



HAL
open science

Protection du périnée lors de l'accouchement en MDN : étude descriptive des pratiques professionnelles des sages-femmes et de la morbidité périnéale à la MDN de Nancy entre juillet 2018 et mars 2020

Pauline Buchelli

► To cite this version:

Pauline Buchelli. Protection du périnée lors de l'accouchement en MDN : étude descriptive des pratiques professionnelles des sages-femmes et de la morbidité périnéale à la MDN de Nancy entre juillet 2018 et mars 2020. Médecine humaine et pathologie. 2021. ⟨hal-03870514⟩

HAL Id: hal-03870514

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870514v1>

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.



HAL Authorization



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIERS DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

BUCHELI Pauline

Protection du périnée lors de l'accouchement en MDN

*Étude descriptive des pratiques professionnelles des sages-femmes
et de la morbidité périnéale à la MDN de Nancy entre juillet 2018 et
mars 2020*

Soutenu en 2021

Directeur de mémoire : CROCIATI Anaïs

Sage-femme coordinatrice enseignante



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE
MÉDECINE / MAÏEUTIQUE /
MÉTIER S DE LA SANTÉ à NANCY

Département Universitaire de Maïeutique

Diplôme d'État de Sage-Femme

Mémoire de fin d'études présenté et soutenu par

BUCHELI Pauline

Protection du périnée lors de l'accouchement en MDN

*Étude descriptive des pratiques professionnelles des sages-femmes
et de la morbidité périnéale à la MDN de Nancy entre juillet 2018 et
mars 2020*

Soutenu en 2021

Directrice de mémoire : CROCIATI Anaïs

Sage-femme coordinatrice enseignante

REMERCIEMENTS

A Madame Anais CROCIATI, ma directrice de mémoire, que je remercie pour son aide, sa disponibilité et son soutien tout au long de mon travail.

A Madame Isabelle HUMBERT, sage-femme libérale à la MDN. Merci pour tes conseils, ton accompagnement et ta confiance tout au long de mon parcours.

A Madame Murielle Bertrand, enseignante à l'école de Nancy. Merci pour votre écoute et votre soutien sans faille dans les bons moments et les moins bons...

A toute l'équipe d'enseignement de l'école de sage-femme de Nancy pour leur confiance et leur disponibilité durant ses 4 années de formation.

A ma famille et mes amis qui m'ont soutenue et encouragée dans ce changement de direction un peu fou pour plus de sens au travail...

A Célestine et Marceau, qui m'ont permis de découvrir le monde passionnant de la maternité et la parentalité.

Et enfin, à Romain, merci d'avoir rendu tout cela possible, merci pour ton soutien, ta patience et ton amour.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
ARTICLE	8
INTRODUCTION	8
MATERIELS ET METHODES	9
<i>Type d'étude</i>	9
<i>Lieu, population cible et période d'étude</i>	9
<i>Critère d'inclusion et d'exclusion</i>	9
<i>Recueil des données</i>	10
<i>Critères de jugement</i>	10
<i>Communication et confidentialité</i>	10
<i>Outils statistiques</i>	10
RÉSULTATS	11
<i>Population étudiée</i>	11
<i>Conditions d'accouchement et pratiques professionnelles</i>	12
<i>Morbidité périnéale</i>	13
DISCUSSION	14
<i>La population étudiée</i>	14
<i>Conditions du travail et de l'accouchement</i>	14
- Les positions maternelles	14
- Immersion dans l'eau pendant le travail et l'accouchement	15
- Durée du travail et efforts expulsifs	16
<i>Pratiques professionnelles</i>	16
- Hands on /off	16
<i>Morbidité périnéale</i>	17
- Facteurs de risques et LOSA	17
- Forces et faiblesses de l'étude	17
CONCLUSION	19
DECLARATIONS D'INTERETS	20
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	21
TABLE DES MATIÈRES	23
ANNEXES	24
ANNEXE I : GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES DES DOSSIERS PATIENTES	25

LISTE DES ABREVIATIONS

AGN : Accompagnement Global à la Naissance

APD : Analgésie PériDurale

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés
en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

CNGOF : Collège national des gynécologues-obstétriciens français

DD : Décubitus Dorsal

DLG : Décubitus Latéral Gauche

DT1 /DT2 : Déchirure de Type 1/2

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

LOSA : Lésion Obstétricale du Sphincter Anal

MDN : Maison De Naissance

OASI : Obstétrical Anal Sphincter Injury

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NP2 : Niveau de Preuve 2 (essais comparatifs randomisés de faible puissance ; essais
contrôlés non randomisés bien conduits ; essais prospectifs non contrôlés bien menés)

PI : Périnée Intact

RCOG: Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SA : Semaine d'Aménorrhée

UNPN : Un Nid Pour Naitre

ARTICLE

INTRODUCTION

Fruit d'une demande sociétale forte, les maisons de naissance (MDN) sont « *des structures sous la responsabilité exclusive d'une sage-femme, contiguës à une maternité* » qui permettent aux femmes enceintes « à bas risque obstétrical » d'accoucher de manière moins médicalisée (1). Au sein de ces structures, les sages-femmes occupent un rôle central et proposent un accompagnement global à la naissance (AGN) associant une faible médicalisation et une sécurité médicale et psycho-sociale satisfaisante pour les mères et les nouveau-nés. Les différentes évaluations scientifiques des MDN montrent qu'à niveau de sécurité équivalent, le recours à certaines interventions médicales est moindre et la morbidité maternelle et infantile plus faible qu'en maternité (1).

Dans cette approche, notre travail de recherche porte sur la morbidité périnéale chez les femmes accouchant en MDN. La protection du périnée pendant l'accouchement fait partie depuis très longtemps des préoccupations des professionnels de la naissance en raison des dommages possibles à long terme sur la qualité de vie des femmes tels que l'incontinence urinaire et anale, les douleurs périnéales et la santé psychique. Les déchirures périnéales de degrés 3 et 4, appelées aussi lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) sont les plus redoutées. Le taux de LOSA est très variable d'un pays à l'autre. Des données européennes de 2010 indiquent qu'il est de 0,5% en France, 2,5% au Royaume-Uni, 3% au Danemark et 4% en Islande (2). Ces différences significatives pourraient être liées à des différences de pratiques entre pays et sont donc difficilement comparables. Par ailleurs, il existe peu d'études de niveaux de preuves élevés (études randomisées) sur le sujet rendant l'élaboration de recommandations pour la pratique clinique (RPC) difficile en matière de prévention des LOSA (2).

L'accouchement en MDN présente certaines caractéristiques qui le distinguent fortement de l'accouchement en structure hospitalière qui a lieu en France majoritairement sur le dos (95,5%) et sous anesthésie péridurale (APD) (81,4%) (2). Selon le rapport d'étude sur l'évaluation des MDN de 2019, plus de 90% des femmes accompagnées en MDN pendant le travail ont accouché par voie basse spontanée ; 94 % ont accouché dans une position différente de la position décubitus dorsal ; dans 77 % des cas l'expulsion de la tête fœtale s'est faite sans que la sage-femme ne la maintienne (« hands-off ») ; 31 % des femmes ont accouché dans l'eau. Concernant les lésions

périnéales, 51% des femmes ayant accouché en MDN en France en 2018 présentent un périnée intact (PI), et seulement 0,4% une LOSA, 1,6% d'épisiotomie est rapportée. Concernant la protection périnéale, la pratique du « hands off » en particulier, semble largement majoritaire en MDN (1).

Notre étude avait pour objet de décrire les pratiques des sages-femmes et les conditions d'accouchement à la MDN de Nancy associées à la prévention des lésions périnéales lors du travail et de l'accouchement physiologique. L'objectif principal de l'étude était de décrire les pratiques des sages-femmes à la MDN de Nancy concernant la protection périnéale au cours de l'accouchement entre juillet 2018 et mars 2020. Les objectifs secondaires étaient la description de la morbidité périnéale en fonction des facteurs de risques, des conditions d'accouchement et des pratiques professionnelles.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Afin d'étudier les pratiques concernant la prévention des lésions périnéales à la MDN nous avons mené une étude rétrospective, analytique, quantitative unicentrique.

Lieu, population cible et période d'étude

Cette étude a été effectuée au sein de la MDN de Nancy, Un Nid Pour Naitre (UNPN), qui fait partie des 8 MDN en cours d'expérimentation et qui réalise 50 à 70 accouchements par an. La population cible était les femmes ayant accouché en MDN entre le 1^{er} juillet 2018 et le 17 mars 2020 avec l'une des 3 sages-femmes libérales d'AGN en exercice sur cette période. Les trois sages-femmes travaillaient selon une pratique commune, un suivi conjoint des patientes, avec une période de compagnonnage de plus d'un an avec le binôme initial pour la plus jeune des trois praticiennes. Ce ciblage a permis de limiter les biais liés aux différences de pratiques et d'expérience professionnelles qui pourraient impacter nos résultats.

Critère d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient : les femmes venant accoucher à la MDN entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA) et 6 jours, accompagnées par l'une des 3 sages-femmes, primipares ou multipares, considérées à bas risque obstétrical tout au long de leur grossesse selon les critères définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les critères d'acceptation MDN définis par le cahier des charges (3)(4). Les femmes qui ont été transférées après l'accouchement ont été incluses dans notre échantillon.

Les critères d'exclusion étaient : les femmes qui ont été transférées au cours du travail.

Recueil des données

Les données ont été recueillies de manière rétrospective, à partir de l'analyse des dossiers médicaux et des comptes-rendus d'accouchement des patientes. Lors de chaque accouchement à la MDN, une description chronologique détaillée a été réalisée par le binôme des sages-femmes présentes. Cette description comprenait le déroulement de l'accouchement, l'ensemble des actes réalisées par la sage-femme d'AGN, les positions prises par les femmes, les faits notables. Nous avons pu extraire à partir de ses données les différents éléments d'analyse et les retranscrire dans une grille de recueil (cf. annexe 1).

Critères de jugement

Notre critère de jugement principal était composite :

- L'incidence des différentes pratiques professionnelles des sages-femmes à la MDN au cours du travail et de l'accouchement.

Notre critère de jugement secondaire était :

- Le taux de survenue des lésions périnéales (selon la classification RCOG-OMS (5)).

Communication et confidentialité

En préalable du recueil de données, nous avons transmis à l'ensemble des sages-femmes de la MDN une lettre d'information et signé un engagement de confidentialité nous permettant la consultation des données médicales.

Outils statistiques

Nous avons effectué à partir des données recueillies des analyses statistiques descriptives et comparatives à l'aide des Test de chi² pour les effectifs supérieurs à 5 et test de Fisher exact pour les effectifs inférieurs à 5. Nous avons retenu un seuil de $p < 0,05$ comme seuil de significativité. La valeur de l'intervalle de confiance a été fixée à 95 %. Les résultats obtenus ont été arrondis au dixième. L'exploitation des résultats a été réalisée avec le logiciel Excel.

RÉSULTATS

Population étudiée

Sur la période définie pour l'étude, du 1^{er} juillet 2018 au 17 mars 2020, au total nous avons inclus 75 femmes dans notre étude. Treize femmes ont été exclues de notre échantillon car elles ont été transférées en cours de travail.

Le tableau ci-dessous expose les caractéristiques générales de la population étudiée.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée (N=75)

Caractéristiques	N= 75 (%)
Age (années)	
18-24	1 (1,3)
25-34	58 (67,3)
35-45	16 (21,3)
Parité	
Primipare	22 (29,3)
Multipare	53 (70,7)
Age gestationnel	
37-39 SA	5 (6,7)
>39 SA et <42 SA	70 (93,3)
IMC¹	
<18	2 (2,7)
18-25	60 (80)
25-30	10 (13,3)
>30	3 (4)
Tabac	5 (6,7)
Antécédent d'épisiotomie	5 (6,7)
Variété postérieure	1 (1,3)

¹ IMC : indice de masse corporelle

Conditions d'accouchement et pratiques professionnelles

Tableau 2 : caractéristiques des conditions d'accouchement et pratiques professionnelles (N=75)

Caractéristiques	N= 75 (%)
Durée du travail²	
0-3h	20 (26,7)
3-6h	34 (45,3)
6-9h	15 (20)
>9h	6 (8)
Durée des efforts expulsifs	
<15 min	34 (45,3)
15-45 min	35 (46,6)
>45 min	6 (8)
Position d'accouchement	
Horizontale	11 (14,7)
Verticale	64 (85,3)
Hands OFF³	74 (98,7)
Hands ON ⁴	1 (1,3)
Dilatation dans l'eau	41 (54,7)
Accouchement dans l'eau	24 (32)

Les positions adoptées par les patientes accouchant en MDN sont variées pendant le travail et pour l'accouchement :

- déambulation ;
- positions horizontales : 4 pattes, DLG, DD ;
- positions verticales : semi-assise, assise sur le tabouret d'accouchement, à genoux en appui, accroupie.

Une seule naissance a nécessité une application des mains sur le périnée au moment de l'expulsion de la tête fœtale (« mouchage » du périnée). On a observé une seule naissance en variété postérieure. Nous n'avons pas observé de rotation manuelle dans notre étude. Une pression sus-symphysaire suivie d'une manœuvre de Mac Roberts ont été utilisées pour une difficulté à l'engagement des épaules. Les efforts expulsifs ont

² Durée du travail : du début du premier stade à la fin du deuxième stade

³ Hands off : la présentation fœtale se dégage sans intervention manuelle de l'opérateur

⁴ Hands on : l'opérateur utilise sa main dominante pour modérer le dégagement de la tête fœtale

été spontanés et non dirigés. Il n'a pas été rapporté dans les dossiers la réalisation de massage périnéal pendant le dernier mois de grossesse. Il n'y a pas eu d'application de compresses chaudes durant le travail et l'accouchement. Deux patientes ont pu bénéficier d'acupuncture au cours du 1^{er} stade du travail.

Morbidité périnéale

Tableau 3 : résultats en termes morbidité périnéale

Facteurs de risques		PI ⁵ (%) n= 42 (56)	DT 1 et 2 ⁶ (%) n= 33 (44)	p-Value
Parité	primipare	7 (16,7))	15 (45,5)	0,010
	multipare	35 (83,3)	18 (54,5)	
Tabac	oui	3 (7,1)	2(6,1)	1
	non	39 (92,9)	31 (93,9)	
Antécédents d'épisiotomie	oui	3 (7,1)	2 (7,1)	1
	non	39 (92,9)	31 (93,9)	
Âge	<35 ans	9 (21,4)	7 (21,2)	1
	>35 ans	33 (78,6))	26 (78,8)	
Durée du travail	< 9 heures	3 (7,1)	3 (9,1))	1
	> 9 heures	39 (92,9)	30 (90,9)	
Durée des efforts expulsifs	< 45 minutes	42 (100)	27 (81,8)	0,0055
	> 45 minutes	0	6 (18,2)	
Conditions d'accouchement				
Dilatation dans l'eau	OUI	24 (57,1)	17 (51,5)	0,65
	NON	18 (42,9)	16 (48,5)	
Accouchement dans l'eau	OUI	15 (35,7)	9 (27,3)	0,466
	NON	27 (64,3)	24 (72,7)	
Position d'accouchement	Horizontale	10 (23,8)	1 (3)	0,018
	Verticale	32 (76,2)	32 (97)	

Concernant les résultats en termes de morbidité périnéale : le tableau 3 ci-dessus nous renseigne sur la morbidité périnéale en fonction des facteurs de risques identifiés, des conditions d'accouchement relevées et des pratiques professionnelles.

⁵ PI : périnée intact

⁶ DT1 et 2 : déchirure de type 1 et 2. Étant donné le nombre très faible de déchirures de type 2 dans notre échantillon, nous avons regroupé les déchirures de type 1 et 2 pour réaliser nos analyses statistiques.

Au total sur notre échantillon, nous observons 56 % (n=42) de patientes présentant un périnée intact et 44 % (n=33) une déchirure de type 1 ou 2. Chez les primipares, ces taux étaient respectivement de 31,8% (n= 7) et 68,2% (n=15). Chez les multipares de 66% (n=35) et 44 % (n=18). Aucune LOSA n'a été constatée sur notre échantillon. Aucune épisiotomie n'a été réalisée.

Les facteurs qui impactent de façon significative la morbidité périnéale au sein de cet échantillon sont :

- la parité (p-value : 0,01) : la multiparité serait protectrice ;
- la durée d'expulsion (p-value : 0,0055) : une durée d'expulsion inférieure à 45 minutes serait protectrice ;
- la position d'accouchement (p-value : 0,018) : les positions d'accouchement horizontales seraient protectrices par rapport aux positions verticales.

DISCUSSION

La population étudiée

L'échantillon de l'étude inclus 75 patientes, âgées d'en moyenne 32 ans (dont 71% de multipares), à bas risque obstétrical qui ont accouché par voie basse sans péridurale et pour une majorité dans une position verticale. Ces caractéristiques se rapprochent de celles d'une minorité de parturientes dans le paysage obstétrical puisque seulement 16.7% des femmes accouchent sans APD dans la population générale et pour 95.5% en position gynécologique (6). Les multipares sont plus représentées au sein de la cohorte (57.8 % en population générale), ce résultat s'explique en partie par le fait qu'une partie des primipares qui ont été transférées en cours de travail ont été exclues de l'étude, plus généralement la proportion nullipare/multipare est équivalente en MDN et en population générale.

Conditions du travail et de l'accouchement

- Les positions maternelles

Actuellement, il n'y a pas de recommandations professionnelles d'indication posturale pendant le travail et l'accouchement en l'absence de données scientifiques suffisantes (2,7). En MDN, les positions maternelles adoptées pendant le travail et l'accouchement sont très variées. La mobilisation et le changement de position tout au long du travail sont encouragées par les sages-femmes (dès les séances de préparation à

la naissance et la parentalité). Les femmes accouchant en MDN ont une connaissance théorique et pratique sur les différentes positions et leur impact en termes de mobilité du bassin. Les positions lors de la phase d'expulsion sont majoritairement verticales (85%). Nous avons constaté une différence nettement significative entre les positions verticales et horizontales sur la morbidité périnéale, les positions horizontales étant plus protectrices que les positions verticales au sein de la population étudiée (p-value = 0,018). Nous devons néanmoins interpréter avec prudence ces résultats car la taille de l'échantillon est réduite, il comprend seulement onze patientes pour le groupe "position horizontale". Dans la littérature on retrouve des résultats variables ; l'étude de Lepleux sur l'impact de la mobilisation et des variations de postures à l'accouchement, ne met en évidence aucune différence significative concernant les déchirures (8). Selon l'étude d'Elvander et al., la position accroupie et assise sur le tabouret d'accouchement est associée à un taux plus important de LOSA. En revanche, selon l'étude d'Huang et al., la position à genoux ou quatre pattes serait protectrice par rapport à la position horizontale en lithotomie (position gynécologique immobilisant le bassin) (9). En effet, la position gynécologique, avec abduction-rotation externe des fémurs, est un obstacle à la descente d'un triple point de vue : la pesanteur n'est pas utilisée, le sacrum est bloqué et les épines sont rapprochées (10). Dans la méta analyse de Gupta et al. sur l'influence des positions verticales pendant le 2^{ème} stade de travail chez des femmes n'ayant pas d'APD, la position verticale a été associée à une réduction de 25% des naissances instrumentales et des épisiotomies, une augmentation de 20% des déchirures périnéales de type 2 mais pas de différence concernant les LOSA (11). L'étude menée au sein de la MDN de Nancy corrobore les constats de cette méta analyse ; aucune extraction instrumentale ni épisiotomie n'ont été pratiquées au sein de l'échantillon, il n'y a eu aucune survenue de LOSA.

- **Immersion dans l'eau pendant le travail et l'accouchement**

Au sein de l'échantillon, une majorité de patientes utilise l'immersion dans l'eau pendant le travail (55%, n = 41) et 32% (n =24) accouchent dans l'eau. Aucune différence significative n'est constatée concernant l'immersion dans l'eau et l'accouchement dans l'eau en termes d'impact sur la morbidité périnéale. Au sein de la littérature et notamment des études randomisées, il n'y a pas de données suffisantes et significatives pour conclure sur l'effet "protecteur" de l'immersion et notamment pour l'expulsion (12,13). Les bénéfices de l'utilisation de l'immersion dans l'eau pendant le travail et l'accouchement sont encore à démontrer concernant la protection du périnée en revanche en MDN l'eau

un outil très intéressant pour améliorer la gestion de la douleur, la relaxation mais aussi la mobilité du bassin.

- **Durée du travail et efforts expulsifs**

Dans l'étude, 45% (n=34) des patientes ont une durée du travail comprise majoritairement entre 3 et 6 heures et des efforts expulsifs de moins de 15 minutes (45% n=34). Dans les recommandations, au cours du deuxième stade du travail, il est recommandé de retarder le début des efforts expulsifs (grade A). Il n'y a pas de recommandations concernant le choix d'une technique de poussée par rapport à une autre pour diminuer le risque de LOSA (2,7). En MDN, les femmes n'ont pas d'APD et utilisent spontanément la poussée spontanée non dirigée ou poussée retardée, c'est-à-dire qu'elles commencent la phase d'expulsion du fœtus une fois la tête du fœtus descendue sur le périnée et/ou que le besoin de poussée est spontané. L'ensemble des femmes de notre échantillon a utilisé la poussée spontanée sans être guidées par la sage-femme. Dans la littérature scientifique, aucune différence n'a été mise en évidence concernant les différentes méthodes de poussée et la protection du périnée. Le choix doit être celui de la femme qui accouche selon son ressenti (14). Ce dernier étant fortement déterminé par la présence ou non d'une APD.

Pratiques professionnelles

- **Hands on /off**

Lors de 99% des accouchements (n=74) à la MDN de Nancy, les sages-femmes utilisent la technique du Hands off. Cette technique n'est pas enseignée en France où elle est peu utilisée, contrairement aux pays anglo-saxons et scandinaves. La littérature scientifique sur le sujet, n'est pas consensuelle. L'étude HOOP (Hands on or hands poised) par l'équipe MacCandish et al. en 1998 a été la première étude randomisée qui a comparé les deux techniques de protection du périnée. Aucune différence n'a été relevée concernant l'incidence des déchirures périnéales. Le recours à l'épisiotomie était inférieur dans le groupe Hands off (15–16). Dans une revue de la littérature publiée en 2020, de l'équipe chinoise Huang et al., dans les essais randomisés, il n'a pas été trouvé de différences entre hands on et hands off concernant le risque de DT2 et LOSA. Pour les essais non randomisés, les résultats sont similaires pour les LOSA mais en revanche une différence a été trouvée pour les DT2 pour lesquelles la technique de hands off entraîne moins de lésions (17). On constate qu'il n'existe pas de consensus sur la technique à privilégier concernant la protection du périnée lors de l'expulsion dans la littérature. Or, les dernières

RPC du CNGOF recommande le contrôle du dégagement de la tête lors de l'expulsion en arguant que dans les pays où le Hands off est d'usage, le taux de LOSA est plus important (18-19). Les deux techniques devraient être envisagées et enseignées aux sages-femmes afin de pouvoir avoir des alternatives ciblées et en faveur d'une protection périnéale selon les différentes situations cliniques (choix et information du mode et de la position d'accouchement pour les patientes/couples). Le critère de présence ou absence d'une APD est primordial dans le choix de la technique d'accompagnement. En présence d'une APD, la parturiente peut être privée ou amoindrie de ses sensations et capacités neuromotrices lui permettant de contrôler sa poussée, dans ce cas l'intervention du professionnel de santé serait nécessaire pour protéger le périnée.

Morbidité périnéale

- Facteurs de risques et LOSA

Au sein de la population générale, on retrouve un taux de périnée intact de 47,9% et de déchirure à 51,3%, le taux de LOSA est faible avec 0,8%. Le recours à l'épisiotomie est de 20,1% dont 34,9% chez les primipares (6). L'échantillon étudié présente un taux de PI supérieur à la population générale (56% n=42) et un taux de déchirures (DT 1 et 2) inférieur à 44 % (n=33). Aucune LOSA ni épisiotomie n'ont été observées.

Les facteurs de risques principaux associés à la survenue de LOSA issus des dernières RPC du CNGOF sont : la nulliparité et l'accouchement instrumental en premier lieu, l'âge maternel élevé, l'antécédent de LOSA, la macrosomie, l'épisiotomie médiane, la présentation céphalique en variété postérieure et un travail long (2,5,7). Au sein de l'échantillon, la multiparité est associée significativement à une augmentation du taux de périnée intact (p-value= 0,01) ce qui est cohérent avec la littérature. En revanche, concernant l'âge maternel élevé et la durée du travail, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en termes de morbidité périnéale dans notre échantillon (p-value=1). Rappelons que notre échantillon est composé d'une population à bas risque obstétrical, relativement jeune et en bonne santé, présentant, par définition, en dehors de la parité, peu de facteurs de risque. Ce qui explique aisément ces résultats.

- Forces et faiblesses de l'étude

La singularité de cette étude et l'apport crée dans le domaine de la physiologie constitue un intérêt certain pour la pratique professionnelle. Les résultats viennent abonder et illustrer les pratiques au sein d'un accompagnement au sein des MDN qui se démocratisent actuellement et qui rencontrent l'adhésion d'une partie de la population

française. Les résultats obtenus permettent de mettre en lumière la pratique de l'accouchement naturel c'est à dire sans APD, où la femme est libre de ses mouvements, du choix de sa position d'accouchement, du moment et de la technique de poussée, de l'utilisation de l'immersion dans l'eau pour le travail ou l'accouchement et où la sage-femme intervient très peu, en particulier au moment de l'expulsion de la tête fœtale (Hands off).

Tout comme l'existence des MDNs, ces pratiques sont encore peu développées en France où la majorité des accouchements a lieu en structure hospitalière dans lesquelles les conditions d'organisation de l'activité (plusieurs patientes par sage-femme en particulier, protocoles médicaux) et la formation des sages-femmes limitent leur développement. Ce type d'étude, en mettant en lumière les pratiques des sages-femmes et les conditions d'accouchement en MDN, pourrait contribuer à développer des connaissances scientifiques sur la physiologie et inciter les professionnels à remettre en question et faire évoluer certaines pratiques.

Les données saisies dans les dossiers à la MDN sont fiables et détaillées car elles sont transmises ensuite à AUDIPOG (21) à des fins de statistiques nationales. Nous avons pu par ailleurs avoir de nombreux échanges avec les sages-femmes de la MDN qui nous ont permis de réaliser un recueil de données éclairé. On peut toutefois imaginer qu'un mode de recueil prospectif aurait permis d'illustrer plus précisément les conditions d'accouchement qu'avec une seule dichotomie position horizontale et verticale.

L'effectif de l'échantillon a permis de donner un état des lieux représentatif de la population et des pratiques de la MDN de Nancy, il reste cependant trop faible pour généraliser les données à plus grande échelle et pour conclure sur des liens significatifs pour certains facteurs. En particulier lors du croisement de données ou lorsque de petits groupes (effectif < 5 voir de 0 ou 1 dans certains sous-groupes) sont comparés. Nous avons dû regrouper les DT 1 et 2 pour augmenter les effectifs de chaque groupe et les comparer au groupe PI. Concernant sur les positions d'accouchement, les résultats semblent en accord avec une partie de la littérature scientifique ce qui est intéressant mais doit aussi nous interroger sur leur fiabilité au regard de l'effectif limité de l'échantillon.

Les spécificités de l'accouchement en MDN ne nous permettent ni d'extrapoler ni de comparer nos résultats avec la population générale accouchant en milieu hospitalier. Notre échantillon est composé de femmes à bas risque obstétrical, relativement jeune, qui présentent peu de facteurs de risque de lésions périnéales sévères et n'ont pas recours à

l'APD. Il y a donc un biais de sélection vis-à-vis de l'ensemble des parturientes qui doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats et les conclusions qui en découlent.

CONCLUSION

Alors que l'expérimentation des MDN en France arrive à sa fin et que leur pérennisation a été légiférée, il est nécessaire d'explorer et d'améliorer les pratiques professionnelles des sages-femmes d'AGN en lien avec le développement de connaissances sur la physiologie et l'accouchement naturel.

L'étude s'est intéressée à la protection périnéale en MDN en analysant à la fois les pratiques des sages-femmes et les résultats en termes de morbidité périnéale. La pratique du Hands off, le respect des efforts expulsifs spontanés non guidés ainsi que la mobilité et l'immersion dans l'eau constituent les pratiques prépondérantes des sages-femmes de la MDN à Nancy. Les résultats soulignés en termes de morbidité périnéale sont positifs avec un faible taux d'incidence des lésions, aucune survenue de LOSA ni d'épisiotomie. Ils corroborent également ceux de la littérature ; la multiparité, les efforts expulsifs inférieurs à 45 minutes et la position horizontale semblent constituer un effet protecteur pour le périnée.

Les pratiques professionnelles décrites et développées en MDN ne correspondent pas à celles enseignées en formation initiale de maïeutique et lors des stages en milieu hospitalier et font pour certaines l'objet de RPC. Elles semblent pour autant cohérentes avec les nouvelles recommandations de la HAS pour le suivi du travail physiologique et les demandes et besoins des femmes et des couples accompagnés en MDN. C'est notamment grâce aux conditions de travail qu'elles deviennent possibles (« one to one ») et renforce une fois de plus la demande sociétale mais aussi et surtout du corps médical des sages-femmes. La sensibilisation des futurs praticiens et praticiennes aux alternatives d'accompagnement et à la formation à d'autres pratiques constituent des pistes de travail sérieuses pour améliorer l'accompagnement des parturientes à bas risque obstétrical souhaitant une naissance entourée d'une moindre médicalisation.

Il paraît essentiel, au vu des enjeux de santé publique associés et des constats précédents de bien connaître la physiologie pour prévenir la pathologie et de déployer les moyens matériels et humains en conséquence.

DECLARATIONS D'INTERETS

L'auteur déclare ne pas avoir d'intérêts financiers concurrents connus ni relations qui auraient pu sembler influencer les travaux rapportés dans cet article.

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt à déclarer.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Venditelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en MDN. Analyse des données 2018 par le groupe de recherche sur les MDN [Internet]. 2019 [cité le 20 nov 2020] ; 60 p. Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2019/11/Rapport_Maisons-naissance_2019-1.pdf
2. Gabriel R, Bonneau S, Raimond E. Protection du périnée pendant l'accouchement. EMC - Obstétrique. 2019 ; 14(4) : 1-15. [Article 5-078-A-15].
3. HAS, Haute Autorité de Santé. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) [Internet]. [cité 28 sept 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_de_suivi_recommande.pdf
4. HAS. MDN. Élaboration du cahier des charges : rapport d'élaboration [Internet]. 2014 [cité 13 oct 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_rapport_elaboration_maisons_naissance_190914.pdf
5. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécol Obstét Fertil Sénol. déc 2018 ; 46(12) : 913-21.
6. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 28 oct 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
7. Ducarme G, Pizzoferrato A, de Tairac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C et al. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention et protection périnéale en obstétrique : recommandations pour la pratique clinique du CNGOF (texte court). Gynécol Obstét Fertil Sénol. 2018 ; 46(12) : 893-9.
8. Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. J Gynécol Obstét Biol Reprod. sept 2014 ; 43(7) : 504-13.
9. Huang J, Zang Y, Ren L-H, Li F-J, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. Int J Nurs Sci. oct 2019 ; 6(4) : 460-7.
10. de Gasquet B. Mobilité maternelle et accouchement. Lett gynecol. 2000; (257) : 25-30.
11. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 25 mai 2017 [cité 16 oct 2019] ; 5(5) : CD002006. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6484432/>

12. Poder TG, Larivière M. Bénéfices et risques de l'accouchement dans l'eau : une revue systématique. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2014 ; 42(10) : 706-13.
13. Odent M. Birth under water. *The Lancet* [Internet]. déc 1983 ; vol(N°2) : 4-12 Disponible sur : <https://api-istex-fr.bases-doc.univ-lorraine.fr/ark:/67375/6H6-5W0DBKPD-H/fulltext.pdf>
14. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 10 sept 2019]; 3(3) : CD009124. Disponible sur : <https://www.readcube.com/articles/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
15. McCandlish R, Renfrew M, Kettle C, Garcia J, Elbourne D, Bowler U. The HOOP study: robust evidence for perineal care?. *Br J Midwifery* [Internet]. 27 sept 2013 [cité 15 oct 2019] ; Disponible sur: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.2003.11.3.11123>
16. Robertson B. The HOOP study: A critical assessment. *Br J Midwifery.* 5 déc 2002 ; 10(12) : 761-5.
17. Huang J, Lu H, Zang Y, Ren L, Li C, Wang J. The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* août 2020 ; 87 : 102712.
18. Petrocnik P, Marshall JE. Hands-poised technique: The future technique for perineal management of second stage of labour? A modified systematic literature review. *Midwifery.* févr 2015 ; 31(2) : 274-9.
19. Albers LL. Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching a Clinical Trial in Midwifery. *J Midwifery Womens Health.* 2003 ; 48(2) : 105-10.
20. Audipog. Qui sommes-nous ? [Internet]. Date [cité 13 oct 2021]. Disponible sur : <https://www.audipog.net/Qui-sommes-nous>

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
LISTE DES ABREVIATIONS	7
ARTICLE	8
INTRODUCTION	8
MATERIELS ET METHODES	9
<i>Type d'étude</i>	9
<i>Lieu, population cible et période d'étude</i>	9
<i>Critère d'inclusion et d'exclusion</i>	9
<i>Recueil des données</i>	10
<i>Critères de jugement</i>	10
<i>Communication et confidentialité</i>	10
<i>Outils statistiques</i>	10
RÉSULTATS	11
<i>Population étudiée</i>	11
<i>Conditions d'accouchement et pratiques professionnelles</i>	12
<i>Morbidité périnéale</i>	13
DISCUSSION	14
<i>La population étudiée</i>	14
<i>Conditions du travail et de l'accouchement</i>	14
- Les positions maternelles	14
- Immersion dans l'eau pendant le travail et l'accouchement	15
- Durée du travail et efforts expulsifs	16
<i>Pratiques professionnelles</i>	16
- Hands on /off	16
<i>Morbidité périnéale</i>	17
- Facteurs de risques et LOSA	17
- Forces et faiblesses de l'étude	17
CONCLUSION	19
DECLARATIONS D'INTERETS	20
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	21
TABLE DES MATIÈRES	23
ANNEXES	24
ANNEXE I : GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES DES DOSSIERS PATIENTES	25

ANNEXES

Université de Lorraine – Département Universitaire Lorrain de Maïeutique

Mémoire de fin d'études de sage-femme de BUCHELI PAULINE – 2021

Protection du périnée lors de l'accouchement en MDN

Étude descriptive des pratiques professionnelles des sages-femmes et de la morbidité périnéale à la MDN de Nancy entre juillet 2018 et mars 2020

Introduction : La prévention des lésions périnéales lors l'accouchement fait l'objet de RPC mais peu d'études de niveaux de preuves élevés existent actuellement. L'objectif principal était de décrire les pratiques des sages-femmes et les conditions d'accouchement en MDN réalisées en faveur d'une protection périnéale. L'objectif secondaire était de décrire la morbidité périnéale.

Méthode : Cette étude rétrospective, analytique, quantitative, unicentrique était basée sur des données collectées à partir des dossiers médicaux des patientes accouchant du 01/07/18 au 17/03/20 inclus à la MDN de Nancy. Le critère de jugement principal était l'incidence des pratiques professionnelles au cours du travail et de l'accouchement. Le critère de jugement secondaire était le taux de survenues des lésions périnéales.

Résultats : Soixante-quinze patientes ont été incluses. On observe que les positions d'accouchement sont variées pendant le travail et majoritairement verticales à l'accouchement. L'immersion est majoritairement employée pendant le travail et pour un tiers des parturientes pour l'accouchement. Les efforts expulsifs sont spontanés et non dirigés. Les praticiens laissent la tête fœtale se dégager sans intervention (Hands off). Aucune LOSA, ni épisiotomie n'ont été relevées. La multiparité, une durée d'expulsion inférieure à 45 minutes et une position d'accouchement horizontale semblent être protectrices du périnée.

Conclusion : Les pratiques observées sont cohérentes avec les RPC en vigueur et les besoins des femmes accompagnées. Elles restent très différentes des pratiques générales et notamment en milieu hospitalier ce qui s'explique en grande partie par l'absence d'APD et le ratio une femme/une sage-femme pour les naissances. La sensibilisation des futur(e)s praticien(ne)s à d'autres pratiques que celles enseignées constituent des pistes de travail pour améliorer la qualité de prise en charge des patientes à bas risque obstétrical souhaitant un accouchement naturel.

Mots clés : MDN, déchirures périnéales, accouchement naturel, hands off

University of Lorraine – Lorraine Université Department of Maieutics

Midwifery graduation thesis of BUCHELI PAULINE - 2021

Protection of the perineum during childbirth in the birth center

Descriptive study of the professional practices of midwives and perineal morbidity at the birth center in Nancy between July 2018 and March 2020

Introduction : The prevention of perineal injury during childbirth is the subject of clinical practice guidelines, but few studies with a high level of evidence currently exist. The main objective was to describe the practices of midwives and the conditions of delivery in birth center performed in favor of perineal protection. The secondary objective was to describe perineal morbidity.

Method : This retrospective, analytical, quantitative, single-center study was based on data collected from the medical records of patients giving birth from 01/07/18 to 17/03/20 inclusive at the Nancy birth center. The primary outcome was the incidence of professional practices during labor and delivery. The secondary outcome was the rate of occurrence of perineal injuries.

Results : Seventy-five patients were included. We observed that the delivery positions were varied during labor and mostly vertical at delivery. Immersion was used mostly during labor and for one third of the parturient for delivery. The expulsive efforts are spontaneous and not directed. The practitioners let the fetal head come out without intervention (Hands off). No OASI or episiotomy was noted. Multiparity, an expulsion time of less than 45 minutes and a horizontal delivery position seem to be protective of the perineum.

Conclusion : The practices observed are consistent with clinical practice guidelines and the needs of the women accompanied. They remain very different from general practices, particularly in hospitals, which can be explained in large part by the absence of an epidural and the ratio of one woman to one midwife for each birth. Raising awareness among future practitioners of practices other than those taught is one way to improve the quality of care for low-risk obstetric patients who want a natural birth.

Key words: birth center, perineal tears, natural birth, hands off