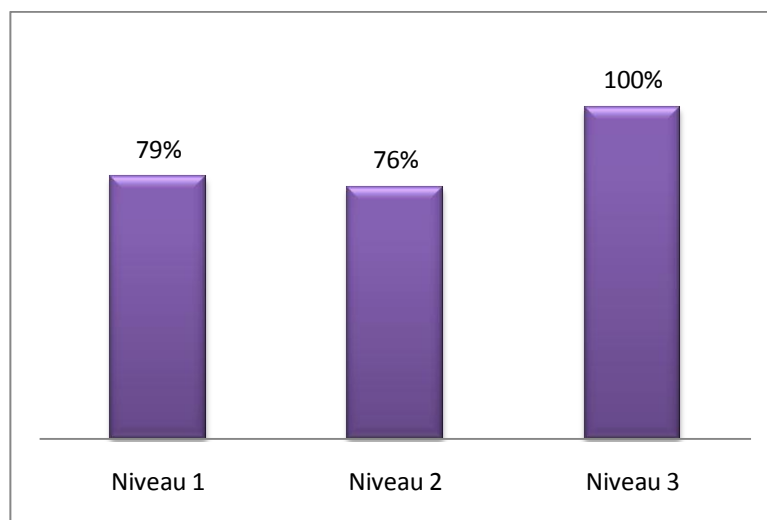
➤ **En fonction du niveau de maternité**

Le graphique suivant montre le pourcentage de sages-femmes disposant de salles de prétravail, selon le niveau de maternité où elles exercent :



Graphique 5 : Sages-femmes disposant de salles de prétravail

Le graphique suivant montre le pourcentage de sages-femmes qui utilisent les salles de prétravail qu'elles ont à disposition :

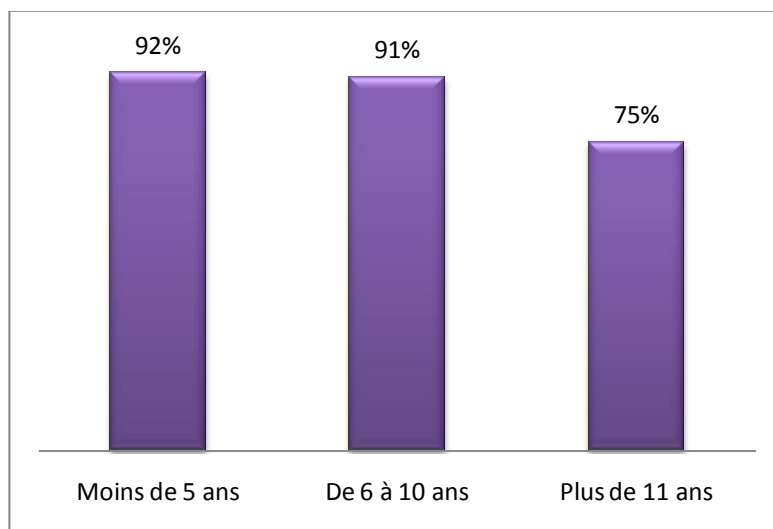


Graphique 6 : Sages-femmes utilisant les salles de prétravail

89% des sages-femmes exerçant en niveau 3 disposent d'un monitoring portatif en salle de prétravail, seulement 44% des sages-femmes exerçant en niveau 2 et aucune des sages-femmes exerçant en niveau 1.

➤ En fonction de l'ancienneté des sages-femmes

Le graphique suivant montre l'utilisation des salles de prétravail en fonction de l'ancienneté des sages-femmes.

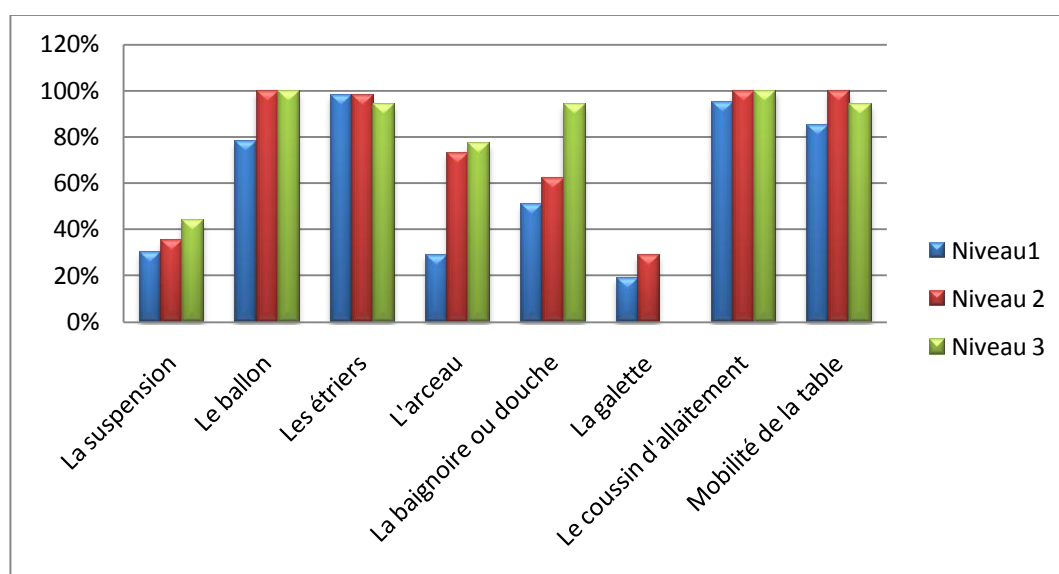


Graphique 7 : Utilisation des salles de prétravail en fonction de l'ancienneté

Il existe une disparité décroissante en fonction de l'ancienneté des sages-femmes, ce sont les sages-femmes les plus jeunes qui utilisent le plus, les salles de prétravail.

2.3.2. L'aménagement des salles de travail

Concernant l'aménagement des salles de travail, les éléments principaux dont disposent les sages-femmes, pour mobiliser les femmes, ont été répertoriés en fonction du niveau de maternité où elles exercent, comme le montre le graphique suivant.



Graphique 8 : Aménagement des salles de travail

La majorité des sages-femmes disposent des étriers, du coussin d'allaitement et de la mobilité de la table d'accouchement, tous niveaux confondus.

Par contre, 83% des sages-femmes exerçant en niveau 3 disposent d'un monitoring portatif en salle de travail, seulement 4% en niveau 2, aucune en maternité de niveau 1.

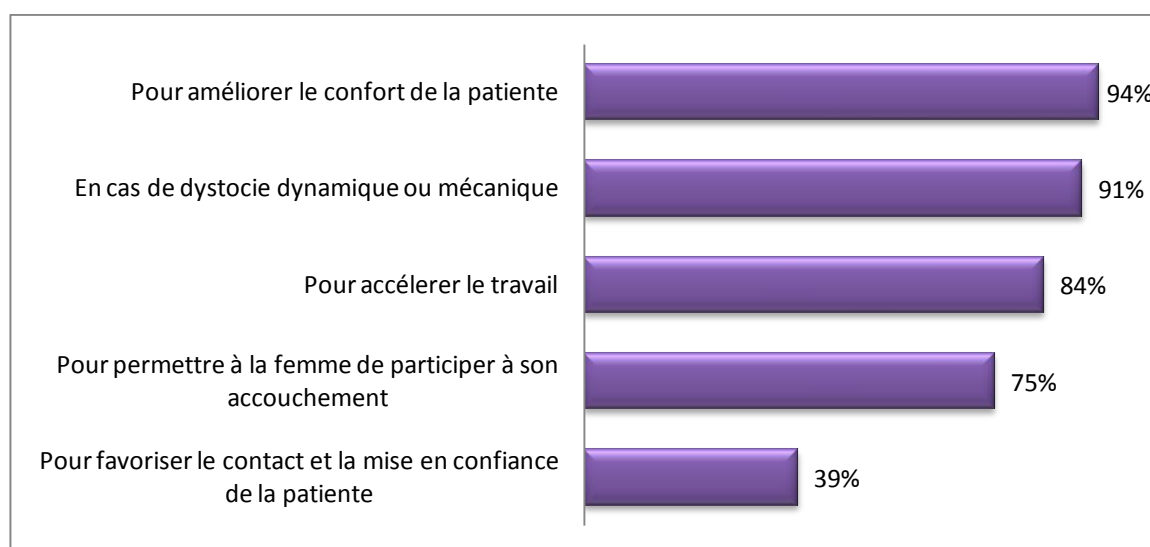
2.4. La pratique des sages-femmes en salle de naissances

Il est tout d'abord indispensable de se demander, avant de faire un état des pratiques, si les sages-femmes trouvent un intérêt à mobiliser les femmes. Il paraît évident que pour diffuser une pratique, il faut y trouver un certain intérêt.

Les résultats montrent que sur les 114 sages-femmes interrogées 93% d'entre elles trouvent un avantage à mobiliser les femmes pendant le travail et l'accouchement. Il n'y a pas de disparité sur les avis des sages-femmes en fonction du niveau de maternité où elles exercent, ni en fonction de leur ancienneté en salle de naissances.

➤ Objectifs des sages-femmes quant à l'utilisation de la mobilité

J'ai demandé aux sages-femmes les raisons pour lesquelles elles utilisent la mobilité des femmes en salle de naissances. Le graphique suivant montre le pourcentage de sages-femmes ayant répondu oui aux différents items qui leur ont été proposés.



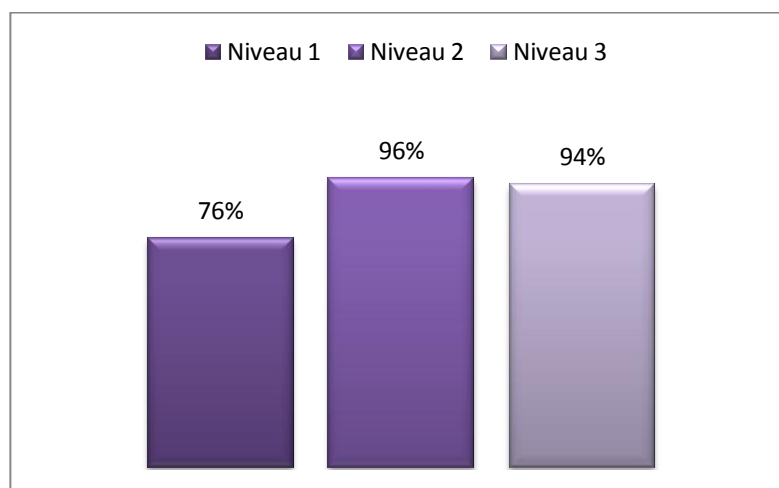
Graphique 9 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes mobilisent les femmes

Parmi les 13 sages-femmes ayant répondu ne pas encourager les femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement, 11 ne trouvent pas d'avantage à le faire.

De plus toutes les sages-femmes qui encouragent la mobilité des femmes en salle de naissances ont répondu y trouver un avantage.

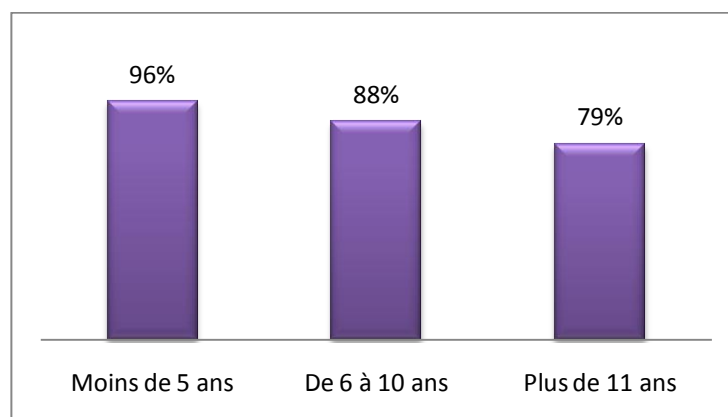
➤ La pratique des sages-femmes

Concernant leur pratique, 89% des sages femmes interrogées disent encourager les femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement. Il existe néanmoins une disparité entre les maternité de niveau 2 et 3 et les maternité de niveau 1, comme le montre le graphique suivant. On ne note par contre aucune différence significative entre les maternité de niveau 2 et de niveau 3.



Graphique 10 : Utilisation de la mobilité en fonction du niveau de maternité

Le graphique suivant montre qu'il n'existe pas de disparité des pratiques entre les sages-femmes exerçant depuis moins de 5 ans et celles exercent depuis 6 à 10 ans. Par contre il existe une légère disparité avec les sages-femmes qui exercent depuis plus de 11 ans.

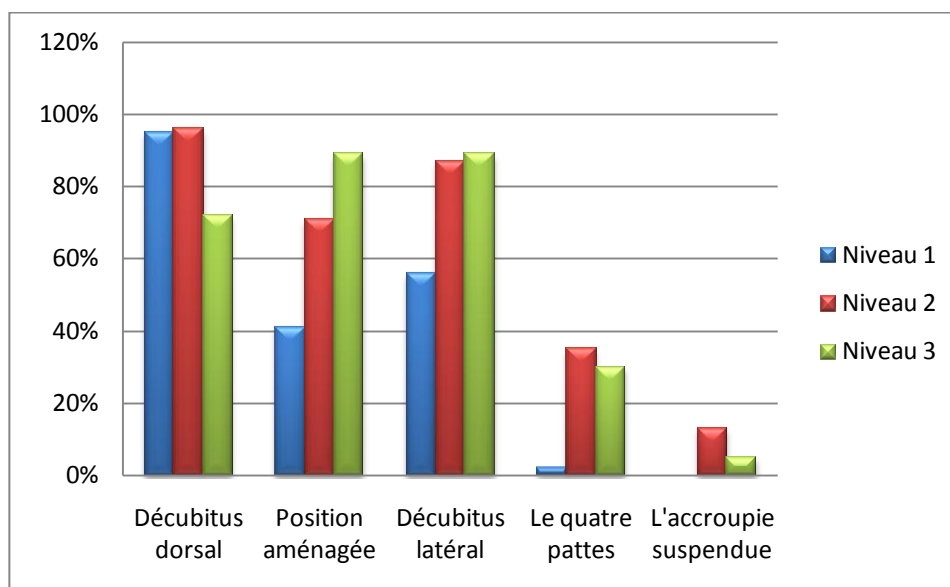


Graphique 11 : Utilisation de la mobilité en fonction de l'ancienneté

Au total 86% des sages-femmes interrogées encouragent la déambulation chez les femmes ne bénéficiant pas d'une analgésie péridurale.

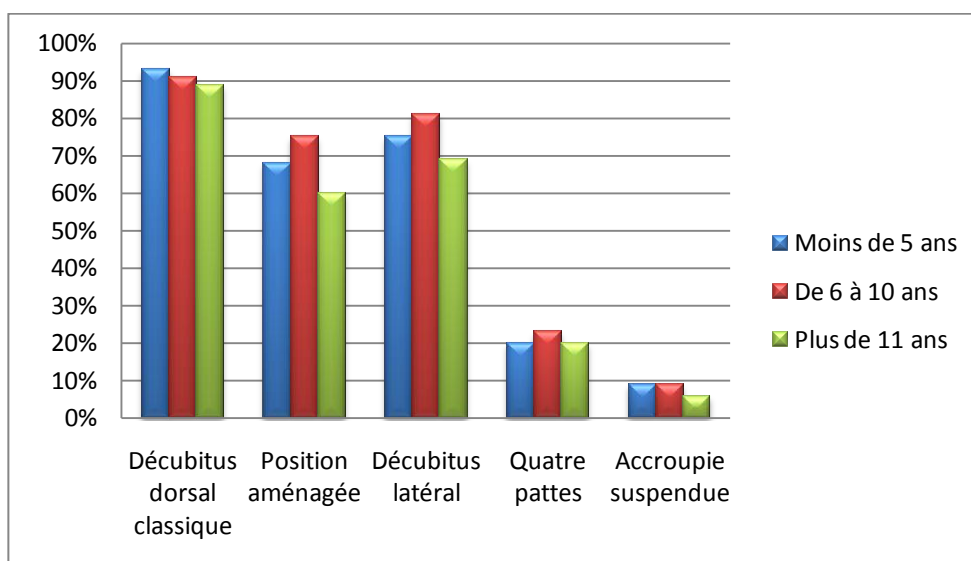
➤ **La pratique des positions d'accouchement par les sages-femmes**

Concernant l'utilisation des positions d'accouchement, il existe une disparité des pratiques en fonction des différents niveaux de maternité.



Graphique 12 : Utilisation des positions d'accouchement en fonction du niveau de maternité

Par ailleurs, avec les résultats recueillis je n'ai pas noté de différence notable sur la pratique des positions d'accouchement en fonction de l'ancienneté des sages-femmes, comme le montre le graphique suivant.

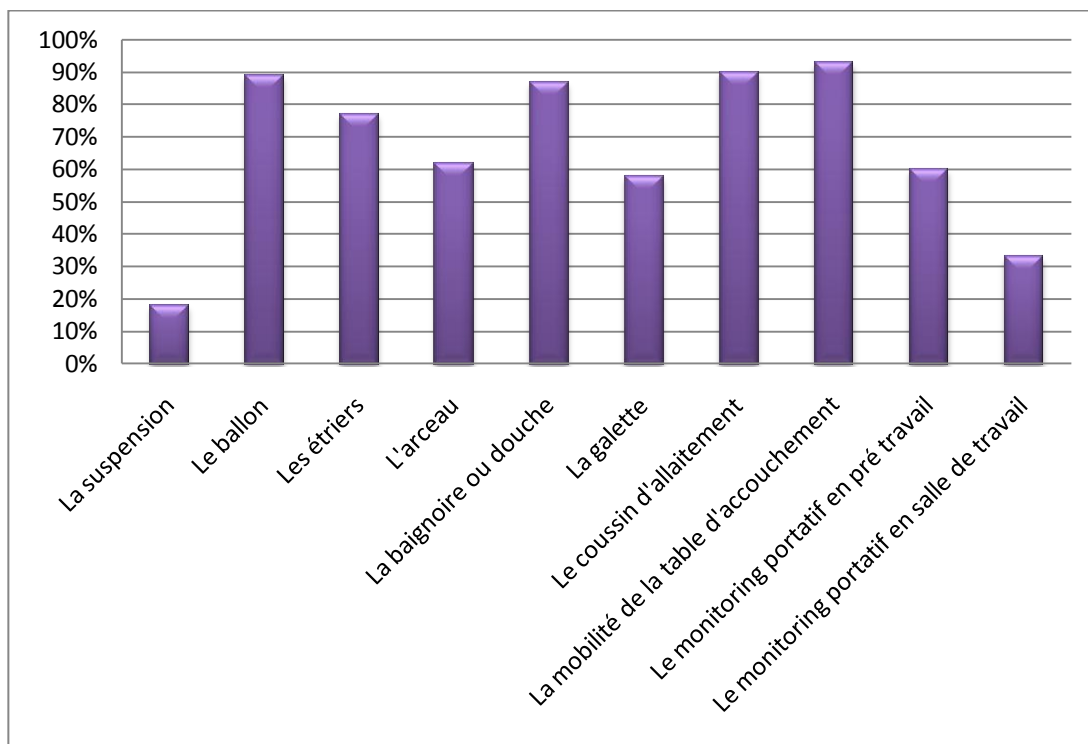


Graphique 13 : Utilisation des positions d'accouchement en fonction de l'ancienneté

➤ Utilisation par les sages-femmes du matériel à disposition

D'après le graphique suivant, la suspension, la galette, et le monitoring portatif en salle de travail sont utilisés à seulement moins de 50% par les sages-femmes qui en possèdent sur leur lieu de travail.

Quant au ballon, la baignoire/douche, le coussin d'allaitement, et la mobilité de la table d'accouchement sont utilisés à près de 90% par les sages-femmes qui en disposent.



Graphique 14 : Utilisation du matériel à disposition par les sages-femmes

Malgré cela, la question posée aux sages-femmes sur ce qu'elles souhaiteraient améliorer à leur environnement, la suspension et le monitoring portatif, tant en salle de prétravail qu'en salle de travail sont cités de nombreuses fois.

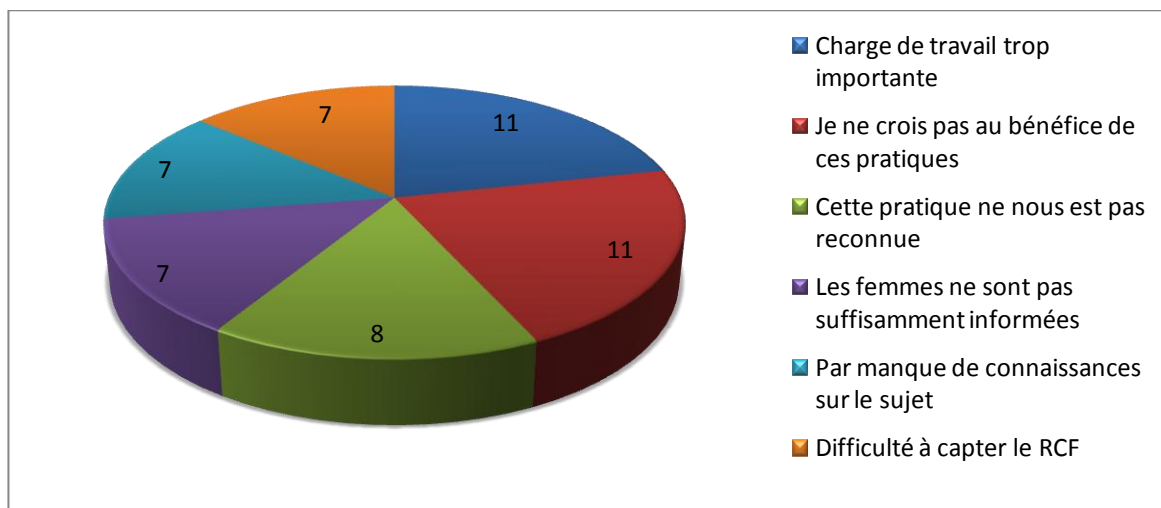
Par ailleurs à cette question je n'ai pas noté de disparité en fonction des niveaux de maternité ni en fonction de l'ancienneté des sages-femmes.

2.5. Les éventuels freins à la pratique des sages-femmes

Un des objectifs de cette étude est de déterminer ce que l'on pourrait améliorer à l'environnement des sages-femmes pour permettre de faciliter leur pratique.

➤ Les difficultés pratiques

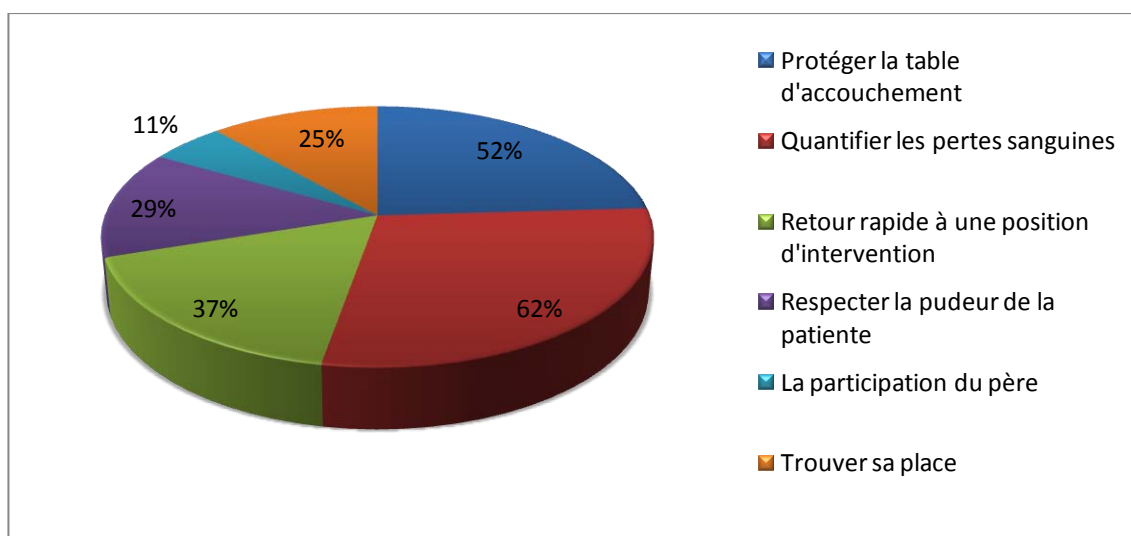
J'ai demandé aux 13 sages-femmes ne pratiquant pas la mobilité en salle de naissances, les raisons pour lesquelles elles ne souhaitent pas le faire. Le graphique suivant montre le nombre de sages-femmes ayant répondu oui aux différents items qui leur étaient proposés.



Graphique 15 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes ne mobilisent pas les femmes

On note un fort nombre de sages-femmes n'utilisant pas la mobilité à cause d'une charge de travail trop importante.

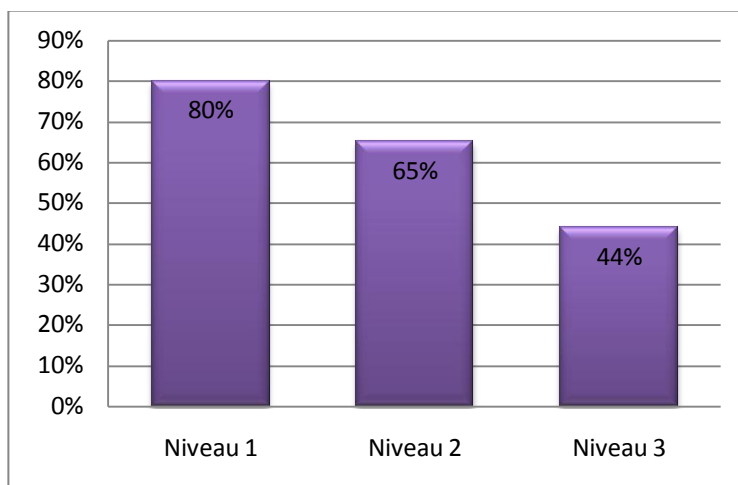
Le graphique suivant montre quelques unes des difficultés éprouvées par les sages-femmes lors de l'utilisation des différentes positions d'accouchement.



Graphique 16 : Difficultés des sages-femmes lors de l'utilisation des positions d'accouchement

➤ La médicalisation de l'accouchement

La médicalisation de l'accouchement avec appareils de surveillance (monitoring, moniteur multi paramètre, perfusion, péridurale...) peuvent parfois poser une difficulté supplémentaire pour mobiliser les femmes. Sur ce sujet, 67% des sages-femmes, interrogées, pensent que la médicalisation de l'accouchement est un frein à la mobilité des femmes pendant le travail et l'accouchement. On note tout de même une disparité croissante des avis en fonction du niveau de maternité, comme le montre ce graphique.



Graphique 17 : Sages-femmes considérant la médicalisation de l'accouchement comme un frein

Pour 72% des sages-femmes ayant répondu ne pas disposer d'un environnement suffisant pour mobiliser les femmes, la médicalisation de l'accouchement est un frein à cette pratique.

Sur les 13 sages-femmes ayant répondu ne pas encourager la mobilité des femmes, 11 considèrent que la médicalisation est un frein à cette pratique.

➤ Le point de vue des gynécologues-obstétriciens

Sur la totalité des sages-femmes interrogées, 27% disent être encouragées par les gynécologues-obstétriciens avec lesquels elles collaborent, 72% d'entre elles ont répondu avoir un avis indifférent de leur part. Et seulement 0,8% des sages-femmes sentent une opposition de leur part sur ces pratiques.

➤ L'analgésie péridurale

Concernant l'analgésie péridurale et la mobilité, les avis des sages-femmes divergent :

Pour certaines, elle ne présente pas d'entrave à la mobilité :

« Sous péridurale, les sensations sont différentes, les femmes trouvent moins spontanément la position qu'il faut, mais la mobilité est possible sous péridurale. ».

Pour d'autres elle présente un obstacle à ces pratiques :

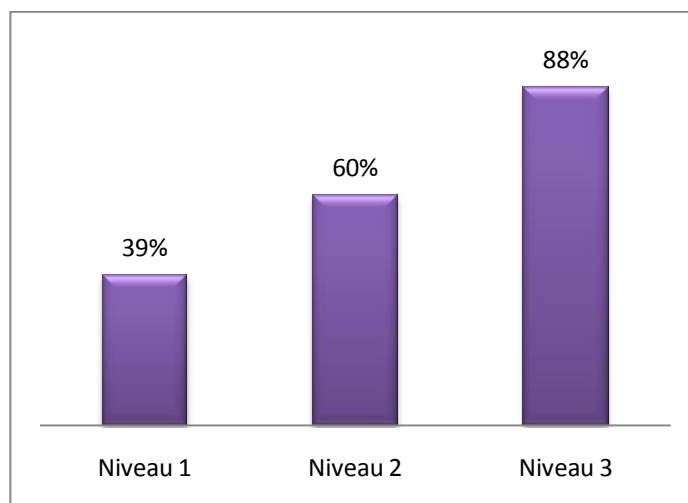
« C'est la gestion de la douleur qui est difficile à appréhender avec les femmes, se mobiliser sous péridurale est plus difficile. »,

« Les positions d'accouchement sur le côté sont plus faciles à proposer chez une femme sans péridurale. »

De ce fait, 86% des sages femmes interrogées pensent que la mise en place de péridurale ambulatoire pourrait faire évoluer les pratiques en ce qui concerne la mobilité des femmes en salle de naissances.

➤ L'environnement des sages-femmes

Seulement 57% des sages femmes interrogées disent bénéficier d'un environnement suffisant pour mobiliser les femmes pendant le travail et l'accouchement. On relève différents avis en fonction du niveau de maternité où les sages-femmes exercent. Les sages-femmes de niveau 3 sont globalement plus satisfaites de leur environnement que les sages-femmes de niveau 1 et 2, comme le montre ce graphique.



Graphique 18 : Pourcentage de sages-femmes possédant un environnement satisfaisant

J'ai également demandé aux sages-femmes ce qu'elles souhaiteraient améliorer à leur environnement de travail afin d'optimiser leurs pratiques. Ce tableau récapitule les souhaits des sages-femmes ayant répondu.

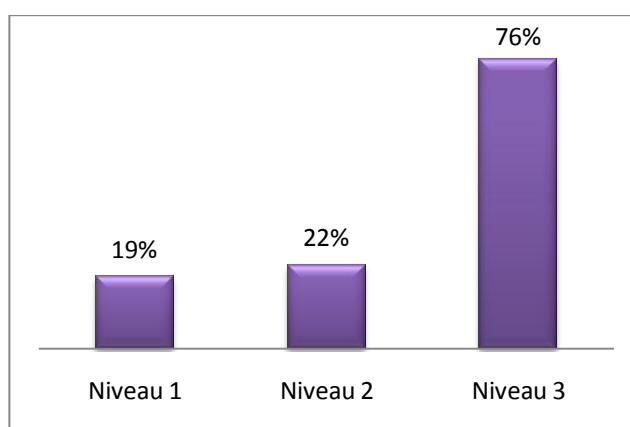
Tableau III : Améliorations de l'environnement souhaitées par les sages-femmes

| AMELIORATIONS SOUHAITEES PAR LES SAGES-FEMMES | Nombre de fois citées | Citations |
|---|-----------------------------|---|
| Disponibilité du personnel | 6 | « Pas assez de temps pour prendre en charge correctement la mobilité des parturientes » |
| Formations du personnel | 7 | « Il faudrait plus de formations spécifiques à la mobilité pour les sages femmes » |
| Aménagement des salles de prétravail | 16 | « Il faudrait avoir à disposition des salles de prétravail prévues à cet effet : suspension, ballon, baignoire, ... » |
| Péridurale ambulatoire | 5 | |
| Monitoring portatif | 8 | « Le monitoring portatif nous permettrait de mobiliser nos patientes plus facilement » |

➤ **L'information des femmes / des couples**

L'information des femmes / des couples se fait essentiellement en séances de préparation à la naissance, seulement, chaque préparation à la naissance est différente et ne sensibilisent pas toujours les femmes se mobiliser pendant le travail et l'accouchement.

Au total seulement 27% des sages-femmes interrogées considèrent que les femmes sont suffisamment informées de l'intérêt de la mobilité. On note par contre une forte disparité en fonction des niveaux de maternité, comme le montre ce graphique.



Graphique 19 : Pourcentage de sages-femmes considérant l'information des femmes suffisantes

Les sages-femmes qui ont souhaité s'exprimer sur ce sujet m'ont exposé les avis suivant :

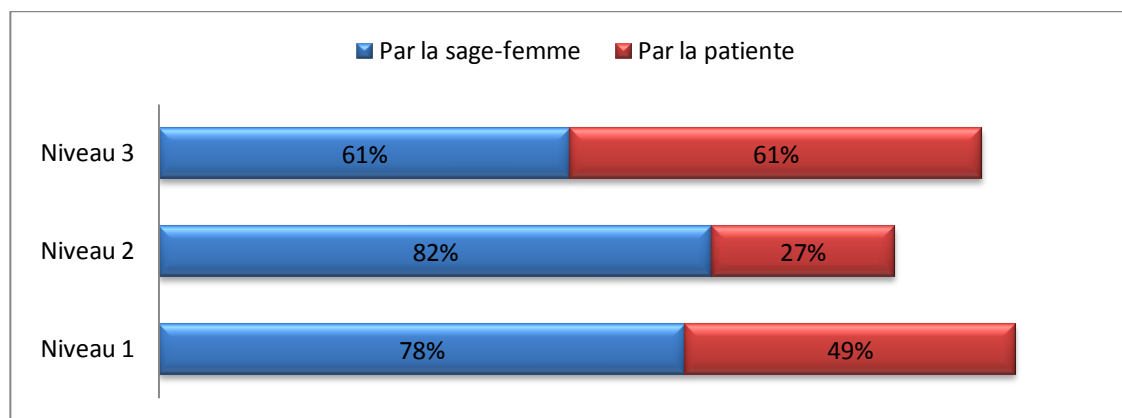
« Une patiente en tout début de travail ne comprend pas toujours l'intérêt de la mobilité et veulent seulement, ne plus rien sentir du tout. »

« Les femmes ne sont pas assez informées et impliquées. Il faut que les femmes soient plus informées et s'impliquent d'avantage dans leur accouchement / projet de naissance. »

« Les femmes ne sont pas prêtes ou pas préparées à la mobilisation, il faut souvent les pousser pour qu'elles bougent (en premier lieu souvent elles refusent, il faut savoir les encourager, cela demande beaucoup de temps et d'énergie). »

En conséquence, 96% des sages femmes interrogées pensent que l'information des femmes/couples en séances de préparation à la naissance leur permettrait d'optimiser leur pratique en salle de naissances.

Concernant l'utilisation des différentes positions d'accouchement pour l'expulsion, 93% des sages-femmes disent que celles utilisées sont d'abord une proposition d'elle-même et seulement 42% d'entres elles disent que les positions d'accouchement utilisées sont une proposition première de la femme. Ce sont donc majoritairement les sages-femmes qui proposent les positions d'accouchement utilisées. Ce constat est également visible globalement pour tous les niveaux de maternité comme le montre le graphique suivant.



Graphique 20 : Choix des positions d'accouchement

Cet état des lieux de la pratique des sages-femmes en salle de naissances va tenter de répondre aux hypothèses posées. Il permettra ensuite de déterminer ce qui pourrait être amélioré pour permettre aux sages-femmes de proposer de manière plus aisée, ce type d'accompagnement aux femmes.

CHAPITRE 3: MOBILISER LES PARTURIENTES : UN NOUVEL ACCOMPAGNEMENT ?

1. IMPLICATION ET MOTIVATION DES SAGES-FEMMES

La motivation des sages-femmes tient une place capitale dans la mise en pratique de type d'accompagnement. Mobiliser les parturientes pendant le travail et pendant l'accouchement demande du temps et de la disponibilité de leur part. Elle nécessite également une certaine expérience pratique, afin d'offrir aux parturientes un accompagnement de qualité.

1.1. La formation des sages-femmes

➤ Au cours de la formation initiale :

Généralisées depuis peu, ces pratiques n'ont pas été enseignées à toutes les sages-femmes. Les résultats de l'enquête nous amènent à constater que le pourcentage de sages-femmes ayant reçu une information pendant leurs études diminue avec leur ancienneté.

Il serait intéressant que la pratique de cet accompagnement fasse partie du programme d'enseignement des écoles de sages-femmes.

L'enseignement pourrait être d'une part théorique ; il est nécessaire avant de mettre en pratique la mobilité, de connaître les effets qu'elle apporte, ainsi que de comprendre la mécanique obstétricale qu'elle induit. D'autre part un enseignement par travaux pratiques en complément, permettrait de mettre en application certaines positions, et de les tester sur soi-même. Ceci permet de comprendre l'intérêt de la précision des positions. Enfin, l'apprentissage en stage constitue la finalité de cet enseignement ; il permet aux étudiants de constater les bénéfices de la mobilité sur la mécanique obstétricale ainsi que sur la satisfaction des femmes. Les sages-femmes peuvent ainsi apporter des précisions et réajuster leur pratique.

Il est difficile de suivre et de reproduire la pratique des sages-femmes durant les stages sans avoir eu au préalable un apprentissage théorique. Cet enseignement pourrait donc intervenir assez tôt dans la formation.

D'autre part, il est essentiel que l'enseignement théorique et pratique soit réalisé par une sage-femme, formatrice ou non, ayant elle-même été formée à la mobilité.

➤ **Au cours de la formation continue :**

La formation continue fait partie des obligations déontologiques des sages-femmes : « les sages-femmes ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances » comme le précise l'article 4 du code de déontologie.

Depuis quelques années se sont développées les formations professionnelles à la mobilité, dans le cadre de la formation continue des sages-femmes, notamment les formations proposées par Bernadette De Gasquet dans différentes maternités de France. La formation qu'elle propose est à la fois théorique et pratique. Elle explique et fait tester par les sages-femmes chaque position, de manière très précise. Or, seulement la moitié des sages-femmes interrogées ont participé à une de ces formations. Nous avons constaté une disparité en fonction du niveau des maternités. En effet plus le niveau de maternité est élevé plus le pourcentage de sages-femmes formées augmente. Les formations ne semblent pas accessibles de la même manière pour toutes les sages-femmes. L'accès aux formations est probablement plus difficile dans les maternités de niveau 1 que dans les maternités de niveau 2 et 3, ce qui pourrait expliquer cette inégalité.

La mise en place de formations internes représente un coût moins important pour les établissements que les formations extérieures, car elles permettent la participation d'un plus grand nombre de sages-femmes. Or le nombre de sages-femmes salariées dans les maternités de niveau 1 est moins important que dans les maternités de niveau supérieur. Il est donc plus difficile de proposer ce type de formation dans ces maternités ; les sages-femmes étant moins disponibles.

➤ **La formation par le biais des collègues**

La majorité des sages-femmes qui n'ont pas eu l'opportunité de participer à une formation spécifique, ont été sensibilisées par d'autres sages-femmes y ayant participé. Sous forme de posters, livrets, explications ou même exercices pratiques, les sages-femmes formées mettent en œuvre des méthodes permettant à leurs collègues d'avoir la connaissance nécessaire. La disparité observée précédemment par niveaux de maternités, est également observée en ce qui concerne la sensibilisation aux pratiques

par les autres sages-femmes. Ce constat est bien sûr évident, plus les sages-femmes sont formées plus elles sont dans la capacité de transmettre cette pratique.

Ce type d'apprentissage est une alternative intéressante pour celles n'ayant pas eu l'opportunité de se former.

Une position de travail ou d'accouchement mal utilisée peut causer un obstacle à la mécanique obstétricale ; pour cela il est nécessaire de connaître et de mettre en pratique ces positions avec précision. La transmission entre sages-femmes peut entraîner une déformation de ces informations. Il est donc indispensable que les sages-femmes sensibilisées par leurs collègues, puissent participer à une formation pour consolider et compléter les connaissances qui leur ont été transmises.

Globalement les sages-femmes interrogées (96%) ont toutes reçu une information, de quelque manière qu'elle soit, sur l'intérêt et la pratique de la mobilité des femmes en salle de naissances. Je pense que l'enseignement de la mobilité dans les écoles de sages-femmes ne dispense pas de participer à une formation continue. Elle permet certes permet d'acquérir des connaissances théoriques et pratiques dans ce domaine, mais elle permet également de mettre à jour ses connaissances. En effet les pratiques évoluent rapidement et concernant la mobilité, il est nécessaire de réitérer ces formations au cours d'une carrière afin de mettre à niveau ses connaissances régulièrement. Il peut être également intéressant de pouvoir réunir les équipes afin de permettre aux sages-femmes de confronter leurs pratiques. En effet, il peut être utile de faire le point sur les positions que chacune utilisent afin de permettre de corriger certaines imperfections. Bernadette De Gasquet propose ce type de mise au point. La formation se déroule en trois journées successives, ainsi qu'une journée quelques mois après. Cette dernière journée permet de parler des difficultés rencontrées lors de la mise en pratique de certaines positions et de les réajuster.

1.2. La pratique globale des sages-femmes

Avant de s'interroger sur la diversité des pratiques dans les différentes maternités étudiées, faisons tout d'abord un état des lieux de la pratique des sages-femmes (tous niveaux de maternité confondus).

Les résultats de l'étude attestent qu'une grande majorité des sages-femmes encouragent les femmes à se mobiliser (89%) et à déambuler (86%) en salle de naissances.

Nous avons vu dans la première partie les avantages qu'apportent la mobilisation des femmes pendant le travail et l'accouchement. La majorité (93%) des sages-femmes interrogées sont d'accord avec cela. D'après ces constats, je pense que cette pratique ne relève donc pas d'un nouvel automatisme acquis mais d'une réelle conviction personnelle. Accompagner les femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement demande beaucoup de temps et de disponibilité. Je pense donc que pour pratiquer la mobilité, il faut être convaincu de ses bienfaits, tant sur la mécanique obstétricale que sur la satisfaction des femmes. Les sages-femmes semblent donc avoir accepté ce type d'accompagnement.

Ces différents éléments témoignent d'une motivation certaine des sages-femmes quant à ces pratiques.

2. IMPACT DE L'ANCIENNETE DES SAGES-FEMMES SUR LES PRATIQUES

➤ Utilisation de la mobilité et des salles de prétravail

Concernant l'utilisation de la mobilité pendant le travail et l'utilisation des salles de prétravail, par les sages-femmes, le constat est le même. En effet les graphiques n°6 et 11 correspondants, montrent une diminution croissante du pourcentage de sages-femmes les utilisant en fonction de leur ancienneté.

La disparité observée peut être corrélée avec le pourcentage de sages-femmes ayant reçu une information à ces pratiques au cours de leurs études. En effet le graphique n°3 (formation initiale des sages-femmes en fonction de leur ancienneté), et les graphique n°6 et 11 observent la même dynamique. La diversité peut également s'expliquer par la nature récente de la généralisation de ces pratiques. Dès son apparition dans les années 80-85, le retour à la physiologie de l'accouchement, n'a pas fait l'unanimité chez tous les professionnels. Il a fallu quelques années et de nombreuses études, pour démontrer ses bénéfices, tant sur le vécu des femmes que sur la mécanique obstétricale. La sensibilisation des sages-femmes a donc été retardée. Il n'est pas étonnant d'observer que les sages-femmes qui utilisent le plus la mobilité et les salles de prétravail sont celles qui en ont eu l'expérience durant leur formation initiale. Il est bien évident que ce

constat n'est pas vrai pour toutes les sages-femmes car il existe aujourd'hui, d'autres façons de se former à ces pratiques.

Ce constat me permet de valider une partie de ma première hypothèse ; en effet il existe une disparité des pratiques en fonction de l'ancienneté des sages-femmes.

➤ **Utilisation des différentes positions d'accouchement**

Le constat précédent n'est pas applicable à l'utilisation des positions d'accouchement. En effet le graphique n°13 ne montre pas de différence significative entre l'utilisation des diverses positions d'accouchement et l'ancienneté des sages-femmes. Il est a priori plus facile de mettre en application des positions d'accouchement précises qu'un accompagnement à la mobilité, tout au long du travail.

3. IMPACT DU NIVEAU DE MATERNITE SUR LES PRATIQUES

Les établissements de santé qui souhaitent assurer la prise en charge des femmes enceintes doivent respecter des conditions techniques de fonctionnement différentes suivant les unités, pour être autorisés.

Les niveaux des maternités sont définis comme ci-après :

➤ **Maternité de niveau 1 :**

Elles proposent la préparation à la naissance, l'accueil des femmes enceintes, le dépistage et orientation des grossesses à risque, la surveillance de la grossesse, la surveillance du travail, les accouchements à bas risque et la surveillance de l'accouchement. Les soins néonataux correspondants aux niveaux 1 et 2 du GENUP (Groupe d'Etude sur la Néonatalogie et les Urgences Pédiatriques) (Annexe V), à savoir, surveillance des premiers jours de vie des nouveaux nés à terme, eutrophiques et bien portants.

➤ **Maternité de niveau 2A et 2B**

Identique au niveau 1 notamment pour les grossesses à risques nécessitant une prise en charge spécifique. Les soins néonataux correspondants au niveau 3 et 4 du GENUP : Unité de néonatalogie avec soins intensifs pour le niveau 2B

➤ **Maternité de niveau 3**

Missions identiques à celles des maternités de niveau 1 et 2. En outre, une prise en charge des grossesses à haut risque et de celles nécessitant une réanimation ou chirurgie néonatale. Les soins néonataux correspondants au niveau 5 du GENUP : Unité de néonatalogie avec soins intensifs et réanimation néonatale.

3.1. La diversité des pratiques

➤ **Utilisation de la mobilité pendant le travail et l'accouchement**

Les résultats de l'étude ont montré qu'il existe une disparité des pratiques, en ce qui concerne l'utilisation de la mobilité. Cette différence s'observe de manière significative surtout entre les maternités de niveau 1 et les maternités de niveau 2 et 3.

➤ **Utilisation des salles de prétravail**

Nous avons vu l'utilité des salles de prétravail précédemment, cependant toutes les sages-femmes ne sont pas en mesure de les proposer aux femmes. La majorité des sages-femmes exerçant en niveau 2 et 3 disposent de ces salles. Par contre seulement 78% des sages-femmes exerçant en niveau 1 en disposent.

Toutefois la législation impose des règles très strictes concernant les locaux du secteur d'obstétrique : dans tous les cas le secteur de naissance, comprend des locaux de prétravail, locaux de travail, locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés, une salle d'intervention chirurgicale. Tous ces locaux doivent être implantés de manière contiguë et au même niveau. Le nombre de salles de travail et prétravail est fixé par qui définit la structuration des locaux d'obstétrique de la façon suivante :

| Nombre annuel d'accouchement | Nombre minimum de salles de travail | Nombre minimum de salles de prétravail |
|------------------------------|---|---|
| 500 à 1000 | 2 | 1 |
| 1001 à 1500 | 3 | 2 |
| 1501 à 2000 | 5 | 3 |
| 2501 à 3000 | 6 | 3 |
| Plus de 3000 | 1 salle supplémentaire par tranche de 1000 naissances | 1 salle supplémentaire par tranche de 1000 naissances |

3.2. L'aménagement des salles de travail

➤ Les accessoires pour le travail

En salle de naissances, la majorité des sages-femmes interrogées disposent, d'une table d'accouchement mobile, de coussins d'allaitement (type corpomed), d'étriers et de ballons.

En revanche il existe une disparité entre les différents niveaux de maternité en ce qui concerne la mise à disposition, de la suspension, de l'arceau et la baignoire ou douche ; une inégalité croissante avec le niveau de maternité.

Tous ces accessoires sont utilisés de diverses façons, et participent au confort et permettent une mobilisation intéressante et variée des femmes.

➤ La surveillance fœtale

Mobiliser les femmes en salle de travail peut être parfois compliqué. Une patiente ne présentant pas de facteurs de risques particuliers et ne bénéficiant pas d'une analgésie péridurale, n'a pas de raison d'être perfusée immédiatement. L'enregistrement cardiotocographique, même de manière continue, peut être réalisé sans obstacle à la mobilité, grâce au monitoring portatif. La mobilité de la parturiente est alors conservée en totalité. Seulement, l'étude indique que toutes les maternités ne disposent pas de cette possibilité, pourtant bénéfique pour les femmes. En effet aucune des sages-femmes exerçant en maternité de niveau 1 ne peuvent le proposer aux femmes en salle de travail et seul un petit nombre en maternité de niveau 2.

Une différence de moyens entre ces maternités peut expliquer ces différents résultats. Nous l'avons vu les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 2 et 3 disposent d'un environnement matériel plus important que les sages-femmes exerçant en niveau 1. Le graphique n°17, montre en fonction du niveau de maternité, le pourcentage de sages-femmes qui estime que la médicalisation de l'accouchement (dont on a fait état en première partie) est un frein à la mobilisation des femmes. A priori, la médicalisation pose plus de problèmes aux sages-femmes exerçant en niveau 1 qu'aux sages-femmes exerçant dans un niveau 3 ; il est probable que ces dernières disposent d'avantages d'éléments permettant de contourner les inconvénients de cette médicalisation.

Je constate que plus les sages-femmes disposent de moyens matériels plus elles encouragent les femmes à se mobiliser. Il est certain que, plus l'environnement est facilitant, plus il est aisé de mettre en œuvre ces pratiques. Je pense que les moyens matériels dont disposent les sages-femmes sont bénéfique à la mobilisation des femmes. Bien sûr, il n'est pas le seul facteur à prendre en compte.

Ce constat me permet de valider la deuxième partie de ma première hypothèse ; il existe bien une disparité des pratiques entre les maternités de différents niveaux.

4. LES FREINS A LA MOBILITE DES FEMMES

L'utilisation de la mobilité maternelle implique non seulement la motivation de l'équipe obstétricale dans son ensemble, mais aussi un équipement adéquat.

Un environnement adapté est nécessaire aux les sages-femmes pour leur permettre d'offrir aux parturientes toutes les possibilités d'accompagnement.

➤ La charge de travail

Sur les 13 sages-femmes ayant répondu ne pas encourager les femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement, 11 d'entre elles ne le font pas à cause d'une charge de travail trop importante au sein des services.

Plusieurs sages-femmes encourageant les femmes à se mobiliser estiment également que la charge de travail occasionne une difficulté supplémentaire.

« La surcharge de travail nous empêche parfois de mobiliser nos patientes »

« Le manque de temps et de disponibilité est un frein aux pratiques »

Il est certain que mobiliser les parturientes tout au long du travail ou accompagner les femmes en début de travail, dans la gestion de la douleur demande du temps et de la disponibilité aux sages-femmes. Il est impossible de proposer un accompagnement de qualité lorsque la sage-femme doit accompagner 3 voire 4 parturientes en même temps.

« L'idéal, une femme, une sage-femme »

On sait que la réalité est différente, cependant, selon le décret 98-900 du 9 octobre 1998, en ce qui concerne le nombre de sages-femmes présentes dans le secteur de naissance :

-Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance.

-Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif est majoré d'un poste temps plein pour 200 naissances supplémentaires. Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur.

-Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour.

En général ces effectifs sont respectés dans les maternités de niveau 1 ayant un nombre de naissances inférieur à 1000. Or cet effectif est loin d'être observé dans la majorité des maternités de niveau supérieur. L'activité de ces deux types de maternités représente donc une charge de travail plus importante pour les sages-femmes. Cependant, nous l'avons constaté, la pratique de la mobilité y est plus importante que dans les maternités de niveau 1.

La charge de travail ne représente a priori pas un frein à la mobilité des femmes pendant le travail et l'accouchement. Elle amène seulement une difficulté supplémentaire aux sages-femmes, sans freiner leur pratique.

➤ **L'analgésie péridurale**

L'accompagnement est aussi important pour une femme en début de travail que pour une femme en travail avec ou sans analgésie péridurale. Une parturiente soulagée de la douleur des contractions doit tout de même pouvoir bénéficier de ce type d'accompagnement.

L'enquête périnatale de 2003 a permis de chiffrer à 63% la proportion de femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale classique au cours du travail.

Dans leur pratique quotidienne, les sages-femmes observent une contradiction dans l'attitude des femmes en ce qui concerne la mobilisation et l'analgésie péridurale :

« La mobilité des femmes est une volonté relative, la plupart souhaitent une péridurale avant tout le reste. Une fois soulagée, elles regrettent d'être moins mobiles. C'est un paradoxe »

« Les patientes sont globalement plus intéressées par la péridurale que par la mobilité. Une fois soulagées si on ne propose pas de changement de position, elles restent en décubitus dorsal »

« Les femmes sont demandeuses de la péridurale et semblent satisfaites, elles demandent à être passives de la naissance »

En effet, je l'ai moi-même observé, le soulagement de la douleur, dès les premières contractions est une priorité pour les femmes. Ce qui est tout à fait compréhensif. Malgré cela, une fois soulagées, celles qui souhaiteraient se mobiliser, n'y parviennent pas ou difficilement.

Une solution pour les femmes pourrait être la péridurale ambulatoire. Celle-ci leur permettrait d'obtenir ce que beaucoup d'entre-elles souhaitent : atténuer la douleur des contractions tout en restant active.

La majorité des sages-femmes interrogées pensent que la mise en place de la péridurale ambulatoire pourrait faire évoluer leurs pratiques.

La verticalisation de la patiente nécessite tout d'abord quelques conditions : que sa pression artérielle soit stable et qu'il n'y ait pas de bloc moteur. La verticalisation n'est autorisée que 30 minutes après le début de l'analgésie et la marche n'est autorisée que s'il n'existe pas d'hypotension orthostatique. La force musculaire est évaluée par le test du tabouret, la patiente doit pouvoir se lever sans aide alors qu'elle est assise sur un tabouret de 60 cm de haut. Enfin, il est nécessaire de pouvoir effectuer une surveillance continue du rythme cardiaque fœtal et de la dynamique utérine à l'aide du monitoring portatif.

Les premières études faites sur l'utilisation de la péridurale ambulatoire avec l'utilisation de marcaïne et fentanyl a révélé quelques effets délétères à la déambulation. Notamment le dosage d'anesthésiques mal adapté peut entraîner un bloc moteur ; une hypotension orthostatique a également été observée sur de nombreuses patientes. L'analgésie devenant insuffisante au cours du travail à parfois nécessité le recours à un dosage d'anesthésiques locaux plus concentré rendant impossible la déambulation. Un meilleur taux de succès a été obtenu plus récemment avec un anesthésique local plus modérément dilué (bupivacaine) associé au sufentanil. Dans ces deux cas la péridurale ambulatoire a favorisé chez les patientes une miction spontanée, permettant d'éviter le sondage vésical.

Hormis l'expérience des différentes équipes, le taux de succès de l'analgésie péridurale ambulatoire est tout d'abord dépendant de la motivation des parturientes pour la déambulation, de l'intensité de l'analgésie qu'elle souhaite, mais aussi de la disponibilité des équipes obstétricales et anesthésiques

La mise à disposition de la péridurale ambulatoire, ce n'est pas seulement savoir maîtriser la technique et de ne pas se préoccuper du reste. En effet pour qu'elle puisse être mise en place et surtout pour qu'elle soit utile, il faut que l'établissement qui la propose réalise quelques aménagements :

-Le monitoring portatif est indispensable pour permettre de surveiller le rythme cardiaque fœtal à distance de l'appareil. Or nous avons vu que toutes les maternités ne disposent pas de ce type d'appareil en salle de travail.

-Un espace de déambulation doit également être à disposition des parturientes. Il peut être sous forme de couloirs de déambulation ou sous forme de salles spacieuses, aménagées, avec ballon, suspension...Cependant la majorité des salles de travail des maternités ayant participé à l'étude ne sont pas équipées de cette manière.

-La disponibilité des anesthésistes et de l'équipe obstétricale. D'une part la péridurale ambulatoire nécessite de la part de l'équipe d'anesthésie une plus grande disponibilité pour réévaluer régulièrement la capacité de la parturiente à se verticaliser. D'autre part elle nécessite de la part des sages-femmes une plus grande disponibilité, afin d'accompagner au mieux leur mobilité.

Le but n'est pas de dire que l'analgésie péridurale classique est une mauvaise méthode. En effet certaines patientes souhaitent ressentir le minimum de sensations et ne souhaitent pas particulièrement bouger pendant le travail. Chaque femme a des besoins différents et je pense que cette technique serait simplement une proposition supplémentaire pour elles.

Malheureusement cette pratique est encore très peu répandue et n'existe dans aucune des différentes maternités où l'étude a été réalisée. A l'heure actuelle la péridurale ambulatoire n'est pas encore une technique tout à fait au point et suffisamment pratiquée pour en évaluer ses bénéfices. Cependant les femmes ayant eu l'opportunité d'en bénéficier semblent en être satisfaites.

➤ **La reconnaissance des pratiques**

Parmi les 13 sages-femmes n'encourageant pas les femmes à se mobiliser en salle de naissances, seulement 4 d'entre-elles ne le font pas par manque de reconnaissance sur ces pratiques par les cadres de services et les gynécologues-obstétriciens.

De plus sur la totalité des sages-femmes interrogées, seul un petit nombre d'entre elles ressentent une opposition à ces pratiques de leur part. Les autres sages-femmes estiment les gynécologues-obstétriciens soit indifférents, soit encourageant vis-à-vis de ces pratiques.

Le point de vue des gynécologues-obstétriciens ne semble donc pas être un frein à la pratique des sages-femmes.

➤ **L'utilisation des positions d'accouchement**

Les salles de travail, les tables d'accouchement, ainsi que tout le matériel environnant a été créé pour des accouchements « classiques », en position gynécologique. Le matériel dont disposent les sages-femmes aujourd'hui n'est donc pas forcément adapté à la réalisation d'autres positions.

Les sages-femmes m'ont exprimé les principales difficultés suivantes lors de l'utilisation d'autres positions d'accouchement :

-La difficulté à conserver la propreté de la table d'accouchement ainsi que le recueil des pertes sanguines lors de la délivrance. Les packs d'accouchement actuels possèdent des sacs de recueil dédiés à un accouchement en position gynécologique. Il est parfois difficile de l'adapter lors de l'utilisation du décubitus latéral, de la position 4 pattes ou encore même de la position accroupie.

-La difficulté à adopter rapidement une position d'intervention, en cas d'urgence. Le changement de position retarde de quelques minutes la prise en charge, de l'extraction instrumentale ou de l'hémorragie de la délivrance.

-La difficulté à trouver elles-mêmes leur place lors de ce type d'accouchement. En effet, pour l'accouchement en décubitus latéral et la position « quatre pattes », la sage-femme doit se placer derrière la patiente pour l'expulsion, ce qui est tout à fait différent de la position classique. Elle a donc un contact visuel plus difficile avec la femme, et cela peut entraîner des difficultés à diriger les efforts expulsifs.

De plus cette position d'accouchement, ainsi que la position accroupie ou « quatre pattes » nécessitent peu de manœuvres de la part de la sage-femme. Cela nécessite donc une adaptation dans sa pratique quotidienne.

L'enseignement et la pratique de l'accouchement lors de la formation initiale se fait essentiellement pour l'accouchement en position gynécologique classique, je l'ai moi-

même constaté durant ma formation. J'ai tout de même observé et pu pratiquer d'autres positions d'accouchement, mais à peu de reprises. Les sages-femmes doivent donc parvenir à intégrer de nouveaux repères dans leur pratique quotidienne.

➤ **Les organisations de services**

Je pense que l'organisation des pratiques de service tient un rôle important dans la pratique de la mobilité en salle de naissances. Certaines maternités ont la volonté de former l'équipe obstétricale, et proposent donc de nombreuses sessions de formation interne afin de former le maximum de personnes. Ces formations sont essentiellement suivies par les sages-femmes, mais je pense qu'elles pourraient également être ouvertes aux autres corps de l'équipe obstétricale (gynécologues-obstétriciens, auxiliaires de puéricultures, aides soignantes...). La maternité de l'hôpital Bel-Air, a récemment lors d'un réaménagement du bloc obstétrical, instauré et aménagé des salles de pré-travail (salles spacieuses, ballon, monitoring portatif, douche, éclairage modulable, ambiance sonore...) et ainsi proposé de nombreuses formations à la mobilité aux sages-femmes. Instaurer ce type d'accompagnement au sein d'une maternité demande un réel travail d'équipe, entre les cadres de services et le personnel médical (tout corps confondus). Sur volonté du personnel médical, des aménagements peuvent être proposés et discutés avec les cadres de services, dans le but d'améliorer cet accompagnement (création d'espaces aménagés, mise à disposition de matériel, de formations, mise en place de protocoles...)

Ces constats me permettent de valider ma deuxième hypothèse de travail. Il existe bien des freins à la pratique des sages-femmes en salle de naissances.

5. PREPARATION DES FEMMES A LA MOBILITE

La sensibilisation des femmes à la mobilité pendant le travail et l'accouchement, se fait essentiellement en séance de préparation à la naissance, et/ou au moment de l'entrée en travail, par les sages-femmes de salle de naissances.

5.1. Des recommandations...

Les recommandations actuelles préconisent l'information des femmes. La charte des droits de la parturiente publiée en 1988 (Annexe IV) énonce « la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement, afin de connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement sur le plan physique, ainsi que les techniques et les méthodes en usage ». De même que selon l'OMS « La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux ».

En 2005, L'HAS (Haute Autorité de Santé), a défini les objectifs spécifiques et le contenu des séances prénatales individualisées, où il apparaît notamment : « l'apprentissage des techniques de travail corporel : exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés la grossesse et être en forme, techniques de détente et de respiration, apprentissage de postures pour faciliter la naissance, positions de protection du dos. »

5.2. ... à la pratique

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur, notamment par les cours d'accouchement sans douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Selon les résultats de l'enquête nationale périnatale de 2003 [19], 66,6% des primipares et seulement 24,9% des multipares ont participé à une préparation à la naissance. Toutes les femmes ne sont donc pas préparées à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement.

La plupart des multipares ne souhaitent pas participer une nouvelle fois à une préparation à la naissance. Mais l'évolution des pratiques fait que la plupart d'entre-elles n'ont pas eu connaissance de ces pratiques durant la préparation à la naissance pour leur premier accouchement.

Ces résultats peuvent expliquer en partie les résultats de l'enquête. Concernant le choix des positions pour l'accouchement ; elles sont essentiellement proposées par les sages-

femmes plutôt que par les femmes. Les femmes ne semblent pas suffisamment informées qu'il existe plusieurs positions d'accouchement. Le graphique n° 19 nous montre une différence significative, concernant l'information des femmes, en fonction du niveau de maternité. Les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 3 estiment les femmes plus informées que leurs collègues exerçant en maternité de niveau 1 et 2. Cette disparité peut s'expliquer par des modalités de préparation à la naissance différentes entre ces maternités. La maternité de niveau 3 propose une préparation à la naissance, animée en partie par des sages-femmes de salle de naissances. Une seule des maternités de niveau 2 et deux de niveau 1 proposent des séances de préparation à la naissance au sein de leur établissement.

5.3. La préparation à la mobilité

J'ai constaté que les femmes sont peu réceptives lorsqu'on leur propose de se mobiliser pendant le travail, alors qu'elles n'y ont pas été sensibilisées durant la grossesse. On pourrait se dire qu'il suffit de laisser les femmes libres de leurs mouvements pour qu'elles se mobilisent et trouvent des positions antalgiques...mais la réalité est différente. Il leur est difficile de trouver spontanément ce qui les soulagerait quand l'instinct a été réprimé par l'évolution des pratiques, mais aussi par l'éducation et la société. Elles n'ont parfois que l'image d'une femme dans un lit, immobile, reliée à plusieurs machines,...C'est pourquoi, adopter diverses positions et utiliser des accessoires pendant le travail va leur paraître incongru. Il faut leur en parler en amont et les sensibiliser à une écoute de leur corps. C'est toute une préparation corporelle qui est nécessaire, les femmes doivent prendre conscience de leur corps et trouver déjà spontanément elles-mêmes, pendant la grossesse, les positions dans lesquelles elles se sentent bien. En général les femmes préparées de cette manière savent déjà quelles sont les positions qui leur conviennent ou non.

Madame OUDIN, sage-femme en préparation à la naissance de l'Hôpital maternité de Metz, prépare les femmes dans ce sens depuis sa participation en janvier 2009 à la formation de Bernadette De Gasquet.

Réalisant depuis 3 ans la préparation à la naissance, elle a changé sa façon de préparer les couples depuis sa formation. Dès le début des séances, la préparation est axée sur le travail corporel et le bien être de la femme, les encourageant à adopter et à aménager

elles-mêmes des positions agréables, confortables et antalgiques pendant la grossesse. Une séance est centrée sur la gestion des contractions utérines pendant le travail, où elle sensibilise les femmes à l'intérêt de se mobiliser, à l'action antalgique et bénéfique sur la mécanique obstétricale que cela apporte. Elle présente différentes positions, en utilisant le ballon, la suspension, les coussins, tout en permettant au père de participer. La séance n'est pas basée sur l'analgésie péridurale, mais essentiellement sur la gestion de la douleur. Elle sera seulement évoquée en fin de séance, plus comme un moyen que comme une solution. Elle présente et fait tester aux femmes les positions d'accouchement (la position aménagée de Bernadette De Gasquet et le décubitus latéral), ce qui leur permet déjà de savoir qu'elles sont les positions qui leur conviennent, hors contexte de contractions.

A ce sujet, les sages-femmes sont d'accord (à 96%) pour dire que la sensibilisation des femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement, en séance de préparation à la naissance, leurs permettrait d'optimiser leur pratique en salle de naissances.

En effet, je pense que cette façon de préparer les femmes peut leur permettre pendant le travail ou au moment de l'accouchement de proposer elle-même des positions qu'elles jugent confortables. Ensuite, à nous, sages-femmes, d'adapter ces positions dans le but d'améliorer la mécanique obstétricale ou du moins de ne pas provoquer d'obstacle à l'avancée du travail. Cela peut également leur permettre d'accepter ou de refuser les positions proposées par les sages-femmes, qui peuvent parfois être inconfortables voire douloureuses pour elles.

Les femmes sont manifestement peu informées de ces pratiques ; ce constat me permet de valider ma troisième hypothèse. En effet l'information des femmes, des couples en séances de préparation à la naissance permettrait aux sages-femmes de salle de naissances d'optimiser leur pratique.

6. LES AMELIORATIONS A APPORTER

6.1. Vers une préparation à la naissance différente...

La majorité des sages-femmes pensent qu'il est préférable que les femmes soient préalablement informées des possibilités qui s'offrent à elles en salle de naissances.

Certaines sages-femmes expriment même l'idée que les sages-femmes exerçant en salle de naissances pourraient elles aussi animer la préparation à la naissance.

« Pour utiliser au mieux la mobilité, il est primordial que les femmes effectuent une préparation à la naissance au sein de l'équipe qui fera l'accouchement. »

« Je pense que l'accompagnement des femmes ainsi que leur mobilité serait idéal si les sages-femmes de salle de naissances participent aux cours de préparation à l'accouchement ce qui n'est pas le cas. »

Je pense que c'est une idée qui pourrait être développé par les maternités. Les sages-femmes de salle de naissances de l'Hôpital Bel Air de Thionville ont l'ambition de réaliser un projet d'accompagnement dans ce sens, où ce sont elles qui assureraient les séances de préparation à la naissance. Certaines des sages-femmes libérales qui assurent la préparation à la naissance des femmes qui souhaitent accoucher dans cette maternité, s'informent et discutent avec l'équipe des pratiques qu'elles utilisent afin de préparer les femmes dans leur sens.

Je pense qu'il est important que les femmes soient réellement préparées de telle façon qu'elles retrouvent les informations dispensées en préparation à la naissance dans les services de maternité, et plus particulièrement ce qui nous intéresse ici, en salle de naissances. C'est pour cela qu'il est nécessaire, je pense, qu'il existe une communication entre les sages-femmes qui assurent la préparation à la naissance (aussi bien les sages-femmes libérales que les sages-femmes salariés de la maternité) et les sages-femmes de salle de naissances.

Le moment de la naissance est souvent appréhendé par les femmes, même si celles-ci ont reçu toutes les informations nécessaires. Rien de plus déroutant que de se retrouver à ce moment là, face à des pratiques complètement différentes que celles auxquelles elles se sont préparées. La préparation à la naissance assurée par les sages-femmes de salle de naissances est certes une idée intéressante, mais celle-ci peut évidemment être aussi optimale pour les patientes lorsque celle-ci est assurée par des sages-femmes

extérieures à la salle de naissances. Il suffit pour cela de permettre une communication entre les différentes équipes, et ce, dans l'intérêt des patientes.

Le travail d'équipe peut aussi s'orienter dans le sens où la séance sur le travail et l'accouchement peut être assuré ou préparé en binôme, avec une sage-femme de salle de naissances et la sage-femme de préparation à la naissance.

6.2. La place des pères

J'ai constaté durant ma formation que la place du père au moment de la naissance est très importante. Il apporte un soutien à la future mère, tant par sa présence, ses paroles et ses gestes. Il est important de l'intégrer aux groupes de préparation à la naissance, non seulement par sa présence, mais l'intégrer activement, en le faisant participer, par des massages, l'intégrer aux positions...

Des groupes de parole, destinés et réservés aux hommes, ont été mis en place à la Maternité des Bluets à Paris (ainsi qu'à la clinique des Eaux-Claires à Grenoble...) dans le cadre des entretiens de préparation à la naissance. Ce groupe voudrait être un lieu où ces fausses évidences, ces nouveaux conformismes, ces nouveaux rituels puissent au moins être discutés. Qu'il soit possible de dire, entre hommes, son désaccord avec l'une ou l'autre proposition, de dire ses craintes de (se) décevoir, de ne pas être à la hauteur, de témoigner de ses espoirs et de ses enthousiasmes. On n'est pas père, on le devient. La découverte du sentiment de paternité émerge à des temps très différents pour chacun.

C'est un concept que Madame OUDIN souhaiterait développer lors de ses séances. Selon elle les pères ont parfois du mal à exprimer leur ressenti vis-à-vis de la grossesse, de la paternité... Ils sont souvent peu nombreux lors des séances « classiques », il est compréhensible qu'ils n'osent pas exprimer leurs craintes. Peut être cela serait plus aisé dans un groupe d'homme, comme cela se fait à la maternité des Bluets.

6.3. La formation des sages-femmes

Nous l'avons dit pour permettre un accompagnement de qualité des femmes pendant le travail et l'accouchement, il est nécessaire d'obtenir un vrai travail d'équipe entre, les sages-femmes qui assurent la préparation à la naissance et les sages-femmes de salle de naissances. Je pense pour cela que les sages-femmes qui assurent la préparation à la naissance devraient elles aussi être encouragées à participer à des formations

professionnelles. La formation dispensée par Bernadette De Gasquet n'est pas uniquement basée sur le travail et l'accouchement, mais sur l'ensemble de la grossesse. Cette formation peut permettre, aux sages-femmes de réaliser tout un travail corporel avec les femmes, pour ainsi leur permettre de préparer leur corps pour l'accouchement et leur donner les moyens de gérer la douleur des premières contractions au mieux.

6.4. La mise en place d'espaces physiologiques

Beaucoup des sages-femmes ayant participé à l'enquête, m'ont exprimé leur volonté d'offrir à leurs patientes des espaces, des salles, agréables, relaxantes, équipées, dans le but de leur permettre de se mobiliser. Je pense que la création d'espaces physiologiques dans les maternités, pourrait être une conception intéressante pour les patientes.

Ces espaces physiologiques ont déjà été mis en place dans plusieurs maternités de France, dont la maternité du CHU de Hautepierre de Strasbourg, maternité de niveau 3.

Ces salles répondent à une obligation de conformité aux décrets de 1998 et à une volonté institutionnelle de modernisation des locaux, d'amélioration du fonctionnement.

Sur proposition et avec le soutien, l'appui du Professeur Nisand et de l'équipe médicale, deux salles de prétravail sont devenues des espaces réservés à la physiologie. Elles proposent une alternative entre un accouchement médicalisé et une naissance à domicile, dans un espace respectueux du confort, de la sécurité et des attentes des parturientes. Le mobilier y est adapté, divers accessoires et deux baignoires sont à disposition des femmes. L'environnement sonore et lumineux y est modulable.

La création de ces espaces dans les différentes maternités, pourrait tout d'abord optimiser la pratique des sages-femmes, mais également proposer aux femmes une alternative à un accouchement classique.

La présence, dans les mêmes locaux, d'un plateau technique performant, de personnels compétents permettant une intervention immédiate en cas de nécessité est un critère de motivation et de sécurité.

Cette étude m'a permis d'atteindre mes objectifs de départ. Elle m'a permis tout d'abord de montrer la motivation des sages-femmes quant à ces pratiques. Et enfin de déterminer quels sont les freins à la pratique de la mobilité en salle de naissances et les éléments à améliorer dans leur environnement pour favoriser leur pratique quotidienne.

CONCLUSION

L'accompagnement de la mobilité pendant le travail et l'accouchement permet de rétablir la place active de la femme et du couple dans la naissance de leur enfant.

De nombreuses études sont réalisées pour illustrer l'intérêt de mobiliser les femmes pendant le travail et l'accouchement. Il est rarement question des éventuelles difficultés à la mettre en œuvre. L'étude a permis de montrer que globalement les sages-femmes sont enclins à proposer ce type d'accompagnement aux couples. Malheureusement, toutes n'ont pas la chance de pouvoir proposer aux femmes toutes les méthodes que l'on peut mettre en œuvre pour leur permettre de vivre cet instant de la manière dont elles le souhaitent.

Je pense qu'avant tout la préparation des couples en préparation à la naissance et des équipes, par le biais des formations est capitale, ainsi que la communication au sein et entre les équipes. L'adaptation et l'amélioration de leur environnement pourrait permettre aux sages-femmes de poursuivre ou potentialiser leur pratique.

Accompagner une femme en travail par sa mobilité, c'est en quelque sorte lui proposer des alternatives à un accouchement stéréotypé. En tant que future sage-femme c'est ce que je souhaite offrir à mes patientes : une prise en charge adaptée et personnalisée à travers le respect de la physiologie de l'accouchement.

N'oublions pas que la sage-femme est la garante de la physiologie.

BIBLIOGRAPHIE

[1] **ALLAHBADIA G, VAIDYA P** - Squatting position for delivery.

J indian med assoc. 1993. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8491972>. Consulté le 05/07/09

[2] **BOURGEOIS M, CRESPIE L, FATARDO A** - Les postures d'accouchement et des suites de couches.

Atelier des 36èmes assises nationales des sages-femmes. Marseille. 2008.

[3] **BREMENT S ET AL** - 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. 2008. Volume 36 p119-120.

[4] **BREMENT S, GIARD C, RACINET C** - Impact d'une formation à l'accouchement physiologique sur les résultats maternels et périnatals.

La revue sage-femme. 2005. Volume 4, N°3 p115-123.

[5] **CNGOF: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français**

Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail.

Groupe de travail présidé par J.P Shaal. 12 décembre 2007

[6] **DE GASQUET B** - Bien être et maternité.

7^{ème} édition. Paris. Edition implexe. 2003. 374p.

[7] **DE GASQUET B** - Il faut encourager la mobilité des femmes.

Profession sage-femme. 2005. N°117 p40-41

[8] **DE GASQUET B** - La liberté posturale au cours de l'accouchement.

Les dossiers de l'obstétrique. 1991. N°182 p9-11

[9] **DE GASQUET B** - Les positions pour l'accouchement.

Les dossiers de l'obstétrique. 1995. N°232 p20-30.

[10] **DE GASQUET B** - Positions d'accouchement et protection du périnée en pré, per et post partum.

Formation APOR B de Gasquet. 2009.

[11] **DE GASQUET B** - Pour couper court à des malentendus à propos de l'accouchement en décubitus latéral.

Les dossiers de l'obstétrique. 2005. N°342 p13-14.

[12] **DE GASQUET B** - Pour une poussée moins traumatique. Position maternelle pour l'accouchement.

Mécanique et techniques obstétricales, 3^{ème} édition. Edition Sauramps médical. 2008. p289-313.
ISBN : 9782840234715.

[13] **DE GASQUET B** - Trouver sa position d'accouchement.

Edition marabout pratique. 2009. 127p. ISBN : 978-2-501-05164-4.

[14] **DE JONG A ET AL** - Increases blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage.

Site internet de l'Afar. 349-55. 2007. Consulté le 03/07/09.

[15] **DE JONG A ET AL** - Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labor.

Journal of obstetrics and gynaecology. 1997. N°104. p567-571.

[16] **GOURY N** - La rotation des fémurs: incidence sur les détroits moyens et inférieurs du bassin.

Mémoire pour l'obtention du diplôme de Sage-femme. Strasbourg. 2001.

[17] **GUPTA JK, NIKODEM VC, ANESH K** – Maternal posture in labor

European Journal of Obstetrics and Gynaecology and Reproductive Biology. 2000. P273-277.

[18] **HUGUET J.B** - Influence des postures obstétricales sur la douleur en prétravail. Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Lille. 2009.

[19] **INSERM** - Enquête périnatale nationale 2003.

Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes.

[20] **KIRSCH C** - L'accouchement en décubitus latéral. Donner la vie du bon côté... ? Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Metz. 2006. 87p

[21] **LANSAC J, BERGER C, MAGNIN G** – Obstétrique.

4^{ème} édition. Edition Masson. Paris. 2003. 469p.

[22] **MADDEN I** - Le choix des positions pendant le travail.

Les dossiers de l'obstétrique. 1995. N°232 p32-33.

[23] **MELZACK R, BELANGER E, LACROIX R** - Labor pain: effect of maternal position on front and back pain.

Site internet de l'Afar. 476-80. 1991. Consulté le 03/07/09.

[24] **MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J** - Précis d'obstétrique.

Edition Masson. Paris. 1995. 597p.

[25] **MIGNOT S** - Question de salle de naissances. La mobilisation au cours du travail.

2^{ème} journée du collège des sages-femmes. Profession sage-femme. 2004. N°105 p7.

- [26] **NETTER F.H** – Atlas d’anatomie humaine.
4^{ème} édition. Editions Elsevier Masson. 2007.
- [27] **NOUR R.G** - Des positions faites pour changer.
Profession sage-femme. 2009. N°155.
- [28] **OGNIER H** - La position d’engagement : un facteur favorisant la physiologie. Mémoire pour l’obtention du diplôme d’état de sage-femme. Metz. 2004. 58p.
- [29] **PAUFICHET C** - Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail.
La revue sage-femme. 2004. Volume 3, N°5 p197-203.
- [30] **RACINET C, BREMENT S, LUCAS C** - Analyse objective des différentes positions maternelles pour l’accouchement.
XXXIIème journées nationales du collège national des gynécologues obstétriciens français. Paris. 2008. Profession sage-femme. 2009. N°154 p20-25
- [31] **RACINET C** - Positions maternelles pour l’accouchement.
Gynécologie obstétrique et fertilité. 2005. N°33 p533-538
- [32] **RENNER JP** - Postures maternelles et position d’accouchement ou l’accommodation inverse.
5^{ème} journées du collège national des sages-femmes. Paris. 2007.
- [33] **ROBERTS JE., WODELL DA** - The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency.
Birth. 1983. N° 10 p243-249.
- [34] **SFAR** (Société Française d’Anesthésie et de Réanimation) - Recommandations concernant la pratique de l’analgésie obstétricale.
Groupe de travail dirigé par le Docteur M.Palot. Septembre 1992.
- [35] **SCHAAL J-P, RIETHMULLER D, MAILLET R et Al** - Mécanique et techniques obstétricales. 3^{ème} édition.
Edition Sauramps médical. 2008. 920 p.
- [36] **VENDITELLI F** – Position allongée ou verticale durant le deuxième stade du travail : revue des méta-analyses.
28^{ème} journée nationales de la société française de médecine périnatale. Paris. édition Arnette. 1998. p 166-177.

ANNEXES

ANNEXE I : Les recommandations de l’OMS

ANNEXE II : Les soins liés à un accouchement normal

ANNEXE III : Questionnaire de l’étude

ANNEXE IV : Charte des droits de la parturiente

ANNEXE V : Les niveaux de soins pédiatriques

ANNEXE I : LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

Conférence inter régionale sur la technologie appropriée à l'accouchement

Fortaleza Brésil, 22-26 Avril 1985

Conférence organisée par le bureau régional de l'Europe et le bureau régional des Amériques de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) réunissant une soixantaine de participants.

Principales recommandations formulées :

1. Les ministères de la santé devraient établir des politiques spécifiquement axées sur l'introduction de la technologie dans les services de santé et sur les marchés commerciaux.

2. Les pays devraient se doter des moyens nécessaires à la réalisation d'enquêtes collectives visant à évaluer la technologie obstétricale.

3. La communauté dans son ensemble devrait être informée des diverses formes de soins liés à l'accouchement afin que chaque femme puisse opter pour celle qui lui convient le mieux.

4. Les groupes féminins d'entraide ont une valeur intrinsèque dans la mesure où ils constituent des mécanismes de soutien social et de diffusion des connaissances, notamment eu égard à la naissance.

5. Les éventuels systèmes parallèles de soins périnataux (que représentent par exemple les accoucheuses traditionnelles) doivent cohabiter avec le système officiel, et leur collaboration doit être maintenue au bénéfice de la mère. De telles relations, si elles sont établies sans aucune tentative de domination d'un système sur l'autre, peuvent être très fructueuses.

6. La Formation en matière de soins à donner pendant l'accouchement devrait viser à faire mieux connaître les aspects sociaux, culturels, anthropologiques et éthiques de la question.

7. Il faudrait encourager la formation de sages-femmes ou d'accoucheuses traditionnelles qui seraient chargées des soins à dispenser en cas de grossesse normale, ainsi que pendant et après l'accouchement.

8. L'évaluation de la technologie devrait revêtir un caractère multidisciplinaire et relever de tous les types de prestataires de soins qui l'utilisent, des épidémiologistes, des spécialistes des sciences sociales ainsi que des autorités sanitaires. Il faudrait que les femmes visées par la technologie participent à la planification de son évaluation puis à l'évaluation et à la diffusion des résultats obtenus. Ces résultats devraient être communiqués à tous ceux qui ont permis de les obtenir, ainsi qu'aux collectivités au sein desquelles la recherche a été conduite.

9. Il faudrait diffuser auprès du public desservi par les hôpitaux des informations sur les pratiques en vigueur dans ces établissements en matière d'accouchement (taux de césariennes, par exemple).

10. Le bien-être psychologique de la mère doit être assuré non seulement par la présence d'une personne de son choix pendant l'accouchement, mais aussi par la possibilité de recevoir librement des visites au cours de la période postnatale.

11. Le nouveau-né doit toujours rester avec sa mère si l'état de santé de l'un et de l'autre le permet. Aucun examen ne justifie que l'on sépare un nouveau-né en bonne santé de sa mère.

12. L'allaitement au sein doit être immédiatement encouragé, avant même que la mère ne quitte la salle d'accouchement

13. Les pays dont les taux de mortalité périnatale sont parmi les plus faibles du monde ont des taux de césarienne inférieurs à 10. Il n'y a manifestement aucune raison pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne.

14. Rien ne prouve qu'une césarienne soit nécessaire chez les femmes qui ont subi une césarienne segmentaire transversale. L'accouchement par voie basse chez les femmes qui ont déjà eu une césarienne devrait normalement être encouragé chaque fois que l'on dispose de l'infrastructure chirurgicale nécessaire en cas d'urgence.

15. Il n'est pas prouvé que le monitoring foetal de routine pendant l'accouchement ait un effet positif sur l'issue de la grossesse. On ne devrait avoir recours au monitoring électronique du foetus que dans des cas médicaux soigneusement sélectionnés (lorsqu'il y a un risque élevé de mortalité périnatale) et lorsque le travail est provoqué. Les pays qui disposent d'appareils de monitoring foetal et d'un personnel qualifié devraient chercher à déterminer quels sont les groupes de femmes enceintes susceptibles de bénéficier des techniques de surveillance électronique du foetus. En l'absence de ces données, les services de santé nationaux devraient s'abstenir d'acheter de nouveaux appareils de monitoring.

16. Le rasage du pubis ou l'administration d'un lavement avant l'accouchement ne s'impose pas.

17. Les femmes enceintes ne devraient pas être couchées sur le dos pendant le travail ou l'accouchement. Il faudrait les encourager à déambuler pendant le travail et leur permettre de choisir librement la position qu'elles adopteront pour la délivrance.

18. Le recours systématique à l'épisiotomie ne se justifie pas. D'autres méthodes de protection du périnée devraient être étudiées et, le cas échéant, adoptées.

19. L'accouchement ne devrait pas être provoqué par commodité et il ne faudrait procéder au déclenchement artificiel du travail qu'en présence d'indications médicales précises. Aucune région géographique ne devrait enregistrer des taux de déclenchement artificiel du travail supérieurs à 10 %.

20. Au cours de l'accouchement, il faudrait éviter l'administration systématique d'analgésiques ou d'anesthésiques qui ne sont pas expressément requis pour traiter ou prévenir une complication.

21. La rupture artificielle des membranes n'est pas indispensable avant un stade avancé du travail. Aucune donnée scientifique ne justifie la rupture systématique des membranes par des moyens artificiels à un stade précoce de l'accouchement.

ANNEXE II : LES SOINS LIES A UN ACCOUCHEMENT NORMAL

Organisation mondiale de la santé, 1997

L'OMS distingue quatre catégories de pratiques courantes dans la conduite d'un accouchement normal, selon leur utilité, leur efficacité et leur nocivité.

CATEGORIE A : Pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager

-Plan individuel déterminant où et avec l'aide de qui l'accouchement se déroulera, établi avec la femme pendant la grossesse, et communiqué au mari/partenaire et, le cas échéant, à la famille

-Evaluation des risques liés à la grossesse pendant les soins prénatals, et réévaluation à chaque contact avec le système de santé et au moment du premier contact avec le dispensateur de soins pendant le travail, et jusqu'à la fin du travail

-Surveillance du bien-être physique et émotionnel de la femme pendant tout le travail et l'accouchement, et à l'issue du processus de la naissance

-Boissons proposées à la parturiente pendant le travail et l'accouchement

-Respect du choix éclairé de la femme quant au lieu de la naissance

-Fourniture de soins pour le travail et l'accouchement au niveau le plus périphérique où l'accouchement soit possible et sûr et où la femme se sente en sécurité et en confiance

-Respect du droit de la femme à l'intimité sur le lieu de l'accouchement

-Soutien empathique des dispensateurs de soins pendant le travail et l'accouchement

-Respect du choix fait par la femme des compagnons présents pendant le travail et l'accouchement

-Fourniture aux femmes de toutes les informations et explications qu'elles souhaitent

-Méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation

-Surveillance fœtale avec auscultation intermittente

-Usage unique des matériels jetables et décontamination appropriée du matériel à usage multiple pendant tout le travail et l'accouchement

-Utilisation de gants pour le toucher vaginal, pendant l'expulsion du bébé et pour la manipulation du placenta

-Liberté de choisir la position et de bouger pendant tout le travail

-Encouragement à choisir une position autre que dorsale pendant le travail

-Surveillance attentive de l'évolution du travail, par exemple au moyen du partogramme de l'OMS

-Administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger

-Stérilité des instruments utilisés pour sectionner le cordon

-Prévention de l'hypothermie du bébé

-Contact dermique précoce entre la mère et l'enfant et encouragement à commencer l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance, conformément aux directives de l'OMS sur l'allaitement au sein

-Examen systématique du placenta et des membranes

CATEGORIE B : Pratiques qui sont à l'évidence nocives ou inefficaces et qu'il convient d'éliminer

-Recours systématique au lavement

-Rasage systématique du pubis

-Infusion intraveineuse systématique pendant le travail

-Pose systématique de canules intraveineuses à titre prophylactique

-Utilisation systématique de la position dorsale pendant le travail

-Toucher rectal

-Utilisation de la radiopelvimétrie

-Administration d'oxytociques à tout moment avant l'accouchement de façon que leurs effets ne puissent être maîtrisés

-Utilisation systématique de la position gynécologique avec ou sans étriers pendant le travail

-Efforts de poussée soutenus et dirigés (manœuvre de Valsalva) pendant le deuxième stade du travail

-Massage et étirement du périnée pendant le deuxième stade du travail

-Utilisation de comprimés oraux d'ergométrine au troisième stade du travail pour prévenir ou arrêter une hémorragie

-Administration systématique d'ergométrine par voie parentérale au troisième stade du travail

-Lavage utérin systématique après l'accouchement

-Révision utérine systématique (exploration manuelle) après l'accouchement

CATEGORIE C : Pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.

-Méthodes non pharmacologiques utilisées pour soulager la douleur pendant le travail, comme les plantes, l'immersion dans l'eau et la stimulation nerveuse

-Amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail

-Pression sur le fond utérin pendant le travail

- Manœuvres visant à protéger le périnée et à gérer la tête du fœtus au moment du dégagement
- Manipulation active du fœtus au moment de la naissance
- Administration systématique d'ocytocine, tension légère sur le cordon, ou combinaison des deux pendant le troisième stade du travail
- Clampage précoce du cordon ombilical
- Stimulation du mamelon pour augmenter les contractions utérines pendant le troisième stade du travail

CATEGORIE D : Pratiques fréquemment utilisées à tort

- Interdiction d'absorber aliments et liquides pendant le travail
- Traitement de la douleur par des agents systémiques
- Traitement de la douleur par l'analgésie épidurale
- Monitoring électronique du fœtus
- Port de masques et de gants stériles par la personne aidant à l'accouchement
- Touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins
- Accélération par l'ocytocine
- Transfert systématique de la femme en travail dans une autre pièce au début du deuxième stade
- Sondage de la vessie
- Encouragement à pousser dès le diagnostic de dilatation complète ou presque complète du col, avant que la femme éprouve elle-même le besoin de pousser
- Observance stricte d'une durée stipulée pour le deuxième stade du travail, une heure par exemple, si l'état de la mère et du fœtus est bon et si le travail progresse
- Extraction instrumentale
- Utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie
- Exploration manuelle de l'utérus après l'accouchement

ANNEXE III: QUESTIONNAIRE

1 - Dans quel niveau de maternité exercez-vous ?

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

2 - Depuis combien d'années êtes-vous diplômée ?

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Entre 21 et 30 ans
- Plus de 31 ans

3 - Jusqu'à ce jour, combien d'années au total avez-vous exercé en salle de naissances ?

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Entre 21 et 30 ans
- Plus de 31 ans

4 - Avez-vous été sensibilisée aux pratiques des postures de travail et d'accouchement au cours de votre formation initiale ?

- Oui
- Non

5 - Avez-vous participé à une formation sur les postures de travail et d'accouchement au cours de votre carrière ?

- Oui
- Non

Si non, avez-vous été sensibilisée à ces pratiques par vos collègues y ayant participé ?

- Oui
- Non

6 - En salle de naissances, disposez-vous de salles de prétravail ?

- Oui
- Non

Si oui, les utilisez-vous régulièrement ?

- Oui
- Non

7 - Dans votre pratique quotidienne, encouragez-vous les femmes à se mobiliser pendant le travail et l'accouchement ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

| | OUI | NON |
|--|-----|-----|
| Pour améliorer le confort de la patiente | | |
| Chez la plupart des femmes, pour accélérer le travail | | |
| En cas de dystocie ou stagnation du travail ou de l'expulsion | | |
| Pour favoriser le contact et la mise en confiance de la patiente | | |
| Pour permettre à la femme de participer à son accouchement | | |

Si non, pourquoi ?

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Charge de travail trop importante | | |
| Je ne crois pas au bénéfice de ces pratiques | | |
| Cette pratique n'est pas reconnue par les obstétriciens et les cadres de services | | |
| Les femmes ne sont pas suffisamment informées | | |
| Par manque de connaissances sur ce sujet | | |
| Difficulté à capter le RCF | | |

8 - Encouragez-vous les femmes, ne bénéficiant pas d'une anesthésie péridurale, à déambuler pendant le travail ?

- Oui
 Non

9 - En salle de naissances, disposez-vous et utilisez-vous ces différents éléments ? (Répondez par oui ou par non)

| | Vous en disposez | Vous l'utilisez |
|---|------------------|-----------------|
| La suspension | | |
| Le ballon | | |
| Les étriers | | |
| L'arceau | | |
| La baignoire ou la douche | | |
| La galette | | |
| Le coussin d'allaitement (type corpomed) | | |
| La mobilité de la table d'accouchement | | |
| Le monitoring portatif en salle de prétravail | | |
| Le monitoring portatif en salle de travail | | |

10 - Quelles postures d'accouchement pratiquez-vous ?

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Le décubitus dorsal classique | | |
| La position aménagée de Bernadette De Gasquet | | |
| Le décubitus latéral | | |
| Le quatre pattes | | |
| La position accroupie suspendue | | |

11 - Pour vous, ces différentes postures d'accouchement présentent-elles une difficulté à :

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Protéger la table d'accouchement (mise en place du sac de recueil...) | | |
| Quantifier les pertes sanguines | | |
| Permettre un retour rapide à une position d'intervention (décubitus dorsal) | | |
| Respecter la pudeur de la patiente | | |
| La participation du père à l'accouchement | | |
| Trouver votre place | | |

12 - Si cela vous concerne :

Avant la médicalisation de l'accouchement, avec appareils de surveillance (monitoring, moniteur multiparamètre, perfusion, péridurale...), utilisiez-vous la mobilité des femmes au cours du travail et de l'accouchement ?

- Oui
 Non

13 - Pour vous, la médicalisation de l'accouchement est-elle un frein à la mobilité des femmes ?

- Oui
 Non

14 - Les gynécologues-obstétriciens avec lesquels vous collaborez, vous encouragent-ils à mobiliser les femmes ?

- Oui
- Non, ils s'y opposent
- Ils y sont indifférents

15 - Pensez-vous que la péridurale ambulatoire pourrait faire évoluer les pratiques ?

- Oui
- Non

16 - Estimez-vous votre environnement suffisant pour mobiliser les femmes ?

- Oui
- Non

Si non, que voudriez-vous améliorer ? _____

17 - Globalement, trouvez-vous un avantage à mobiliser les femmes pendant le travail et l'accouchement ?

- Oui
- Non

18 - Les positions d'accouchement que vous utilisez, sont-elles en général une volonté première de la patiente ?

- Oui
- Non

Ou de vous-même ?

- Oui
- Non

19 - Selon vous les femmes sont-elles suffisamment informées sur ces pratiques ?

- Oui
- Non

20 - Pensez-vous qu'encourager et informer les femmes/les couples en séances de préparation à la naissance vous permettrait d'optimiser cette pratique ?

- Oui
- Non

21 - Voudriez-vous ajouter quelque chose, concernant la mobilité des femmes, que ce questionnaire ne traite pas ?

ANNEXE IV : CHARTE DES DROITS DE LA PARTURIENTE

Journal officiel des communautés européennes, 8 juillet 1988

Le Parlement Européen :

1. Considérant que, dans la plupart des cas, l'accouchement a perdu son caractère spontané et naturel en raison, souvent d'une médicalisation inutile.

2. Considérant que la science médicale traditionnelle n'a jusqu'à présent, pas toujours été en mesure d'aborder l'accouchement comme un événement physiologique naturel.

3. Considérant que cette altération de l'image de l'accouchement a permis le développement de modèles d'assistance qui répondent aux besoins de l'organisation médicale, mais pas toujours à ceux de la mère et de l'enfant.

4. Conscient que la structure sanitaire actuelle conduit dans de nombreux cas à compliquer l'accouchement et le travail qui le précède, multipliant les besoins d'intervention médicale.

5. Conscient qu'à la suite de tout cela, les femmes sont souvent dans l'impossibilité de vivre activement l'événement de l'accouchement et la rencontre avec l'enfant :

a. Demande que chaque naissance soit protégée depuis le début de la grossesse jusqu'à l'accouchement, par une charte des droits de la parturiente.

b. Demande par conséquent que la Commission présente rapidement une proposition en ce sens prévoyant

b1. la création d'une fiche obstétricale reprenant les données relatives à la grossesse et mise à la disposition de la femme et des personnes qui l'assisteront pendant et après l'accouchement ;

b2. la participation, avec le partenaire, à des cours de préparation à l'accouchement pour connaître le déroulement de la grossesse et de l'accouchement du point de vue physique et psychique, ainsi que les techniques et les méthodes d'accouchement en usage ;

b3. l'insertion dans le cadre des accords syndicaux de clauses donnant à la femme enceinte et à son partenaire la possibilité de participer à ces cours pendant les heures de travail ;

b4. le choix du lieu (domicile, hôpital) et des modalités (position) de l'accouchement ainsi que du type d'allaitement ;

b5. l'assistance à domicile en cas d'accouchement à domicile ;

b6. la possibilité d'accoucher au moment opportun, c'est-à-dire sans que l'accouchement soit accéléré ou retardé, et donc même en dehors des heures de travail normales du personnel, le dimanche, la nuit et les jours fériés ;

b7. la présence pendant les douleurs et pendant l'accouchement, d'une personne choisie par la parturiente, si possible son partenaire ;

b8. la possibilité pour la femme enceinte d'être consultée sur les thérapies et les traitements qu'elle doit subir ainsi que sur les risques que présentent d'éventuelles thérapies de remplacement ;

b9. la possibilité pour la mère d'avoir, pendant toute la période d'alitement, le nouveau-né à côté d'elle, de le nourrir suivant ses propres exigences plutôt qu'en fonction des horaires des hôpitaux ;

b10. la possibilité pour le père et ou d'autres personnes de la famille de rendre visite à l'accouchée et au nouveau-né sans restriction d'horaires.

c. Demande en outre que les institutions sanitaires concernées :

c1. encouragent et diffusent la connaissance des pratiques de l'accouchement à domicile ;

c2. vérifient les niveaux d'assistance et garantissent aux accouchées le droit à la vie privée et des traitements sanitaires adéquats ;

c3. procèdent à une requalification et à une ré affectation de leur personnel dans la perspective de l'accouchement à domicile ou suivant des pratiques non prévues par les structures sanitaires actuelles ;

c4. encouragent, pendant la période d'alitement, des rencontres entre des personnes spécialisées et les accouchées en vue de la formation de ces dernières en matière d'allaitement, de puériculture, d'hygiène périnatale et de contraception ;

c5. fassent en sorte, par d'éventuelles restructurations, que des services de pathologie néonatale soient installés à côté de ceux d'obstétrique et que des locaux communs soient réservés aux activités prévues aux points 2b et 2d ;

c6. fournissent périodiquement des données sur la morbidité et la mortalité périnatales et maternelles, sur les modalités des accouchements, sur l'utilisation de médicaments au cours de la période de travail précédent l'accouchement ainsi que des données statistiques sur la population assistée.

c7. Charge son Président : de transmettre la présente résolution aux gouvernements des Etats membres à l'U.N.I.C.E.F. et à l'O.M.S. en les invitant à la diffuser parmi les associations et les organismes sanitaires intéressés.

ANNEXE V : LES NIVEAUX DE SOINS PEDIATRIQUES

La graduation du niveau de soins repose sur une définition des maternités en fonction des soins de néonatalogie qu'elles effectuent :

| Types de centres obstétrico-pédiatriques | Niveaux de soins pédiatriques |
|--|---|
| Niveau 1 | 1+2 1=suivi des nouveau-nés bien portant à terme 2=réchauffement, contrôle glycémique, alimentation orale difficile, gavages transitoires, photothérapie, médicaments per-os ou parentéraux |
| Niveau 2A | 1+2+3 3=perfusion, gavages prolongés, surveillance hémodynamique et respiratoire, oxygénothérapie à faible concentration, mise en condition si aggravation |
| Niveau 2B | 1+2+3+4 4=alimentation parentérale sur cathéter central, O2 en ventilation spontanée, surveillance hémodynamique continue, PEP nasale |
| Niveau 3 | 1+2+3+4+5 5=assistance respiratoire et hémodynamique pour toute pathologie aiguë ou chronique |

Depuis quelques années, l'importance accordée à la participation active des femmes à leur accouchement, ainsi que le développement des projets de naissances dans l'objectif d'un accouchement moins médicalisé, ont conduit les sages-femmes à faire évoluer leurs pratiques. La mobilité des parturientes au cours du travail et de l'accouchement amène les sages-femmes à leur proposer un accompagnement différent.

De nombreuses études ont été réalisées pour illustrer l'intérêt de mobiliser les femmes pendant le travail et l'accouchement. Il est rarement question des éventuelles difficultés rencontrées par les sages-femmes. Cette étude, réalisée auprès des sages-femmes de salle de naissances, tente d'établir quels sont les obstacles à la mise en œuvre de cette pratique.

Il apparaît que mobiliser les parturientes en salle de naissances n'est pas toujours aisé pour les sages-femmes et par conséquent pour les femmes, et ainsi, de nombreux facteurs peuvent être améliorés afin de proposer un accompagnement de qualité aux couples qui le souhaitent.

La mobilisation pendant le travail et l'accouchement ne représente pas une option idéale pour toutes les femmes, mais simplement un accompagnement différent à leur proposer.

