



**HAL**  
open science

**Prévention des dystocies mécaniques par les variations posturales : Enquête de pratiques auprès des sages-femmes en salle de naissances de la maternité du CHRU de Nancy du 1 janvier au 29 février 2016**

Amélia Heumann

► **To cite this version:**

Amélia Heumann. Prévention des dystocies mécaniques par les variations posturales : Enquête de pratiques auprès des sages-femmes en salle de naissances de la maternité du CHRU de Nancy du 1 janvier au 29 février 2016. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870334

**HAL Id: hal-03870334**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870334v1>**

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Prévention des dystocies mécaniques par les variations  
posturales.*

Enquête de pratiques auprès des sages-femmes en  
salle de naissances de la maternité du CHRU de  
Nancy du 1 janvier au 29 février 2016

Mémoire présenté et soutenu par

Heumann Amélia

Directeur de mémoire : Lemoine Hélène

Sage-femme Enseignante

Promotion 2017



Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

*Prévention des dystocies mécaniques par les variations posturales.*

Enquête de pratiques par auprès des sages-femmes  
en salle de naissances de la maternité du CHRU de  
Nancy du 1 janvier au 29 février 2016

Mémoire présenté et soutenu par

Heumann Amélia

Directeur de mémoire : Lemoine Hélène

Sage-femme Enseignante

Promotion 2017

## REMERCIEMENTS

*A ma directrice de mémoire, Hélène LEMOINE.*

*Pour votre soutien et votre gentillesse durant ces années d'études, merci.*

*Pour vos précieux conseils et votre disponibilité tout au long de l'élaboration de mon mémoire, merci.*

*A Madame VILLA.*

*Pour le temps consacré à la lecture de mon travail et vos conseils, merci.*

*A mon amie, Margaux LIGUORI.*

*Pour notre belle amitié et tous ces moments partagés, merci.*

*A mes grands parents.*

*Pour votre bienveillance durant toute mon enfance, merci.*

*Pour tous ces beaux souvenirs et moments précieux, merci.*

*Pour m'avoir appris les valeurs de la vie, merci.*

*A ma maman.*

*Pour ton amour et ton soutien, merci.*

*Pour tes encouragements durant ces années d'études, merci.*

*Pour tout ce que tu m'as enseigné, merci.*

*Sans oublier Damien FRIGI.*

*Pour ta patience et ton soutien précieux, merci.*

# LISTE DES ABREVIATIONS

APD : Anesthésie Péridurale

AWHONN : L' Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

LMD : Licence Master Doctorat

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCEM1 : Premier Cycle des Etudes Médicales 1

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

RCF : Rythme Cardiaque Foetal

SMAR : Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>4</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>1. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	<b>13</b>
1.1. Les hypothèses .....	13
1.2. Les objectifs .....	13
1.3. Type d'étude.....	14
1.4. Guide d'entretien.....	14
1.5. Population d'étude.....	14
1.5.1. Critères d'inclusion.....	15
1.5.2. Critères de non inclusion .....	15
1.6. Modalités de réalisation de l'étude.....	15
1.7. Analyse des données .....	15
<b>2. RESULTATS</b> .....	<b>16</b>
2.1. Description de la population étudiée .....	16
2.1.1. Genre .....	16
2.1.2. Année d'obtention du diplôme d'Etat.....	16
2.1.3. Expérience professionnelle.....	17
2.2. Formation reçue et type de formation.....	17
2.3. Ressenti des sages-femmes.....	18
2.3.1. Avis des sages-femmes sur leur formation aux postures .....	18
2.3.2. Avis des sages-femmes sur une formation complémentaire.....	18
2.3.3. Avis des sages-femmes sur l'utilité de la mobilité au cours du travail .....	19
2.4. Utilisation des postures en pratique courante .....	20
2.4.1. Indication des postures au cours du travail selon les sages-femmes.....	20
2.4.2. Positions proposées/employées par les sages-femmes.....	21
2.4.3. Infrastructures et équipements .....	21
2.4.4. Environnement et position.....	22
2.5. Freins à la mobilisation des patientes .....	22
<b>3. DISCUSSION</b> .....	<b>24</b>
3.1. Analyse des résultats .....	24
3.1.1. La pratique des sages-femmes .....	24
3.1.2. La formation des sages-femmes .....	25
3.1.3. Avis sur une formation complémentaire.....	26
3.1.4. Les freins à la pratique.....	26
3.2. Les points forts de l'étude .....	28
3.3. Les limites de l'étude .....	29
3.4. Perspectives.....	29
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>32</b>
<b>ANNEXE</b> .....	<b>36</b>





# INTRODUCTION

Depuis l'antiquité, l'histoire de l'accouchement indique que, en dehors de la déambulation, les femmes ont toujours adopté des positions variées pendant le travail et l'accouchement. Les femmes bougeaient, changeaient de positions, se suspendaient, se penchaient en avant afin de rechercher une pesanteur et d'accoucher le moins douloureusement possible, avec le maximum d'efficacité, pour éviter la dystocie. Ainsi, les positions qui ont été employées par les parturientes pendant le travail ont été historiquement dominées par la mobilité et la verticalité.

De nos jours, les femmes sont très nombreuses à adopter spontanément une position allongée dans un lit pendant la durée du travail. Cette posture fut instaurée par Mauriceau [1], célèbre accoucheur français et initiateur de l'obstétrique moderne. Elle avait pour but de faciliter la surveillance du travail, de permettre de dispenser les soins et de favoriser les manœuvres obstétricales. En France, les moyens de prise en charge du travail ont donc conduit les femmes à rester plus immobiles, et à très peu participer à la gestion de leur accouchement. La seule justification de la position allongée concerne le confort de l'accoucheur et le recours à des conduites obstétricales de surveillance imposées aux patientes [2] : l'enregistrement cardio-tocographique continu, l'analgésie péridurale, le monitoring, la voie veineuse.

Or, la parturition humaine dépend d'une mécanique particulièrement complexe pouvant entraîner des dystocies [3,4,5]. Rappelons que les dimensions du bassin maternel sont étroitement similaires à celles de la tête d'un enfant à terme. Ce qui sous tend des différences minimales, même pour un accouchement eutocique avec un enfant eutrophe en variété antérieure. Certaines positions prises par le fœtus in utero (variété postérieure, transverse...) sont moins favorables que les positions antérieures et peuvent également être pourvoyeuses de complications. Le bassin osseux est une structure mobile et dynamique qui peut subir des modifications au cours de la grossesse.

Ces modifications ont été étudiées par Garagiola sur des scanners faits dans les 24 heures suivant un accouchement normal chez 14 patientes. Dans un premier temps, il a mis en évidence chez les femmes venant d'accoucher un élargissement de la symphyse pubienne mais également une augmentation significative des diamètres transverse et antéro-postérieur du détroit supérieur en comparaison avec des femmes non enceintes [6].

De plus, la tête fœtale peut elle aussi s'accommoder aux conditions locales par des opérations de flexion accentuée, d'orientation, de déformations plastiques et d'asynclitisme. Ce qui permet d'offrir une possibilité d'adaptation dans les situations dystociques, et donc de permettre le déroulement normal de l'accouchement [7,8,9]. Ces modifications pelviennes et fœtales peuvent être favorisées par les positions maternelles prises lors de la phase active du travail, qui selon les dernières publications, débute à 6 cm de dilatation (Le Ray et al. 2014 [10]). C'est pourquoi, un grand nombre de positions est proposé, toujours en prenant en compte les lois de la mécanique obstétricale. Le but est de favoriser la progression de la présentation [11].

De nombreux organismes de santé encouragent les variations posturales pendant le travail et l'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), a établi certaines recommandations en 1997 qui étaient les suivantes : il paraissait préférable d'encourager les femmes à déambuler pendant le travail et de choisir la position qu'elles préféraient pendant tout le travail et l'accouchement. Il convenait également d'éviter les périodes prolongées en position dorsale [12]. D'autre part, la femme était non seulement libre de choisir la position qu'elle souhaitait adopter pendant le travail, mais il convenait également de l'informer des diverses formes de soins liées à l'accouchement. L'Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), ainsi que Lamaze International, recommandaient quant à eux d'informer les couples sur les bénéfices des positions verticales et de les sensibiliser à leur mise en pratique [13]. L'AWHONN incitait également les sages-femmes à ne pas encourager le décubitus dorsal et à proposer d'autres postures. En étudiant la biomécanique des postures d'accouchement, cela permet de constater les effets divers et variés qu'elles peuvent avoir dans le but de faciliter la naissance, mais aussi de proposer une approche antalgique de l'accouchement [14].

La littérature dispose de données favorables sur l'efficacité des postures. Comme l'on montré Carlson et al en 1986 [15] et Downe et al en 2004 [16] concernant la durée du travail, le bien-être fœtal, le confort maternel ou encore en favorisant la mécanique de l'accouchement.

Des publications (méta-analyse de la Cochrane en 2009 [17], essais mentionnés lors de la Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté (SMAR) de 2005) ont conclu que les positions verticales permettaient d'écourter la durée du travail en comparaison avec le décubitus dorsal (réduction d'environ 1 heure). En effet, la position dorsale était responsable

d'une réduction de l'intensité des contractions, alors que la position debout et couchée sur le côté étaient associées à une intensité et une efficacité supérieures des contractions. Parmi les positions verticales, il a été montré que la position accroupie favorisait au mieux la progression fœtale [18].

Les changements de position de la mère pendant le deuxième stade du travail, comme au premier, influence le pronostic foetal. En effet, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) [19] décrit une compression des vaisseaux en décubitus dorsal pouvant induire des malaises maternels et favoriser la souffrance fœtale. À contrario, les positions verticales, en décubitus latéral ou à quatre pattes permettent un meilleur confort maternel et une correction des troubles du rythme cardiaque fœtal avec une meilleure oxygénation fœtale. En 1996, B. Carbonne [20] a étudié l'incidence des positions maternelles sur la saturation en oxygène du fœtus, par oxymétrie de pouls. Une différence significative de la saturation en oxygène chez le fœtus, avec une diminution lorsque la mère est en décubitus dorsal ( $46,7\% \pm 9,0$ ), par rapport au décubitus latéral gauche ( $53,2\% \pm 12,2$ ) ont été constaté. Il serait donc préférable d'éviter les périodes prolongées en décubitus dorsal qui ont tendance à affecter le débit sanguin dans l'utérus [21]. Concernant l'issue fœtale, des essais lors de la SMAR de 2005 ont également fait état d'un nombre réduit de scores d'Apgar inférieurs à 7 et d'une réduction de la fréquence des rythmes cardiaques anormaux en position verticale avec une augmentation du pH de l'artère ombilicale.

La liberté de mouvements présente de nombreux effets bénéfiques sur le déroulement et le vécu du travail. Plusieurs travaux ont apporté la preuve de l'efficacité de la position verticale dans la réduction de l'échelle de la douleur (EVA). La méta-analyse d'essais randomisés de Venditelli en 1998 [22] et de Gupta en 2009 [17], l'étude de Maria Amelia Miquelutti en 2009 [23], ou encore celle de Melzack en 1991 [24], décrivaient des patientes qui ont expérimentées en alternance la position verticale et horizontale. Ces études ont montré une diminution de la douleur chez les femmes adoptant une position verticale. Une majoration de la douleur et un inconfort pouvaient être observé en décubitus dorsal. Les essais mentionnés lors de la Semaine Mondiale pour l'Accouchement Respecté (SMAR) de 2005 mettaient également en évidence un score de douleur significativement abaissé en position verticale et inclinaison latérale. Les études de l'équipe de Queensland, de B. Regaya au CHU de Sousse [25] et de C. Pauffichet [26] étaient unanimes : la déambulation réduit la pression sur le nerf de la colonne vertébrale. En position verticale les vaisseaux sanguins abdominaux

sont moins comprimés, ce qui aide à diminuer la perception de la douleur. La mobilité réduit donc l'inconfort et diminue le recours aux antalgiques [27].

Le changement de position apporte aussi une amélioration de la mécanique de l'accouchement (groupe de Smith [28]). L'alternance des postures de contre-nutation [29] et de nutation [30] s'avèrent être utiles sur la variation des dimensions du bassin. Plusieurs observations en imagerie par résonance magnétique (IRM) montrent qu'il est possible de gagner des centimètres au niveau des diamètres. Un simple changement de position des fémurs peut faire gagner jusqu'à 2cm au diamètre bi-épineux [31]. En 2001, l'auteur N. Goury [30] a étudié par scanner et IRM les mesures des bassins en décubitus dorsal et ventral. Elle observe, lors du passage de la rotation externe à la rotation interne des fémurs, un gain de 6 millimètres pour le diamètre bi-épineux et de 4,5 millimètres pour le diamètre bi-ischiatique. Ainsi, par la mobilisation maternelle, il serait possible d'agir sur l'agrandissement des diamètres [32,33], d'agir sur la concordance des axes d'engagement [34,35], de faciliter la descente [36], d'aider à la rotation vers l'avant des présentations postérieures (essai randomisé multicentrique EVADELA) [37] et de corriger le positionnement du fœtus en favorisant sa flexion et sa rotation [38].

Depuis plusieurs années, des travaux ont été publiés sur la déambulation et les positions verticales. Une majorité d'auteurs tendent à plébisciter la liberté de mouvement qui fut pendant longtemps délaissée au profit de la position allongée. Les médecins C. Racinet [39] et B. De Gasquet [40] ont relancé chez les professionnels l'intérêt pour la mobilisation au cours du travail et les variations posturales. Les installations dans les salles de naissance sont aujourd'hui plus propices à la déambulation et peu à peu la pratique de la mobilité s'est répandue. Le retour à un accouchement moins médicalisé a remis en cause la position en décubitus dorsal, obligeant les équipes de salle de naissance à modifier leurs pratiques. Et bien que le décubitus dorsal ne soit pas formellement déconseillé, aucune preuve scientifique n'a montré un avantage associé à cette position pour la femme et le fœtus. La mobilisation de la parturiente s'avère donc être une assistance favorable voire nécessaire à la progression du travail.

L'intervention des sages-femmes par le biais des positions maternelles et d'un savoir-faire postural représente un outil important afin d'améliorer la prise en charge des femmes en

travail. Les positions nécessitent souvent peu de moyens, ce qui pourrait favoriser leur pratique et donner une possibilité de mouvement aux parturientes. Cependant, il semblerait exister des différences dans l'utilisation de cette mobilisation entre les professionnels. Il semblerait également qu'elle reste encore très peu exploitée par les équipes de sages-femmes. Il était donc intéressant d'étudier la pratique actuelle des sages-femmes ainsi que d'essayer de comprendre les freins éventuels concernant l'utilisation des variations posturales. Une étude, au niveau local, a été menée dans ce sens pour répondre à ces questions.

# 1. MATÉRIEL ET MÉTHODES

## 1.1. Les hypothèses

Les hypothèses de ce travail étaient les suivantes :

- Il existe des disparités de formation des sages-femmes concernant les postures facilitant le travail.
- L'expérience professionnelle des sages-femmes peut expliquer ces disparités.
- Les sages-femmes ne sont pas toutes convaincues de l'efficacité de la mobilité.
- Le lieu d'exercice influence les pratiques : la charge de travail, les infrastructures, accès difficile à la formation.

## 1.2. Les objectifs

L'objectif principal de cette étude était de décrire les pratiques des sages-femmes hospitalières à la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRU), concernant l'utilisation de la mobilisation posturale lors de la phase active du travail.

Les objectifs secondaires de notre étude consistaient à :

- Faire un état des lieux des formations, en lien avec les postures, réalisées par les sages-femmes.
- Mettre en évidence les facteurs influençant la mise en place de cette pratique : l'expérience professionnelle, le degré de satisfaction, la formation, les infrastructures...
- De proposer des solutions pour pallier à ces limites et entrevoir des axes de progression.

### **1.3. Type d'étude**

Il s'agissait d'une enquête de pratiques, réalisée auprès des sages-femmes de la maternité du CHRU de Nancy, exerçant au sein du service de salle de naissances. Cette maternité est un centre de type III qui effectue plus de 3000 accouchements par an. Il s'agissait d'une enquête déclarative, transversale dans laquelle les sages-femmes ont été interrogées individuellement au moyen d'un guide d'entretien (Annexe 1), lors d'entretiens directifs d'une durée moyenne de 10 minutes, sur une période de deux mois.

### **1.4. Guide d'entretien**

Ce guide d'entretien a été réalisé avec soin, afin d'être adapté à la réalité du terrain et de pouvoir répondre à l'objectif de notre enquête. Il comportait quatre parties avec des questions fermées ainsi que quelques questions ouvertes.

- La première visait à définir et décrire la population de l'étude.
- La deuxième visait à établir leur niveau de formation et de situer leurs connaissances générales concernant les postures.
- La troisième visait à mettre en évidence leur pratique individuelle et leur point de vue personnel.
- La dernière portait sur le lieu d'exercice et son fonctionnement : matériel à disposition, adaptabilité des locaux.

Au total, 15 questions composaient ce guide.

### **1.5. Population d'étude**

Les entretiens ont été réalisés auprès des sages-femmes exerçant dans le service de salle de naissance de la maternité du CHRU de Nancy, durant la période de l'étude (1<sup>er</sup> janvier au 29 février 2016). Le nombre de sages-femmes travaillant en salle de naissance était de 24, toutes ont répondu.

#### **1.5.1. Critères d'inclusion**



Les sages-femmes incluses dans l'étude, devaient avoir une activité clinique hospitalière en salle de naissance au moment où l'enquête a été réalisée.

### **1.5.2. Critères de non inclusion**

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Sages-femmes cadres.
- Sages-femmes n'étant pas présente physiquement au moment de l'enquête (congé maladie/maternité...).

## **1.6. Modalités de réalisation de l'étude**

L'accord des sages-femmes cadres avait été obtenu au préalable quant à la réalisation des entretiens au sein du service de salle de naissance. Après avoir recensé l'ensemble des sages-femmes travaillant dans le service au moment de l'enquête, les entretiens ont par la suite été effectués selon leur disponibilité.

## **1.7. Analyse des données**

L'analyse des données a été effectuée dans le respect de l'anonymat.

La saisie ainsi que l'analyse des données quantitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel 2011. Les données qualitatives ont été présentées selon les étapes suivantes : Une lecture de l'ensemble des transcriptions des entretiens et la classification des discours en famille de réponses en fonction de la problématique abordée.

## 2. RESULTATS

### 2.1. Description de la population étudiée

#### 2.1.1. Genre

Au total 24 sages-femmes ont été interrogées, 22 femmes et 2 hommes.

#### 2.1.2. Année d'obtention du diplôme d'Etat

Les sages-femmes ont été réparties en fonction des différentes réformes du programme des études de formation des sages-femmes.

Les différents programmes d'études sont les suivants :

- < 1985 : 3 ans de formation
- 1985 – 2000 : 4 ans de formation et un mémoire de fin d'étude
- 2001 – 2008 : Première année du premier cycle des études médicales (PCEM1)
- 2009 – 2010 : Première année commune aux études de santé (PACES)
- $\geq$  2011 : Réforme licence master doctorat (LMD)

Tableau 1 : Répartition des sages-femmes de notre étude, en fonction de l'année d'obtention du diplôme d'Etat

Effectif de sages-femmes (n=24)	
Année d'obtention du DE*	
< 1985	1
1985-2000	11
2001-2008	5
2009-2010	4
$\geq$ 2011	3

\* Diplôme d'état

### **2.1.3. Expérience professionnelle**

La majorité des sages-femmes avaient une belle expérience professionnelle. Dix sept d'entre elles exerçaient la profession depuis plus de 10 ans, dont 15 entre 10 et 29 ans et 2 supérieur ou égal à 30 ans.

Concernant l'expérience en salle de naissances, 16 sages-femmes sur 24 avaient plus de 10 ans d'années exercées dans le service.

## **2.2. Formation reçue et type de formation**

Concernant la formation des sages-femmes sur l'intérêt de mobiliser les parturientes pendant le travail, 15 sages-femmes parmi les 24 interrogées avaient répondu avoir été formées à la pratique : 14 en formation continue et 1 lors de sa formation initiale.

Parmi ces 15 sages-femmes formées,

- Les 14 qui avaient bénéficié d'une formation sur la mobilité au cours de leur carrière (formation professionnelle continue), avaient participé à la formation dispensée par B. De Gasquet en 2001 et/ou 2009.
- La sage-femme qui avait déclaré avoir bénéficié d'une formation sur ces pratiques au cours de ses études (formation initiale), était diplômée depuis moins de 5 ans.

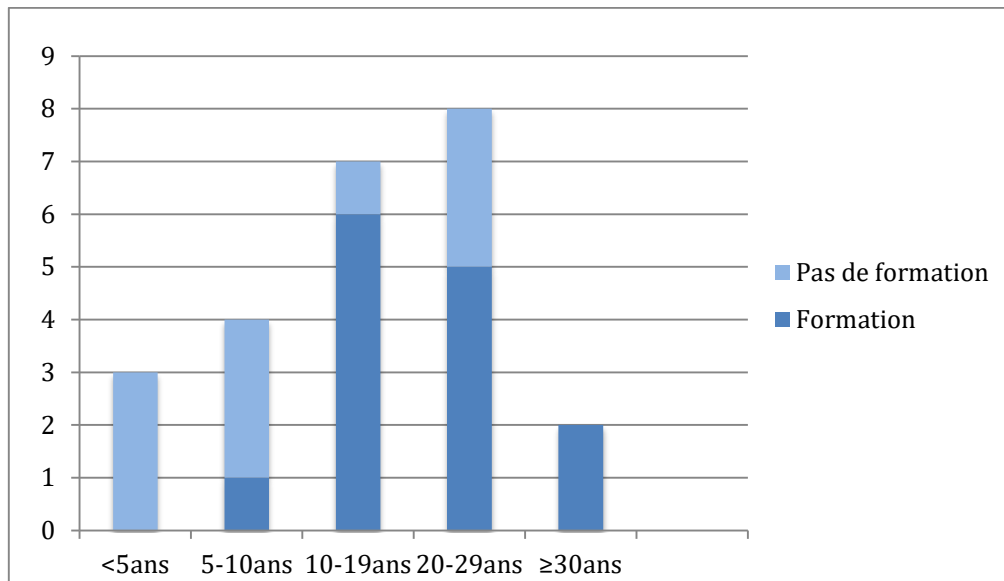
Les 9 sages-femmes non formées expliquaient qu'elles avaient néanmoins pu être sensibilisées à la pratique par les collègues déjà formées.

Sept sur 9 d'entre elles déclaraient trouver un avantage à mobiliser les femmes pendant le travail et encourageaient tout de même cette pratique.

Les deux autres ni trouvaient pas d'avantage pour l'avancée du travail.

- Disparité en fonction de l'expérience professionnelle des sages-femmes

Le graphique suivant montre le nombre de sages-femmes sensibilisées à l'intérêt de la mobilisation au moins une fois au cours de leur carrière en fonction de leur expérience professionnelle.



Graphique 1 : Formation des sages-femmes au cours de leur carrière en fonction de leur expérience professionnelle (n=24)

## 2.3. Ressenti des sages-femmes

### 2.3.1. Avis des sages-femmes sur leur formation aux postures

Parmi les 14 sages-femmes ayant bénéficié d'une formation complémentaire pendant leur exercice professionnel, toutes ont déclaré que l'enseignement reçu sur la mobilité des parturientes était utile pendant le travail. Une sage-femme a cependant complété sa réponse en expliquant que ces outils pouvaient parfois être difficilement applicables en pratique.

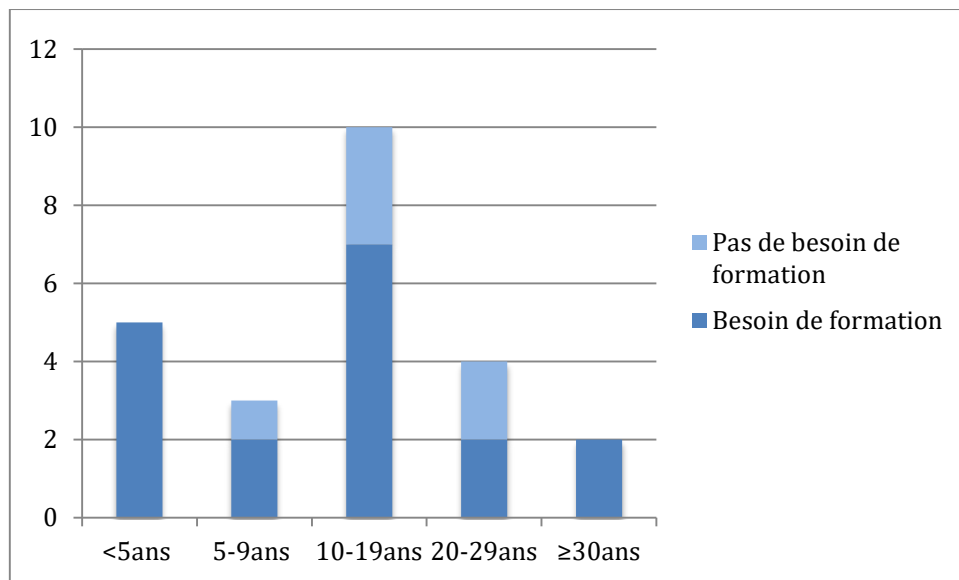
### 2.3.2. Avis des sages-femmes sur une formation complémentaire

À la question posée aux sages-femmes sur leurs avis à participer à des formations sur les postures, parmi les 24 sages-femmes interrogées,  $\frac{3}{4}$  d'entre elles seraient demandeuses d'un rappel régulier.

Parmi les 9 sages-femmes n'ayant pas été sensibilisées :

- 6 désiraient l'être.
- 2 sages-femmes ne souhaitaient pas l'être, n'y trouvant pas d'avantage pour l'avancée du travail (engagement, descente).
- 1 estimait avoir les connaissances suffisantes pour sa pratique quotidienne.

Dans le graphique suivant, les données expérience professionnelle en salle de naissance et besoins de formation ont été croisées.



Graphique 2 : Nombre de sages-femmes en demande de formation en fonction de l'expérience en salle de naissance (n=24)

### 2.3.3. Avis des sages-femmes sur l'utilité de la mobilité au cours du travail

Il était intéressant de savoir si les sages-femmes trouvaient un intérêt à mobiliser les femmes. Les résultats montrent que sur les 24 sages-femmes interrogées, 22 d'entre elles y trouvaient un bénéfice pour les parturientes au cours de l'accouchement et considéraient que la mobilité maternelle pendant le travail favorisait l'eutocie. Il ne semble pas que l'expérience professionnelle en salle de naissance ou leur expérience globale influençait cette tendance.

Les deux sages-femmes qui ont répondu ne pas trouver d'avantages à la mobilisation des patientes n'avaient pas reçu de formation spécifique.

- Une expliquait mettre tout de même en pratique certaines postures, tant que cela ne gênait pas le suivi du travail de ses patientes.
- Une répondait ne pas encourager les femmes à se mobiliser dans sa pratique quotidienne.

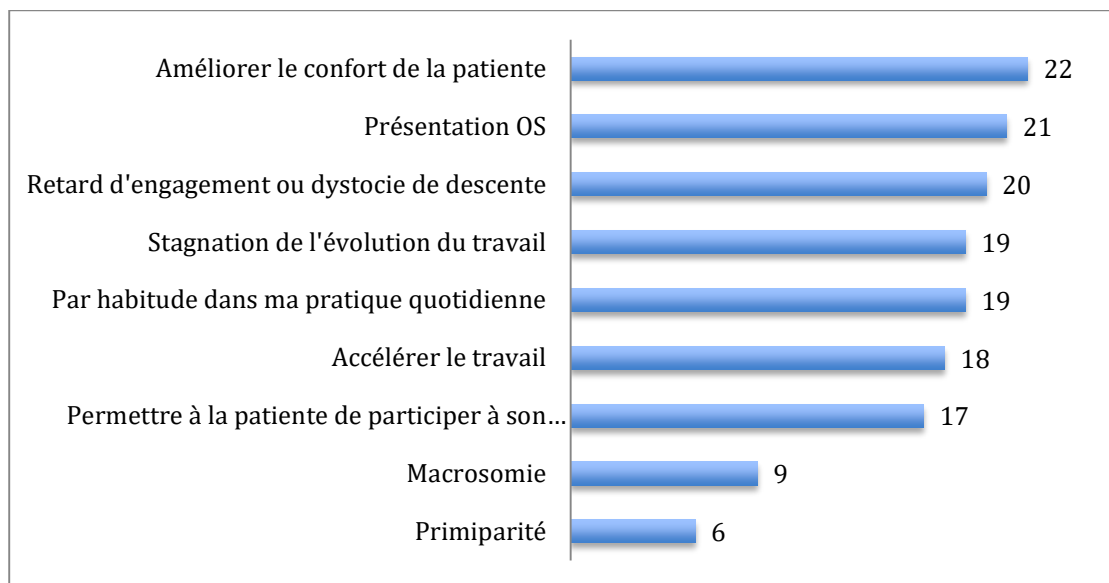
## 2.4. Utilisation des postures en pratique courante

### 2.4.1. Indication des postures au cours du travail selon les sages-femmes

Sur les 24 sages-femmes interrogées, 23 déclaraient encourager et utiliser la mobilité au cours du travail dans leur pratique quotidienne. Il ne semble pas exister de disparité entre les sages-femmes concernant l'emploi de cette pratique en fonction de leurs expériences professionnelles en salle de naissance ou leurs expériences globales.

Les 23 sages-femmes ont déclaré encourager systématiquement une mobilité adaptée aux parturientes et ce pour diverses raisons.

Le graphique suivant regroupe les différentes indications aux postures, plusieurs réponses pouvaient être données.

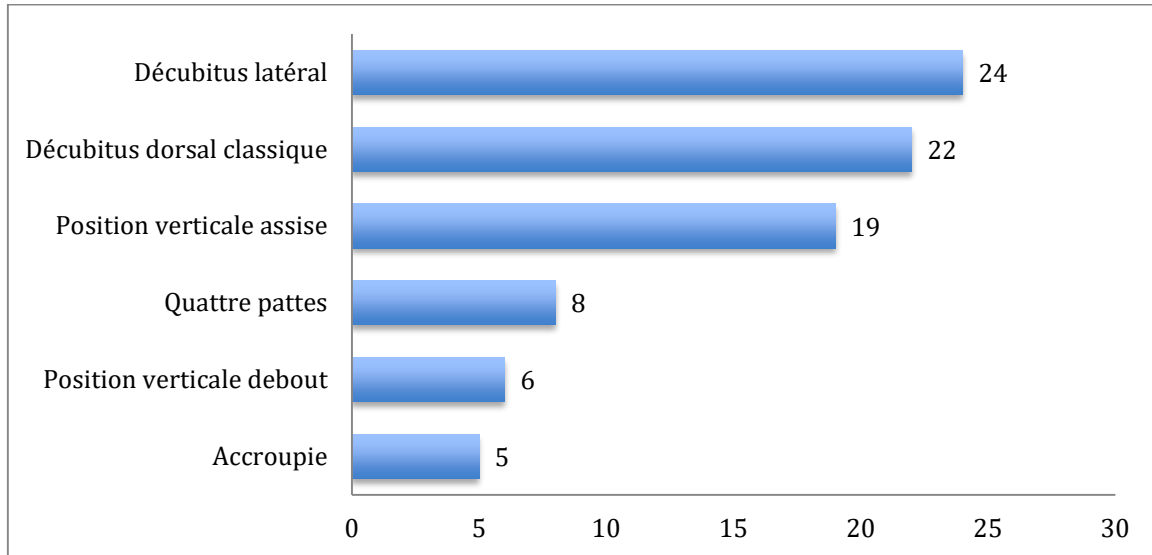


Graphique 3 : Indications de l'utilisation de la mobilité posturale chez les patientes au cours du travail

Une question ouverte permettait aux sages-femmes interrogées de donner une autre réponse que celles proposées. La réponse la plus fréquemment citée était « l'altération du rythme cardiaque fœtal », par 9 sages-femmes sur 24.

### 2.4.2. Positions proposées/employées par les sages-femmes

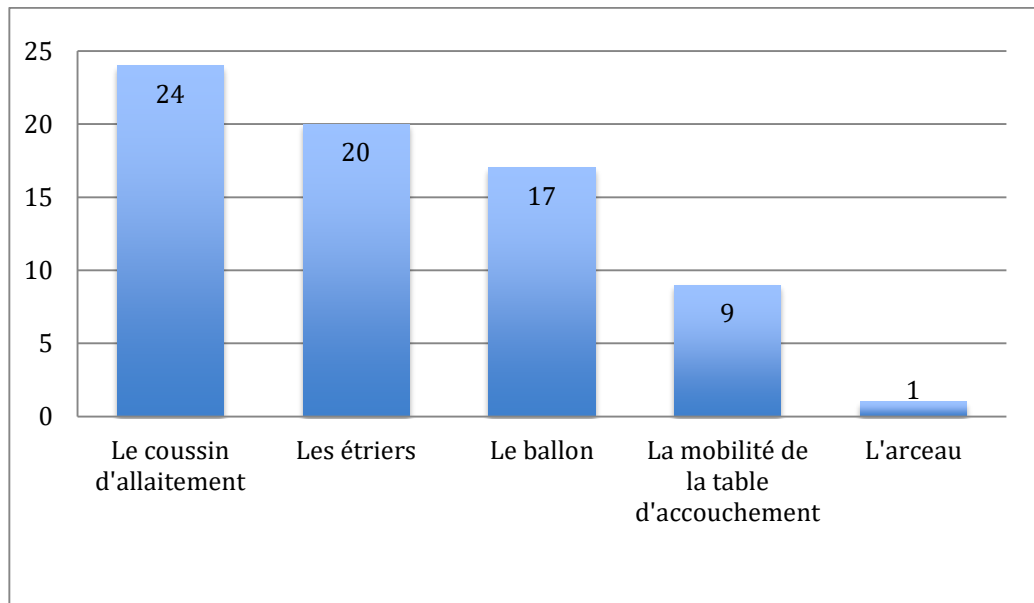
Concernant l'utilisation des positions, le graphique suivant montre les différentes postures employées par les sages-femmes ainsi que leur fréquence d'utilisation.



*Graphique 4 : Type de postures et fréquence d'utilisation*

### 2.4.3. Infrastructures et équipements

Concernant l'aménagement des salles de naissance, les éléments dont disposaient les sages-femmes pour mobiliser les femmes sont : les étriers, l'arceau, le coussin d'allaitement, la mobilité de la table d'accouchement, le ballon. Le graphique suivant montre le nombre de sages-femmes ayant répondu utiliser les différents moyens matériels à disposition en salle de naissance.



Graphique 5 : Utilisation des moyens matériels à disposition en salle de naissance (n=24)

Toutes les sages-femmes utilisaient le coussin d'allaitement afin d'installer leurs patientes. Puis le ballon et les étriers étaient les équipements les plus employés ensuite. L'arceau et la mobilité de la table d'accouchement restaient rarement utilisés.

#### 2.4.4. Environnement et position

A la question concernant les possibilités liées à l'environnement pour mobiliser les femmes, 18 sages-femmes estimaient que leur environnement leur semblait favorable à la pratique. Malgré cela, à la question « Que souhaiteriez-vous améliorer à votre environnement ? », les réponses étaient d'intérêt pour aménager le service par du matériel supplémentaire et plus adapté (tables d'accouchement plus ergonomiques, suspensions, salle nature).

### 2.5. Freins à la mobilisation des patientes

Un des objectifs de mon étude était d'identifier les facteurs influençant la mise en place de la mobilité des parturientes afin de déterminer ce qui pourrait être amélioré pour faciliter cette pratique.



Tableau 2 : Les difficultés rencontrées par les sages-femmes à la mobilité

	Contraintes éventuelles	
	Oui n=24	Non n=24
Manque de conviction	3	21
Contraignant pour le suivi du travail	14	10
Manque de connaissance sur les postures	5	19
Patiente sous APD	14	10
Manque d'habitude	6	18
Manque de temps, charge de travail importante	17	7
Environnement inadapté	7	17

Les résultats montraient plusieurs difficultés qui pouvaient diminuer le recours à la mobilité. L'activité trop importante du service ainsi que le manque de temps étaient les raisons les plus citées. Les contraintes du suivi du travail (enregistrement du rythme cardiaque fœtal, tensiomètre) ainsi que l'anesthésie péridurale (APD) étaient les raisons les plus citées ensuite. Enfin, l'environnement n'était toujours pas suffisamment adapté.

## **3. DISCUSSION**

### **3.1. Analyse des résultats**

Pour résumer, la majorité des sages-femmes ont été formées à la pratique et utilisent, pour diverses raisons, la mobilité posturale des parturientes en cours de travail.

#### **3.1.1. La pratique des sages-femmes**

Les résultats de l'étude attestaient que les sages-femmes accordent une grande importance à la mobilité des femmes. En effet, la quasi-totalité des sages-femmes interrogées, 23 sur 24, encourageaient les femmes à se mobiliser au cours du travail. Les sages-femmes utilisaient la mobilité, qu'elles aient ou non été sensibilisées. De plus, les résultats de l'étude ne montraient pas de disparités des pratiques en fonction de leurs expériences en salle de naissance.

Elles disaient utiliser la mobilité non seulement pour le confort des parturientes, mais également pour favoriser la mécanique et la dynamique obstétricales, en cas de défaut d'engagement ou de dystocie au cours du travail.

Les sages-femmes étaient réticentes à la verticalisation des patientes (en appui sur leurs jambes), afin de les faire déambuler ou de les mettre à quatre pattes et accroupie. Mais les résultats montraient qu'elles n'hésitaient cependant pas à leur proposer des changements réguliers de positions : position verticale assise et hyper-flexion asymétrique des cuisses en décubitus latéral provoquant nutation ou contre-nutation. Les autres postures étaient rarement employées par les sages-femmes pour plusieurs raisons :

- Difficulté de les obtenir sous analgésie.
- Difficulté d'enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal (RCF).
- Contraintes liées à l'environnement et manque de moyens permettant de contourner les éventuels inconvénients.

Elles employaient ces postures en utilisant principalement un coussin d'allaitement ou des étriers pour soutenir ces positions et permettre une mobilisation variée des femmes tout en assurant leur confort. Les autres accessoires disponibles en salle de naissance restaient plus rarement utilisés (arceau, mobilité de la table d'accouchement, ballon).

Les résultats montraient, que presque toutes les sages-femmes, considéraient que la mobilité maternelle optimisait l'avancée du travail en réduisant les éventuelles dystocies et qu'elle minorait les effets délétères de l'alitement prolongé pour la mère et le fœtus. Les sages-femmes étaient donc convaincues des bienfaits apportés, il paraissait alors logique qu'elles proposent ce type d'accompagnement aux patientes dans leur pratique quotidienne. Cet accompagnement demandait du temps et de la disponibilité, les résultats mettaient donc en évidence la motivation des sages-femmes quant à cette pratique.

Ce constat me permet d'infirmer l'hypothèse de travail et d'affirmer que les sages-femmes croient aux bénéfices de la mobilité posturale.

### **3.1.2. La formation des sages-femmes**

#### **➤ *Au cours de la formation initiale***

Les résultats de l'enquête nous permettaient de constater que le nombre de sages-femmes ayant reçu une formation au cours de leurs études restait faible et concernait les plus jeunes. La pratique se généralise depuis peu et la formation théorique spécifique à la mobilisation reste encore optionnelle. Ainsi, le nombre de sages-femmes ayant reçu une formation pendant leurs études augmente avec les nouvelles diplômées.

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

Depuis quelques années, les formations sur la mobilité se sont beaucoup développées. Elles s'intègrent dans le cadre de la formation continue des sages-femmes. Rappelons que la formation continue fait partie des obligations déontologiques de la profession. Les résultats montraient qu'un peu plus de la moitié des sages-femmes interrogées avaient participé à une formation au cours de leur carrière. De plus, nous pouvons constater qu'il existait des disparités en fonction de l'expérience. En effet, plus l'expérience des sages-femmes était élevée, plus le nombre de sages-femmes formées au cours de leur carrière augmentait. Ce constat était bien sûr évident, plus les sages-femmes avaient de l'ancienneté, plus elles avaient eu l'opportunité de participer à des formations dans leurs carrières. À noter qu'aucune d'entre elles n'avaient participé à une formation à la maternité depuis celle de B De Gasquet en 2009.

Malgré cela, elles semblaient tout de même être toujours aussi motivées, quelque soit leur expérience.

### ➤ **Formation par les pairs**

Certaines sages-femmes n'ayant pas eu de formation spécifique avaient tout de même eu l'opportunité de s'enrichir de l'expérience des collègues formées spécifiquement à l'emploi des postures. Ce partage d'expérience s'avère être une bonne alternative d'apprentissage.

Ces constats permettaient donc de faire un état des lieux des formations réalisées par les sages-femmes et de valider l'hypothèse ; il existe bien des disparités de formation des sages-femmes concernant les postures facilitant le travail.

### **3.1.3. Avis sur une formation complémentaire**

Quinze sages-femmes interrogées sur 24 avaient reçu une formation spécifique sur les postures de travail, lors de leur formation initiale ou de leur formation professionnelle continue. Mais globalement, presque toutes les sages-femmes interrogées avaient eu l'occasion d'avoir une information sur le sujet si on inclut les sages-femmes sensibilisées par l'intermédiaire des collègues. Malgré cela, 18 d'entre elles exprimaient le besoin de participer à des formations complémentaires dans le but d'approfondir leurs connaissances sur le sujet. De plus, les sages-femmes n'ayant pas eu l'occasion de participer à des formations souhaitaient, pour la grande majorité, y participer. Les résultats recueillis montraient que le nombre de sages-femmes en demande de formation était plus élevé chez les jeunes diplômées et les sages-femmes ayant plus d'expérience afin de consolider et de remettre à jour de façon permanente leurs connaissances. Ces constats permettaient de mettre en évidence la motivation des équipes de sages-femmes à participer à des éventuelles formations futures.

### **3.1.4. Les freins à la pratique**

L'utilisation de la mobilité maternelle implique non seulement la motivation de l'équipe obstétricale dans son ensemble, mais aussi un équipement adéquat, afin d'offrir aux parturientes toutes les possibilités d'accompagnement.

Dans cette étude, un des objectifs secondaires, était de mettre en évidence les facteurs influençant la mise en place de cette pratique et de proposer des solutions, pour pallier à ces limites et entrevoir des axes de progression.

#### ➤ ***Le temps et la charge de travail***

Les sages-femmes encourageaient les femmes à se mobiliser, mais elles estimaient ne pas le faire suffisamment à cause d'une charge de travail trop importante. Il est certain que mobiliser les femmes tout au long du travail demandait du temps et de la disponibilité, qu'elles n'arrivaient pas toujours à trouver. En effet, il n'est pas toujours facile d'assurer un accompagnement de qualité, qui soit permanent et individuel, pour chacune des parturientes. Ce constat montrait que la charge de travail et le manque de temps représentaient une difficulté supplémentaire aux sages-femmes, mais sans freiner complètement leur pratique.

#### ➤ ***L'analgésie péridurale***

Il est important qu'une patiente soulagée de la douleur de ces contractions, puisse bénéficier de ce type d'accompagnement. Cependant, plus de la moitié des sages-femmes (14), estimaient que l'anesthésie péridurale posait une réelle difficulté à mobiliser les femmes. Les sages-femmes expliquaient que les patientes étaient demandeuses de la péridurale, mais qu'une fois soulagées, elles se mobilisaient plus difficilement. Comme le montrait Elise Aimé dans son mémoire en 2014 [27], il serait possible d'utiliser des produits antalgiques avec des concentrations et volumes qui permettraient aux femmes qui le souhaitent, de se verticaliser et de se mobiliser en dehors de leur lit. Mais actuellement, aucune réflexion n'est menée dans ce sens au sein de l'établissement. Il n'existe pas de demande spécifique de la part des patientes comme de la part des professionnels, qui expliquaient ne pas être suffisamment en confiance pour proposer cet accompagnement et craignaient de ne plus garantir une sécurité materno-fœtale équivalente.

#### ➤ ***Surveillance maternelle et fœtale***

L'augmentation de la médicalisation autour de l'accouchement (moyens de surveillance maternelle et fœtale, produits médicamenteux), posait un problème à la mobilisation des femmes. La plupart des sages-femmes étaient plutôt satisfaites et estimaient disposer d'un environnement matériel important, mais pas encore suffisant pour garantir une surveillance optimale des femmes qui se mobilisaient. Il est donc probable que les sages-

femmes ne disposaient pas d'éléments leur permettant de contourner les inconvénients liés à la surveillance maternelle et foetale. Le matériel n'était pas forcément adapté à la réalisation des différentes positions, ce qui imposait une organisation différente. À noter qu'un frein à cette pratique était la peur de ne pas obtenir un enregistrement cardio-tocographique en continu.

### ➤ **Les infrastructures**

Les locaux semblaient adaptés, une grande majorité affirmaient que leur environnement était déjà plutôt favorable. En effet, des efforts avaient été faits dans cette amélioration. Pour autant, elles étaient nombreuses à demander un équipement encore plus adapté ainsi que la création d'un espace physiologique afin de tendre vers encore plus de possibilités.

Nous constatons que les résultats sont contradictoires et l'environnement de naissance ne semble pas à lui seul impacter sur l'utilisation des positions.

Ces constats ne me permettent pas de valider mon hypothèse de travail ; le lieu d'exercice n'influence pas les pratiques concernant la mobilisation des patientes.

## **3.2. Les points forts de l'étude**

La mobilité posturale représente un sujet d'actualité qui connaît un engouement grandissant ces dernières années, avec la volonté de revenir vers un accompagnement à l'accouchement moins médicalisé et des naissances dites plus « naturelles ». C'est pourquoi des espaces physiologiques, où la mobilité des patientes est favorisée, se créent de plus en plus dans nos maternités françaises. L'étude de cette pratique et des difficultés à sa mise en place semble donc importante afin de répondre au mieux à cette nouvelle demande.

Les entretiens menés auprès des sages-femmes ont présentés certains avantages. Ils ont permis une participation de l'ensemble des sages-femmes concernées par l'étude. Ils ont permis de limiter les biais d'interprétation en évitant des erreurs de compréhension des questions, et de ce fait, il n'a pas été besoin de tester au préalable notre guide d'entretien. Et ils ont également permis d'approfondir le sujet avec les sages-femmes et d'exploiter au mieux les réponses obtenues.

Cette étude a permis de faire un état des lieux des pratiques des sages-femmes et de définir les besoins et les difficultés au niveau local. Les déterminants les plus pertinents étant connus, cela nous a permis d'entrevoir, des axes d'améliorations adaptés à cet établissement.

Enfin, par le simple fait d'aborder ce sujet, les sages-femmes ont été à nouveau sensibilisées à l'intérêt des positions. Cela a pu donner l'envie à certaines d'entre elles de mettre à jour leurs connaissances en impulsant une nouvelle vague de besoin de formation.

### **3.3. Les limites de l'étude**

Il s'agissait d'une étude monocentrique, uniquement réalisée à la maternité du CHRU de Nancy.

On peut donc lui reprocher le manque d'effectif, responsable d'un manque de puissance et d'un niveau de preuve qui reste faible pour cette étude.

On peut également lui reprocher de se baser sur un échantillon uniquement représentatif de l'effectif au moment de l'étude. Un biais de représentativité ne permettait pas de légitimer les résultats obtenus à d'autres équipes et d'autres maternités. Il aurait donc été intéressant de mener cette étude dans d'autres établissements, de types différents.

Un biais de réponse était possible sur le côté déclaratif de l'enquête. Un professionnel peut avoir tendance à répondre positivement et de façon exagérée pour décrire sa propre pratique. Il pouvait exister un écart entre les réponses des sages-femmes et la réalité des pratiques. Il aurait donc été intéressant de confronter ces résultats aux données retrouvées dans les dossiers. Cependant, toutes les positions ne sont pas systématiquement notées dans les dossiers.

### **3.4. Perspectives**

Les résultats de l'étude ont permis de montrer que la mise en pratique de la mobilité posturale au cours du suivi du travail dépendait de nombreux facteurs : environnement adapté, équipement adéquat, motivation de l'équipe obstétricale... Les résultats montrent qu'il existe bien des freins à la pratique des sages-femmes en salle de naissances. Ces freins doivent être connus et pris en considération par les professionnels de santé afin de pouvoir proposer des actions, dans le but de faire évoluer la pratique.

Concernant la formation continue, les résultats montraient que la majorité des sages-femmes avaient été formées. Quant aux autres, elles souhaitaient pour la plupart avoir la possibilité de participer à des formations professionnelles sur les postures de travail. Il serait alors possible d'organiser des séances de formation par les pairs, une solution qui permettrait de pallier à des éventuelles difficultés budgétaires.

Concernant la formation initiale, à l'heure actuelle, la formation spécifique à cette pratique est optionnelle, il serait donc intéressant que l'apprentissage de cet accompagnement fasse partie de programme d'enseignement obligatoire des écoles de sages-femmes. Cela permettrait à tous les étudiants sages-femmes d'être formés.

Des aménagements pourraient être de plus proposés et discutés afin de continuer à améliorer les locaux pour proposer de plus en plus de possibilités aux patientes. Cela pourrait optimiser les pratiques et donc permettre de proposer aux femmes une alternative à un accouchement classique. Une réflexion pourrait se porter autour du matériel de suspension dans les salles de naissance ainsi que des tables qui pourraient être plus ergonomiques.

Une réflexion autour de l'APD déambulatoire pourrait être suggérée à l'équipe obstétricale et à l'ensemble des anesthésistes de l'établissement. Il serait alors important que les anesthésistes rassurent les sages-femmes, afin qu'elles soient plus à l'aise avec cet accompagnement un peu moins standardisé. Il faudrait également leur garantir d'évaluer régulièrement le bloc sensitivo-moteur, ainsi que d'obtenir un enregistrement du RCF en continu par un monitoring portatif.

Pour finir, il serait également possible d'informer les femmes en amont et de les sensibiliser à l'intérêt de se mobiliser pendant le travail, en séance de préparation à la naissance. Ceci pourrait présenter un double avantage : d'une part, les femmes sensibilisées de cette manière adopteraient d'elles mêmes diverses positions dans lesquelles elles se sentent le mieux et seraient réceptives à l'utilisation d'accessoires. D'autre part, cela permettrait aux sages-femmes de faciliter le positionnement des patientes.



# CONCLUSION

De nos jours, les parturientes au cours du travail adoptent spontanément une position allongée dans un lit. Elles se verticalisent ou déambulent rarement en comparaison avec les femmes du passé. Or, de nombreuses études ont été réalisées pour montrer l'intérêt de la mobilité maternelle sur la douleur, le bien être fœtal, ainsi que dans le but de préserver l'eutocie en favorisant la mécanique de l'accouchement.

Pour autant, il semblerait que certaines sages-femmes ne mobilisent pas leurs patientes au cours du travail. Une étude a été menée à la maternité du CHRU de Nancy et les résultats ont montré qu'il était possible de proposer ce type d'accompagnement aux couples, l'environnement offrant suffisamment de possibilités à la pratique.

D'après notre enquête, la quasi totalité des sages-femmes voyaient les nombreux bénéfices apportés, en particulier sur la mécanique et la dynamique obstétricale. C'est pourquoi les équipes présentaient une réelle motivation et accordaient beaucoup d'importance à la mobilité des femmes. Elles n'hésitaient d'ailleurs pas à leur faire adopter différentes postures dans leur lit, les principales raisons évoquées visaient à améliorer le confort des femmes en travail et à accélérer le travail.

Cependant, la plupart évitaient encore d'employer des postures qui demandaient d'utiliser la force motrice de leurs jambes. Parmi les difficultés à cette mise en œuvre, nous pouvons mettre en évidence le manque de temps ainsi qu'un manque de matériels nécessaires à la surveillance maternelle et fœtale.

Préparer les femmes et sages-femmes par le biais de formations et de la communication au sein des équipes serait capitale.

Enfin, ce travail très local, montrait l'intérêt de réaliser cette étude à plus grande échelle, ainsi que d'y comparer la pratique dans des maternités de types différents avec des moyens différents. Ceci permettrait d'obtenir des résultats plus généralisables et plus représentatifs de l'accompagnement à la mobilité proposé actuellement par les sages-femmes pendant le travail.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées. 7<sup>e</sup> éd. Paris ; 1668 : p : 237-44.
- [2] Wagner Mardsen. Fish can't see water : the need to humanize birth. J Gynecol Obstet. 2001 ; 75 : p : 25-37.
- [3] Susanne C, Rebato E, Chiarelli B. Anthropologie biologique : évolution et biologie humaine. La Fondation Universitaire de Belgique : De Boeck & Lancier ; 2003. Chapitre 25. p : 304-6, 769p.
- [4] Comité éditorial de l'Université Virtuelle Médicale Francophone (l'UVMaF). Dystocie mécanique [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone ; 2014 : p : 4-19. Disponible sur : [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/dystocie\\_mecanique/site/html/1.html](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/dystocie_mecanique/site/html/1.html)
- [5] Pr Berrada. Les accouchements dystociques. Gynécologie, p. 249-255.
- [6] Garagiola DM, Tarver RD, Gibson L, Rogers RE, Wass JL. Anatomic changes in the pelvis after uncomplicated vaginal delivery : a CT study on 14 women. AJR Am J Roentgenol. 1989 ;153 : p :1239-41.
- [7] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle Médicale Francophone (l'UVMaF). Modifications physiologiques de la grossesse [Internet]. Université Médicale Virtuelle Francophone ; 2011 : p : 32. Disponible sur : <http://www.fmpusmba.ac.ma/umvf/UMVfmiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-modifphysio.pdf>
- [8] S Bickley L, G Szilagyi P. Guide de l'examen clinique. 11<sup>e</sup> éd. Montrouge : Arnette ; 2014.
- [9] H Netter F, MD. Atlas de d'anatomie humaine. 6<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2015.
- [10] Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchements normal ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 ; 43 : p : 413-423. =>4
- [11] Jacquin D. Il était une fois... Le bassin en ostéopathie obstétricale. Les Dossier de l'Obstétrique. 2008 ; 373 : p : 4-11.
- [12] L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les soins liés à l'accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique ; 1997 WHO/FRH/MSM/96.24.

- [13] Lamaze International. Position paper : Promoting, Supporting, and Protecting Normal Birth. *J Perinat Educ.* 2007 ; 16(3) : p : 11-15.
- [14] Lepleux F, Hue B, Dugué A.E, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2014 ; 43(7) : p : 504-13. =>3
- [15] Carlson JM, Diehl JA, Sachtleben-Murray M, McRae M, Fenwick L, Friedman EA. Maternal position during parturition in normal labor. *Obstet Gynecol* ; 1986 ; 68 : p :443-7.
- [16] Downe S, Gerett D, Renfrew MJ. A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labor on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery* 2004 ; 20 : p :157-68.
- [17] Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position for women during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD002006.
- [18] Racinet C, Eymery P, Philibert L, Lucas C. L'accouchement en position accroupie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* Paris ; 1999 ; 28(3) : p : 263.
- [19] Lucas C, Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Dans : CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique - Tome XXII. Vigot ; Paris ; 1998.
- [20] Carbonne B, Benachi A, Leveque ML, Cabrol D, Papiernik E. Maternal position during labor : effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. *Gynecol Obstet.* 1999; 88: p: 797-800.
- [21] Schaal JP, Equy V, Hoffmann P. Postures au cours du travail (sans expulsion). Dans : CNGOF, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique - Tome XXXII. Vigot ; Paris ; 2008.
- [22] Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2e stade du travail : revues des méta-analyses. 28<sup>e</sup> Journées Nationales de Médecine Périnatale. Paris : Arnette ; 1998.
- [23] Miquelutti MA, Guilherme Cecatti J, Morais SS, Makuch MY. The vertical position during labor: pain and satisfaction. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2009 ; 9(4) : p : 1-8.
- [24] Melzack R, Belanger E, Lacroix R. Labor pain : effect of maternal position on front and back pain. *J Pain Symptom Manage.* 1991 ; 6 : p : 476-80.

- [25] Regaya B. Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2010 ; 39(77) : p : 656-62.
- [26] Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. *La revue Sage-Femme.* 2004 ; 3(5) : p : 197-203.
- [27] Aimé E. Réflexion sur la mobilité des parturientes qui bénéficient d'une analgésie péridurale. [Mémoire]. [Nancy] : école de sage-femme de Nancy ; 2014 : p : 12, 47p.
- [28] Smith MA, Ruffin MT, Byrd JE. A critical review of labor and birth care. *Obstetric Interest Group of the North American Primary Care Research Group, J Fam Pract.* 1991 ; 33 : p : 281-292.
- [29] Malinas Y, Favier M. *Mécanique obstétricale.* Paris : Elsevier Masson ; 1979.
- [30] Goury N. La rotation des fémurs : incidence sur les détroits moyens et inférieurs du bassin. [Mémoire]. [Strasbourg] : Université Louis Pasteur ; 2001.
- [31] Ducloy-Bouthors AS, De Gasquet B, Davette M, Cuisse M. Postures maternelles pendant le travail : description et interférence avec l'analgésie péridurale. *Maternal postures and epidural analgesia during labour. Annales Française d'Anesthésie et de Réanimation.* Lyon ; 2006 ; 25 : p : 605-8.
- [32] De Gasquet B. *Bien-être et maternité.* 7<sup>e</sup> éd. Paris : Édition Implexe ; 2003.
- [33] Lucas C, Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Dans : *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique - Tome XXII.* Paris : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ; 1998.
- [34] Ognier H. Positions d'engagement : un facteur favorisant la physiologie. [Mémoire]. [Metz] : École de sage-femme de Metz ; 2003. 58p.
- [35] Rosa P. Diagnostic radiologique et clinique de la dystocie d'inclinaison: son traitement par la position d'hyperflexion. *Gynecol Obstet.* Paris ; 1948 ; 47 : p : 825-30.
- [36] Schaal JP. *Mécanique & Techniques Obstétricales.* 4<sup>e</sup> éd. Montpellier : Sauramps Medical ; 2012.
- [37] Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, Chantry A. Décubitus latéral asymétrique pour la rotation des têtes fœtales en variété postérieures : résultats de l'essai contrôlé randomisé EVADELA.
- [38] Lansac J, Descamps P, Oury JP. *Pratique de l'accouchement.* 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011.

[39] Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Dans : Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique – Tome XXXII. Paris : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ; 2008.

[40] De Gasquet B. Il faut encourager la mobilité des femmes. Profession Sage-femme. 2005 ; 117 : p : 40-1.

# ANNEXE

# ANNEXE I

## Questionnaire de l'étude : Mobilisation des parturientes en travail, état des lieux à la MRUN

1. Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

2. Quelle est l'année de l'obtention de votre diplôme ?

3. Depuis combien d'années exercez-vous dans un service de salle de naissance ?

- Moins de 5ans
- Entre 5 et 9ans
- Entre 10 et 19ans
- Entre 20 et 29ans
- Plus de 30ans

4. Avez-vous déjà participé à une formation sur les différentes postures de travail dans votre carrière ?

- Oui - Quelle formation ?  
- En quelle année ?
- Non

Si non, souhaiteriez-vous être formés ?

Si oui, souhaiteriez-vous remettre à jour vos connaissances par un rappel régulier de cette formation ?

5. Utilisez-vous une ou plusieurs de ces différentes postures pendant le suivi du travail de vos patientes ?

	OUI	NON
Le décubitus dorsal classique (pesanteur -)		
Le décubitus latéral (pesanteur -)		
- position de contre nutation du sacrum (Rotation ext des fémurs)		
- position de nutation du sacrum (Rotation int des fémurs)		
La position verticale (pesanteur+)		
- debout		

- assise		
La position accroupie (pesanteur +)		
Le quatre pattes (pesanteur --)		

6. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?

	OUI	NON
Accélérer le travail chez la plupart des patientes		
Améliorer le confort de la patiente		
Permettre à la patiente de participer à son accouchement		
Pour stagnation de l'évolution du travail		
Pour retard d'engagement ou dystocie de descente		
Présentation OS		
Primiparité		
Macrosomie		
Par habitude dans ma pratique quotidienne		

7. Si non, à quelles situations les réservez-vous ?

8. Quels sont les freins pour leur mise en pratique selon vous?

	OUI	NON
Manque de temps, charge de travail importante		
Patiente sous APD		
Environnement insuffisant		
Contraignant pour le suivi du travail (enregistrement RCF, appareillage)		
Je ne crois pas au bénéfice de la mobilité des parturientes		
Manque de connaissance sur les postures		
Ce n'est pas une habitude dans ma pratique quotidienne		

9. Si cela vous concerne, avant l'augmentation du taux d'APD et la surveillance plus médicalisée encouragez-vous plus facilement la mobilisation des patientes en travail ?

10. Selon vous, les contraintes de suivi du travail ou encore l'APD représentent un frein à l'utilisation de positions facilitant le travail ?



**11. En salle de naissance, utilisez-vous des éléments afin de favoriser la mobilité des femmes ?**

	OUI	NON
Le ballon		
Les étriers		
Le coussin d'allaitement		
L'arceau		
La mobilité de la table d'accouchement		

**12. D'une manière générale, trouvez-vous un avantage à mobiliser les femmes pendant le travail ?**

**13. Avez-vous changé d'avis et de façon de faire depuis l'obtention de votre diplôme ?**

**14. Votre environnement vous semble t-il favorable pour mobiliser les femmes ?**

- Oui
- Non

**Si non, que souhaiteriez-vous améliorer ?**

**15. Des remarques ?**

*Prévention des dystocies mécaniques par les variations posturales.*

**Enquête de pratiques auprès des sages-femmes en salle de naissances de la maternité du CHRU de Nancy du 1 janvier au 29 février 2016**

**Résumé**

**Introduction :** Traditionnellement, les femmes adoptaient des positions variées au cours du travail et l'accouchement. Aujourd'hui, elles sont très nombreuses à adopter spontanément une position allongée dans un lit pendant la durée du travail. Pourtant, depuis plusieurs années, cette position est remise en question et des travaux ont été publiés sur l'intérêt des variations posturales pour favoriser la mécanique de l'accouchement. L'objectif principal de cette étude était de décrire les pratiques des sages-femmes hospitalières à la maternité du CHRU de Nancy, concernant l'utilisation de la mobilisation posturale lors de la phase active du travail. L'objectif secondaire était d'identifier les éventuels freins, afin de proposer des améliorations autour de cet accompagnement.

**Matériel et méthode :** Une étude monocentrique, descriptive, transversale a été menée dans cet établissement, auprès des sages-femmes exerçant dans le service de salle de naissances entre le 01 janvier et le 29 février 2016.

**Résultats :** Parmi les 24 sages-femmes interrogées, 23 utilisaient la mobilité dans leur pratique quotidienne. Malgré cela, des facteurs influençaient cette prise en charge. Les principaux motifs évoqués étaient le manque de temps, la difficulté à obtenir les postures sous péridurale ainsi que la difficulté d'enregistrement du RCF par ordre de fréquence.

**Conclusion :** Cette étude proposait de faire un état des pratiques des sages-femmes, au niveau local, concernant les interventions posturales visant à améliorer le déroulement du travail. Globalement, les sages-femmes sont favorables à la mobilisation et peu de freins pouvaient être identifiés. Des actions pouvaient cependant être proposées par la suite, pour permettre d'améliorer la pratique et tendre vers encore plus de physiologie.

**Mots-clés : Variations posturales, mécanique obstétricale, durée du travail**