



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

École de Sages-Femmes de Metz

La variabilité posturale et la mobilité
en salle de naissances

*État des lieux des pratiques professionnelles
des sages-femmes de salle de naissances en
Moselle en 2017*

Mémoire présenté et soutenu par

Agathe Fourny

Directeur de mémoire : Nadine Weber (Formatrice consultante)

Expert : Chloé Bourgeois (Sage-femme)

Promotion 2013-2017

*« Choisissez un travail que vous aimez, et vous n'aurez pas à travailler
un seul jour de votre vie. »*

Confucius.

REMERCIEMENTS

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier :

- Madame Nadine WEBER, ma directrice de mémoire, d'avoir accepté de me suivre tout au long de ce travail.
- Madame Chloé BOURGEOIS, mon expert, pour m'avoir apporté ses connaissances.
- Mes parents et mon frère, pour leur présence tout au long de ces six années d'études supérieures, et pour leur indéfectible soutien. Merci Maman pour ton écoute et toutes tes attentions, et pour avoir pris soin de moi pendant ces années parfois difficiles ; merci Papa pour ton soutien et pour ton aide de tous les instants ; merci Greg pour ton soutien et pour m'avoir toujours fait sourire.
- Ma famille au grand complet, pour m'avoir toujours soutenue dans mon parcours et avoir cru en moi, et pour la fierté que vous représentez à mes yeux (et pour avoir parfois décalé l'heure des repas de famille du dimanche midi pour cause de sortie de garde de nuit !).
- Mes copains, copines, proches, pour m'avoir toujours suivie, de près ou de loin, au travers toutes ces années et pour m'avoir soutenue.
- Ces personnes, qui se reconnaîtront, et qui ont su me redonner confiance en moi et qui me poussent toujours plus à croire en moi.
- Bénédicte, Léonie, Lucile et Nathalie, pour m'avoir fait passer quatre années merveilleuses, remplies de larmes et de rires, de petits et de grands bonheurs, de plaisirs de la vie, et d'avoir été là pour moi à chaque seconde.

« L'amitié double les joies et réduit de moitié les peines. »

Francis Bacon

SIGLAIRE

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

PPO : Psycho-Prophylaxie Obstétricale

SA : Semaines d'Aménorrhée

CSP : Code de la Santé Publique

CASSF : Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DFGSMa : Diplôme de Formation Générale en Sciences Maïeutiques

PACES : Première Année Commune des Études de Santé

UE : Unité d'Enseignement

DFASMa : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques

DPC : Développement Professionnel Continu

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme Universitaire

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ICM : Confédération Internationale des Sages-Femmes (International Confederation of Midwives)

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté

RPM : Rupture Prématuurée des Membranes

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	8
SIGLAIRE.....	
SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE : AUTOUR DE LA MOBILITÉ ET DE LA VARIABILITÉ POSTURALE.....	8
1. HISTORIQUE DES PRATIQUES AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT.....	9
2. MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE ET PHYSIOLOGIE.....	11
2.1 LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT.....	11
2.1.1 Première phase : effacement et dilatation du col.....	11
2.1.2 Deuxième phase : engagement ; descente et expulsion de la présentation.....	12
• Passage du détroit supérieur.....	12
• Rotation intra pelvienne.....	12
• Expulsion.....	12
2.2 POSITIONS MATERNELLES.....	13
3. LES COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME.....	14
3.1 LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	14
3.2 REFERENTIEL METIER ET COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES.....	14
4. LA FORMATION INITIALE.....	15
4.1 DIPLÔME DE FORMATION GÉNÉRALE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES.....	15
4.2 DIPLÔME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES.....	15
5. LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	16
6. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES.....	17
6.1 LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.....	17
6.2 LE CONSEIL NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS.....	18
6.3 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.....	18
DEUXIÈME PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUPRÈS DES SAGES-FEMMES DE SALLE DE NAISSANCES, EN MOSELLE EN 2017.....	20
1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	21
1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	21
1.2.1 Objectifs.....	21
1.2.2 Hypothèses.....	21
1.3 SCHÉMA GÉNÉRAL ET OUTILS D'ENQUÊTE.....	22
1.3.1 Type d'étude.....	22
1.3.2 Population cible.....	22
1.3.3 Critères de jugement.....	22
1.3.4 Questionnaire de recherche.....	23
1.4 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	23
1.4.1 Aspects réglementaires et éthiques.....	23
1.4.2 Logistique et budget.....	23
2. RÉSULTATS.....	24
2.1 PRÉSENTATION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	24
2.1.1 Lieux d'exercice.....	24

• Type de maternité.....	24
• Équipements disponibles.....	24
2.1.2 Âge moyen.....	25
2.1.3 Lieu d'obtention du diplôme d'État.....	25
2.1.4 Expérience en salle de naissances.....	25
2.2 FORMATIONS.....	25
2.2.1 Formation initiale.....	25
2.2.2 Formations complémentaires.....	26
• DU, DIU, Master.....	26
• Formations concernant la mobilité et la variabilité posturale.....	26
2.3 PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	27
2.3.1 Nécessité de la mobilité.....	27
2.3.2 Propositions de mobilité.....	27
2.3.3 Positions d'accouchement.....	28
2.3.4 Protocole de prise en charge ou référentiels.....	29
2.4 RESENTI ET AVIS.....	29
2.4.1 Prise en charge physiologique.....	29
2.4.2 Ressenti personnel.....	29
2.4.3 Incidence de la clinique.....	30

TROISIÈME PARTIE : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSIONS.....31

1. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES STATISTIQUES.....	32
1.1 POPULATION ÉTUDIÉE.....	32
1.2 UTILISATION DE LA VARIABILITÉ POSTURALE ET DE LA MOBILITÉ.....	32
1.3 FORMATION INITIALE.....	33
1.4 FORMATION CONTINUE.....	33
1.5 RESENTI DES SAGES-FEMMES.....	34
1.6 FACTEURS FAVORISANT OU FREINANT LA MOBILITÉ ET LA VARIABILITÉ POSTURALE.....	34
2. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....	35
3. PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION ET DISCUSSIONS.....	36
3.1 RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE.....	36
3.2 SENSIBILISATION DES PATIENTES.....	37
3.3 ET LES SAGES-FEMMES ?.....	38
3.4 LES SERVICES DE SALLE DE NAISSANCES.....	39

CONCLUSION.....41

BIBLIOGRAPHIE.....42

TABLE DES MATIÈRES.....46

ANNEXES.....48

SOMMAIRE DES ANNEXES.....48

INTRODUCTION

Au fil de mes études de sages-femmes, lors de mes stages en salle de naissances, j'ai pu observer ou assurer le suivi de nombreuses femmes en travail ou pendant leur accouchement. J'ai pu voir de nombreuses situations, et tout autant de prises en charges diverses et variées par les sages-femmes, dans différents établissements.

Je me suis beaucoup intéressée aux pratiques plutôt physiologiques qui m'attirait particulièrement, comme par exemple des suivis de patientes ne souhaitant pas de péridurale, préférant déambuler ou prendre un bain, ou souhaitant accoucher sur le côté, bénéficiant de thérapies comme l'acupuncture, etc. Mais je me suis rendue compte que ces prises en charges n'étaient pas nécessairement utilisées en systématique, et que je n'y avais pas été suffisamment formée à l'école pour les appréhender.

En tant que future professionnelle, j'ai voulu non seulement apprendre de chaque types de pratiques rencontrées, mais également savoir comment les sages-femmes se positionnaient par rapport à ces prises en charge plus physiologiques, alliant mobilité pendant le travail et la variabilité posturale lors de l'accouchement.

C'est pourquoi j'ai décidé de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles sur le thème de la variabilité posturale et de la mobilité en salle de naissance, afin de savoir ce qu'il en est dans les établissements que je ne connaissais pas ou dans lesquels je n'avais que peu ou pas du tout travaillé en Moselle.

Pour réaliser ce travail de mémoire de fin d'études, je vais donc dans un premier temps réunir des informations concernant la mobilité et la variabilité posturale, que ce soit des données historiques ou des recommandations professionnelles, en passant par notre parcours de formation. Grâce à cela, j'ai élaboré un questionnaire de recherche et j'en ai extrait des données statistiques auprès de sages-femmes de toute la Moselle. Enfin, je pourrais analyser les éléments recueillis, et proposer des analyses et éventuellement des améliorations au niveau des pratiques professionnelles.

PREMIÈRE PARTIE :

AUTOUR DE LA MOBILITÉ ET DE LA VARIABILITÉ POSTURALE

Dans cette première partie, j'ai voulu évoquer différents aspects de la mobilité et de la variabilité posturale. En effet, les pratiques professionnelles telles que nous les connaissons et les pratiquons aujourd'hui sont empreintes d'un passé et d'une histoire qui les influencent. Elles sont également, bien évidemment, basées sur des connaissances scientifiques fondamentales, qui nous sont enseignées au cours de nos études pour commencer, puis tout au long de notre vie professionnelle.

Ces enseignements et sciences sont le fruit du travail de nombreuses institutions, qui tendent à émettre des recommandations pour de meilleures pratiques professionnelles, et l'amélioration de la santé, du bien-être et de la sécurité des parturientes. De plus, la mobilité et la variabilité posturale concernent particulièrement les compétences de la sage-femme, qui sont, elles, définies par la loi, afin de les encadrer, au même titre que d'autres professionnelles de santé. Ce sont autant d'éléments qui concourent à nos pratiques professionnelles actuelles.

1. HISTORIQUE DES PRATIQUES AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT

L'obstétrique, telle que nous la connaissons aujourd'hui, a beaucoup évolué à travers les siècles, au gré des découvertes et avancées de la médecine, mais également au fil des cultures et des croyances. En effet, la naissance est un évènement qui se produit depuis des temps immémoriaux, et qui marque la vie de nombreuses femmes.

Déjà dans la mythologie grecque, existaient des divinités telles qu'Ilithye, déesse sage-femme, largement priée par les femmes de l'époque. Dans la culture Romaine, un médecin grec, Soranos d'Ephèse (qui sera considéré par la suite comme le premier accoucheur et père de l'obstétrique) édite « Les maladies des femmes », guidant de nombreuses sages-femmes, et émettant déjà des recommandations pour l'accouchement : « *la parturiente doit s'asseoir sur un fauteuil, soutenue par d'autres femmes, la sage-femme étant assise par terre en face de l'accouchée.* » [1].

Plus tard, l'héritage judéo-chrétien prendra l'ascendant, avec tous les mythes entourant l'enfantement de Marie, mère de Jésus. Les douleurs de l'accouchement n'y étaient pas perçues comme naturelles, mais comme une punition, celle infligée à Eve. Et c'est dans cette optique que pendant des centaines d'années, c'est au domicile que les naissances auront lieu : la parturiente étant entourée à l'époque d'une « matrone » (une femme ayant appris son métier sur le tas, et forgée par l'expérience), et des femmes de la famille ou du village. Les naissances sont à l'époque une affaire de femmes, empruntées de prières à Sainte Marguerite ou à la Sainte Vierge, et de remèdes et amulettes. Louise Bourgeois, sage-femme au XVIIe siècle, accordait déjà beaucoup d'importance à l'environnement de la patiente, que ce soit d'un point de vue matériel et psychologique (air, sommeil, alimentation et boisson, mouvement et repos, excréments, émotions et sensations) [2].

La parturiente est encouragée à prendre diverses postures qui lui conviennent, tout en conservant une certaine pudeur, essentielle à l'époque. Selon les régions et pays, on encourage un accouchement semi-assis, les pieds surélevés ; ou alors allongée sur le côté les jambes repliées pour accoucher « par derrière » (cette position est fréquemment utilisée en Angleterre). Certaines régions développent des chaises percées (chaises d'accouchement) comme par exemple la Flandre, l'Alsace et les pays germaniques. D'autres femmes accouchent debout, les bras en appui sur une chaise, etc. La liberté est encouragée, et la douleur considérée comme inévitable..

Au XVIIIe siècle, au vu de la forte mortalité materno-fœtale (10% des femmes en âge de procréer à l'époque : mauvaise présentation fœtale, hémorragie, etc.), des accoucheurs ont fait leur apparition, rédigeant traités d'obstétrique et se démocratisant dans les foyers, au départ pour les accouchements difficiles (grâce à l'invention des forceps et leviers), puis pour les accouchements « normaux ». Ce sont ces praticiens qui vont réussir à imposer « la position la plus commode pour eux », c'est-à-dire le décubitus dorsal, en relayant les anciennes postures utilisées au rang animalier. L'accouchement n'est alors plus un acte naturel, mais un « art » nécessitant science et force.

Les matrones vont alors petit à petit être formées, notamment via l'initiative de Madame Bousier Du Coudray, une sage-femme qui, dès 1760, donnera des cours dans toute la France, à l'aide de son mannequin d'accouchement, et formera, via d'autres accoucheurs-démonstrateurs, près de douze mille sages-femmes, qui deviendront « plus insensibles et autoritaires », appliquant les recommandations des obstétriciens [3].

Au XIXe, la médicalisation de la naissance se poursuit : les sages-femmes sont formées pendant un an, et n'ont plus le droit de pratiquer que les accouchements naturels, faisant appels aux médecins pour les autres cas de figures. Néanmoins, à l'hôpital se propage la fièvre puerpérale, liée au manque d'hygiène de l'époque, avant les travaux de Tarnier, Pasteur, et autres. Autre événement marquant : la découverte des anesthésiants et analgésiques dans les années 1840 (chloroforme) administrés par les médecins, et qui se répandra peu à peu dans l'obstétrique. Enfin, l'arrivée du XXe siècle termine de médicaliser la naissance : les accouchements à domicile se raréfient, à l'hôpital le personnel médical a l'ascendant sur les parturientes, l'accouchement est vécu comme une épreuve à vivre « en solitaire ». Pour celles qui font encore le choix de l'accouchement à domicile, les pratiques sont aussi quelques peu modernisées : limitation de l'alimentation et de la boisson, parturiente allongée dès le début des douleurs, etc.[4]

Dans les années 1950 en France, le Docteur Lamaze, accoucheur à la Polyclinique des Métallurgistes (rue des Bluets, à Paris) mets au point une technique d'accouchement sans douleur (inspiré de techniques qu'il ramena de l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques

[URSS]), incluant une préparation psychique et physique. Sa technique, dite « psychoprophylaxie obstétricale » (PPO), informe les femmes sur l'accouchement et la douleur, leur permettant, le jour venu, d'être préparée, accompagnée par leur conjoint et le personnel médical, en disposant de leur corps [5].

Puis enfin, vers 1970, les pratiques que nous connaissons actuellement le mieux, que sont le monitoring et la péridurale occultent les méthodes du Docteur Lamaze petit à petit, et reprennent aux femmes la liberté de disposer de leur corps pendant l'accouchement qui leur avait été partiellement rendue [6].

De manière plus actuelle, avec l'ouverture au sein des structures hospitalières d'espaces dits « physiologiques » ou « nature », ainsi que l'autorisation de l'expérimentation des Maisons de Naissance en 2013, la création d'associations de patientes et militantes, il semble se former un courant en faveur de la démedicalisation de l'accouchement, une reprise du contrôle des femmes sur leur accouchement.

2. MÉCANIQUES OBSTÉTRICALES ET PHYSIOLOGIE

La variabilité posturale et la mobilité sont en prise directe avec les éléments de physiologie, c'est pourquoi la connaissance des modalités mécaniques et dynamiques du travail et de l'accouchement sont des éléments centraux.

2.1 LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT. [7]

Travail et accouchement sont les dernières étapes de la grossesse. L'accouchement se définit comme « *l'ensemble des événements qui concourent à la naissance d'un nouveau-né et à l'expulsion des annexes (membranes et placenta), au-delà de 22 semaines d'aménorrhée (SA), seuil de viabilité du fœtus.* ». Différents éléments sont en présence, notamment le moteur qu'est la contraction utérine ; l'obstacle que constitue le col ; le mobile fœtal ; et enfin le bassin osseux. Il est dit naturel (ou physiologique) « *en l'absence de toute thérapeutique, respectant ainsi sa physiologie* ». S'ajoute à cette notion celle d'eutocie, c'est à dire quand il se déroule par voie basse, sans manœuvres ou instruments [8].

2.1.1 Première phase : effacement et dilatation du col.

Cette phase, via les contractions utérines, va permettre au col de s'effacer et de se dilater. Les contractions vont dans un premier temps agir sur le segment inférieur, qui transmettra cette force sur le col pour l'aider à se dilater. Elle nécessite entre 7 et 10 heures pour une primipare, et 3 à 6 heures chez la multipare. Classiquement on parle de :

- phase de latence (effacement et dilatation du col jusque 3 centimètres) entre 5 heures pour une multipare, et 7 heures pour une primipare.

- phase active, décomposée en phase d'accélération progressive (jusqu'à 4 à 5 centimètres) puis de pente maximale (de 4 à 9 centimètres) et enfin de phase de décélération (entre 9 et 10 centimètres)¹.

Le pôle inférieur de l'œuf, c'est-à-dire la poche des eaux et la présentation fœtale, est soumis aux contractions : la poche participe à l'évolution du travail (protection mécanique et infectieuse) via le maintien de l'évasement du segment inférieur et surtout l'ouverture cervicale pendant la contraction via une pression répartie parfaitement également. Une fois rompue, c'est la présentation fœtale qui prend le relais.

Il est essentiel de retenir que « *la dilatation n'a pas besoin de la présentation pour débiter, mais nulle dilatation n'est possible, surtout après 5 cm, sans le point d'appui de la poche des eaux ou de la présentation.* » [9].

2.1.2. Deuxième phase : engagement, descente et expulsion de la présentation.

Cette étape se subdivise elle-même en trois phases, régies par différents phénomènes mécaniques.

- Passage du détroit supérieur

Le passage du détroit supérieur ou « engagement » a lieu lorsque les bosses pariétales de la tête fœtale franchissent le plan du détroit supérieur, soit le diamètre sous-occipito-bregmatique dans le cas d'une présentation du sommet. L'axe d'engagement croise celui de la poussée utérine selon un certain angle, qui peut varier selon la position de l'utérus et par la statique pelvienne (nutations ; contre-nutations) et la position maternelle (hyperlordose lombaire).²

L'accommodation de la tête se fait via l'utilisation des plus grands diamètres de la tête fœtale, ainsi que les plus grands diamètres du détroit supérieur, à savoir les diamètres obliques. La flexion de la tête optimise l'engagement via l'utilisation du diamètre sous-occipito-bregmatique de la tête.

- Rotation intra-pelvienne

Afin de permettre par la suite son dégagement, la présentation effectue une rotation après l'engagement. La rotation s'effectue en même temps que la descente, et ce, à différents niveaux (de l'excavation pelvienne au périnée).

- Expulsion

C'est le passage du détroit inférieur par le mobile fœtal, soit le sommet, la tête, les épaules, le tronc et enfin le siège, qui se dégagent tour à tour. La tête progresse selon différents axes après l'engagement, puis butte sur le sacrum pour se fléchir encore, et s'horizontalise chez la femme en décubitus dorsal.

¹ Annexe I.

² Annexe II.

La rétroimpulsion du coccyx permet aussi le passage du diamètre de dégagement, qui viendra se fixer sous la symphyse. Puis le sommet se dégage, permettant l'accouchement par la suite du reste du corps [10].

2.2 POSITIONS MATERNELLES

La mécanique obstétricale est la résultante de nombreux paramètres, indissociables les uns des autres. Jusqu'au XVII^e siècle, la déambulation et l'accouchement en position verticale étaient monnaie courante.

Les postures ont donc de l'influence sur des facteurs tels que l'évolution du travail. En effet, tant sur le plan mécanique que dynamique, les effets s'en font ressentir. D'un point de vue musculaire, l'utilisation des postures et de la respiration permettent la détente maternelle et donc la relaxation utérine en dehors des contractions. De plus, mécaniquement parlant, la variabilité posturale permet une meilleure concordance entre axe de poussée utérine et axe d'engagement. Enfin, il est à noter que certaines pratiques répandues (décubitus dorsal, apnée lors de la poussée, etc.) sont hémodynamiquement délétères, alors qu'à contrario, la déambulation et les postures améliorent le retour veineux.

Une fois la mécanique obstétricale bien acquise, des choix semblent évidents en matière de posture afin d'améliorer le pronostic obstétrical :

- pour favoriser la rotation : positions latéro-ventrales ; quatre pattes ; accroupie suspendue et penchée vers l'avant.
- pour procurer une certaine antalgie : appui sacrée ; hyper-extension du rachis.
- pour favoriser l'engagement : mouvement de nutation ; alignement du sacrum et du rachis (diminution de l'hyperlordose) ; flexion de hanche en position gynécologique ; postures asymétriques [11].

Concernant les mouvements du bassin, que sont nutation et contre-nutation, ils sont rendus possibles par les articulations sacro-iliaques. La nutation s'obtient en fléchissant les cuisses sur le bassin, pour améliorer la concordance entre axe du détroit supérieur et axe de poussée utérine, mais également en augmentant le diamètre sous-sacro-sous-pubien, et en diminuant le diamètre promonto-réto-pubien. Il augmente donc le détroit inférieur et diminue le détroit supérieur, mais permet l'engagement par la concordance des axes. La contre-nutation s'obtient, elle, via l'extension des cuisses sur le bassin, augmentant le diamètre promonto-réto-pubien, diminuant le diamètre sacro-pubien et diminuant le bi-ischiatique. Cela agrandit donc le détroit supérieur, mais ne permet pas la concordance des axes.

Nous terminerons avec la phase expulsive : la parturiente peut pousser dans n'importe quelle position (dorsale, latérale, accroupie, etc.) car aucune d'elle n'a démontré une supériorité significative aux autres, l'important étant l'adaptabilité à la mécanique et à la clinique [12].

L'importance du choix de la posture ne doit pas être sous-estimée et doit être fait d'après une connaissance des forces en présence et de leurs interactions, afin de favoriser le bon déroulement du travail.

3. LES COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME

La profession de sage-femme est une profession médicale autonome à compétences définies et réglementées. Elle peut, entre autres, assurer de manière autonome la surveillance du travail et l'accouchement, et ce, de manière relativement libre. De nombreux textes et référentiels inscrivent, à juste titre, la profession de sages-femmes dans la physiologie.

3.1 LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (CSP)

Le CSP est un outil du droit de la santé en matière de législation et de réglementation. Il contient entre autre le Code de Déontologie médicale que doivent respecter les professionnels de la Santé en France. La profession de sage-femme y est donc réglementée.

L'Article L.4151-1 du CSP définit l'exercice de la profession de sage-femme comme comportant « *la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psycho-prophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins post-nataux* » [13].

L'Article R.4127-325 du CSP parle lui du fait que dès que la sage-femme s'engage à répondre à la demande d'une patiente elle « s'engage à assurer personnellement, avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né ».

Le CSP contient également les 67 articles du Code de Déontologie des Sages-Femmes, détaillant l'ensemble de leurs droits et devoirs au décours de leur exercice professionnel, comme par exemple le respect de la volonté de la patiente, l'obligation de moyens, etc.[14]

3.2 RÉFÉRENTIEL METIER ET COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

En 2010, le Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), avec la participation du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), a édité le Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes [15]. Ce document a pour but de « *décrire des situations clés de la pratique clinique des sages-femmes, et d'authentifier les valeurs professionnelles qui leurs donnent sens* ». Il se veut également être une sorte de modèle pour la construction du programme de la formation initiale. Etait également poursuivi, lors de sa création, un but de reconnaissance de la profession. Il contient huit situations types, avec, pour chacune, une mise en évidence de la démarche clinique, de l'urgence, de la prévention et de l'éducation qui en découlent.

La situation quatre, concerne le diagnostic et le suivi du travail, ainsi que la réalisation de l'accouchement³. En effet, la sage-femme doit être capable de réaliser un diagnostic et proposer une prise en charge optimale pour une patiente à bas risque en « *respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente* ». La surveillance des différents paramètres lors du travail et l'information de la patiente pour la prise de décision sont essentielles.

4. LA FORMATION INITIALE EN MAÏEUTIQUE

La formation initiale en maïeutique, sanctionnée par l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, s'effectue depuis 2011 en cinq années d'études, réparties en deux cycles.

4.1 DIPLÔME DE FORMATION GENERALE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES (DFGSMa)

Le DFGSMa est délivré aux étudiants en fin de premier cycle des études de sage-femme depuis l'année universitaire 2012-2013. Un des objectifs de la formation est « *l'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques indispensables à la maîtrise ultérieure des savoirs et des savoir-faire nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme* ». Néanmoins, l'un des principes fondateur régissant l'acquisition des connaissances est celui de non-exhaustivité : en effet, la progression des connaissances est telle qu'elle « *impose des choix* ». L'enjeu serait donc « *d'acquérir des concepts qui permettront à l'étudiant, au cours de ses études ultérieures et de sa vie professionnelle, de disposer des outils pour faire évoluer ses savoirs et ses savoir-faire.* » [16]

Les deux premiers semestres du DFGSMa sont actuellement consacrés à la Première Année Commune des Études de Santé (PACES). Les deux autres années de premier cycle sont organisées sous forme d'Unité d'Enseignement (UE), qui sont définies librement par les écoles de sages-femmes [17]. Le but étant, pour les étudiants, d'acquérir des connaissances scientifiques, en santé publique, sémiologie clinique et paraclinique, et enfin, physiopathologie et pharmacologie. Nulle mention n'est faite d'un apprentissage en matière de physiologie de l'accouchement.

4.2 DIPLÔME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES (DFASMa)

Le DFASMa, sanctionné par l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, confère à l'étudiant le grade master (par décret, depuis décembre 2014). Parmi les objectifs de la formation, on retrouve la nécessité d'acquérir des connaissances scientifiques complétant celles

³ Annexe III.

du DFGSMa ; mais on note également l'importance de « *l'acquisition de connaissances pratiques et de compétences au cours de la formation clinique et des stages* ».

Dans l'enseignement obligatoire (tronc commun), est mise en exergue l'acquisition de compétences et connaissances pour « *concevoir une proposition thérapeutique ; fonder sa pratique professionnelle sur des bases scientifiques* » [18].

Le premier axe de formation s'organise autour du « *développement de l'expertise professionnelle des sages-femmes concernant les actions de soutien, de maintien et/ou de restauration du processus physiologique de la maternité allant de la grossesse au post-partum et de la santé génésique des femmes* ». L'UE « Obstétrique, maïeutique, démarche clinique, diagnostic anténatal et médecine fœtale » fait état de certaines des compétences attendues d'une sage-femme comme par exemple la surveillance du travail ; la réalisation de l'accouchement ; le dépistage des pathologies ou complications, la surveillance de situations spécifiques (dystocies), etc. [19]. L'enseignement clinique, quant à lui, se base sur l'acquisition des compétences spécifiques et transversales décrites dans le référentiel métier et compétences de sage-femme vu précédemment, ainsi que la maîtrise du raisonnement clinique et de la mise en lien avec l'enseignement théorique.

5. LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Conformément à la loi, selon l'article L. 4153-1 du CSP, le Développement Professionnel Continu (DPC) est une obligation que toute sage-femme se doit de respecter [20]. Cela lui permet, entre autres, de perfectionner ses connaissances et d'améliorer la qualité des soins. Il est supervisé par l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC), qui gère les organismes de formations et les financements. Des associations de DPC comme l'Aspazie proposent des formations pour les professionnels avec un axe obstétrical et périnatal (ex : accouchement physiologique et techniques posturales) [21].

De plus, de nombreuses sages-femmes sont amenées à se former dans le cadre de projets de service, ou simplement dans le but d'améliorer leurs pratiques professionnelles ou pour développer certaines compétences.

Il existe des diplômes permettant d'exercer une activité dans le cadre légal du champ de compétence de la sage-femme comme les Diplômes Universitaires (DU) ou les Diplômes Inter-Universitaires (DIU) d'acupuncture, d'ostéopathie, ou d'échographie obstétricale et gynécologique. Concernant la mobilité et la variabilité posturale, un seul DIU est pour le moment reconnu par le conseil de l'ordre (Mécanique et techniques Obstétricales).

D'autres diplômes ou formations permettent d'approfondir les connaissances et les compétences des sages-femmes, et notamment en matière de physiologie, de mobilité et de variabilité posturale. Parmi les noms les plus connus, ressort celui de Bernadette De Gasquet.

Médecin et professeur de Yoga, elle « *associe l'approche corporelle, les savoirs traditionnels et la médecine moderne [...] pour changer les erreurs biomécaniques de l'accouchement et du travail des abdominaux, tout en respectant la physiologie* » [22]. Elle dispense des cours pour de nombreux professionnels sur les positions d'accouchement et la protection du périnée, des préparations à l'accouchement par le yoga, et a également publié des ouvrages, par exemple une méthode d'accouchement permettant de respecter la physiologie, de gérer la douleur, et proposant des solutions basées sur la mobilité, les postures, et la respiration.

Autre méthode, celle de Julie Bonapace, également très connue, propose de mieux aborder la grossesse et l'accouchement dans une époque où « *la naissance est surmédicalisée, monétisée et traitée avec une approche interventionniste* ». Elle forme les parents, les professionnels, autour du yoga, de la gestion de la douleur non-pharmacologique et de la gestion du stress [23].

De plus, lors de congrès, journées de formation, etc., il est possible de réaliser une sensibilisation à la mobilité et à la variabilité posturale, via l'intervention de paires, médecins, ou tout autre professionnel.

6. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

De nombreuses organisations officielles, gouvernementales ou professionnelles, émettent de manière régulière, et en accord avec les dernières avancées de la recherche et des compétences, des recommandations de bonnes pratiques.

6.1 LA HAUTE AUTORITE DE SANTÉ (HAS)

La HAS a émis des recommandations en matière de prise en charge des parturientes [24], en appliquant le principe de bienveillance et en respect des droits des patientes. Elle met en valeur le respect du choix de la patiente, ainsi que l'importance du soutien de la patiente pendant l'accouchement par le professionnel. La nécessité de l'informer des modalités de prise en charge de la douleur, mais également des facteurs de risque ainsi que des différents modes de prise en charge est remise en exergue.

Elle définit également le « *bas risque maternel, fœtal et obstétrical* » [25] pendant la grossesse, et permet ainsi, lors de l'accouchement, d'offrir une prise en charge moins médicalisée, au sein de la maternité, pour les patientes qui le souhaitent (et selon des critères définis par les établissements de santé, car ces inclusions ne découlent actuellement pas de recommandations) [26]

6.2 LE CONSEIL NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF)

Toujours dans une optique de définition et d'encadrement du suivi de la grossesse et de l'accouchement, le CNGOF a émis des recommandations remettant en exergue certaines notions, comme notamment le fait que « *la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels* » nécessitant évidemment une prise en charge adaptée, tout en réaffirmant la place de la sage-femme dans le suivi et l'accouchement des grossesses physiologiques tout en dépistant des risques éventuels et les complications.

Sont également réaffirmés la nécessité d'« *un soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement* » afin de diminuer le temps de travail, le recours aux moyens techniques, ainsi que la réduction des extractions instrumentales. De plus selon le CNGOF, les maternités doivent être en mesure de proposer des protocoles adaptables à la physiologie et aux besoins et attentes, que cela soit, ou non, dans le cadre d'un projet d'établissement. Mais le tout se devant d'être formalisé et issu d'une collaboration interprofessionnelle [27].

6.3 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)

L'OMS comporte de nombreux départements, dont celui de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Ils éditent régulièrement des guides et recommandations de prise en charge.

En 2005, l'OMS, conjointement avec l'International Confederation of Midwives (ICM) et la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), a émis une déclaration pour une grossesse à moindre risque, en soulignant le rôle capital de l'accoucheur qualifié, qu'il définit comme « *un professionnel de santé accrédité - une sage-femme, un médecin ou un/une infirmier (ère) - qui a été formé et a acquis les compétences requises pour la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du postpartum immédiat normaux (sans complication) et sait identifier, traiter ou, si besoin, transférer les femmes et les nouveau-nés présentant des complications* » [28].

Puis en 2013 est paru un manuel pour le renforcement des compétences concernant « Le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale » [29]. Dans ce guide, le soutien au cours du travail et de l'accouchement est encouragé, via le dialogue, la transparence. L'OMS y encourage l'auto-prise en charge des parturientes : bain, douche, position confortable, possibilité de boire et manger pendant le travail, respiration, etc.

Les recommandations de plusieurs organismes convergent donc vers des idées similaires en matière de prise en charge des parturientes dans le cadre de l'accouchement physiologique. La place est laissée à la mobilité et à la variabilité posturale.

A la lumière de ces différents éléments de contexte, j'ai pu constater l'importance de la mobilité et de la variabilité posturale au cours de l'histoire de l'obstétrique, mais également la place de ces éléments dans la physiologie du travail et de l'accouchement. La profession de sage-femme est inscrite au cœur de cette même physiologie, que malheureusement notre cursus initial laisse relativement de côté. Le développement professionnel, ainsi que les recommandations des différentes instances, permettent de se former et d'améliorer nos pratiques dans le sens du respect de la physiologie. C'est pourquoi j'ai orienté, par la suite, mon travail de recherche sur les pratiques professionnelles des sages-femmes sur la mobilité et la variabilité posturale.

DEUXIÈME PARTIE :

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, AUPRÈS DES SAGES-FEMMES DE SALLE DE NAISSANCES, EN MOSELLE EN 2017.

Grâce à l'éclairage du sujet que j'ai réalisé, et d'après les observations et réflexions que j'ai pu faire au décours de mes expériences en tant qu'étudiante sage-femme, j'ai souhaité réaliser un état des lieux des pratiques des sages-femmes sur le sujet de la mobilité et de la variabilité posturale en salle de naissance.

1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

La méthodologie de ma recherche se base sur le protocole de recherche fourni par l'Ecole de Sages-Femmes du Centre Hospitalier Régional (CHR) Metz-Thionville, et est adapté à mon sujet et à ma volonté d'établir un état des lieux des connaissances.

1.1 PROBLÉMATIQUE

Après avoir vu et réalisé la prise en charge de nombreuses patientes en travail et au cours de leur accouchement, beaucoup de remarques et d'interrogations me sont venues, sur notre façon de prendre en charge les parturientes.

La question que je me suis alors posée était la suivante : les sages-femmes mettent-elles en place les variations posturales et la mobilisation lors du travail et de l'accouchement, lors de leur prise en charge des parturientes en salle de naissance ?

1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

1.2.1 Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de dresser un état des lieux, en 2017, sur le département de la Moselle, de la pratique de la variabilité posturale et de la mobilité par les sages-femmes en salle de naissance.

Dans le même temps, via cet état des lieux, d'autres objectifs, secondaires, sont poursuivis :

- Recenser les éléments favorables ou défavorables à ce type de prise en charge.
- Évaluer le taux d'utilisation de différentes positions par les sages-femmes au décours de leurs prises en charge des parturientes.
- Évaluer la formation initiale des sages-femmes concernant la variabilité posturale et la mobilité.
- Apprécier le ressenti des sages-femmes concernant ces sujets.

1.2.2 Hypothèses

Avec l'appui de mes recherches, ainsi que les observations réalisées au cours de mes différents stages, j'ai formulé des hypothèses quant aux résultats que je pensais obtenir :

- L'utilisation des variations posturales et de la mobilisation des parturientes en salle de naissance est encore marginale et peu mise en place dans les faits.
- Les critères cliniques de la patiente peuvent influencer sur l'utilisation des postures et de la mobilité (âge, parité, souhaits en matière d'analgésie, etc.) de manière positive ou négative.
- Il semble qu'il existe également des disparités importantes en fonction du type de maternité, de l'ancienneté du personnel, de la formation du personnel, et du matériel mis à disposition.
- La prise en charge plus personnalisée et axée sur la physiologie serait un souhait des sages-femmes.
- La formation des sages-femmes au cours de la formation initiale semble être incomplète en matière de mobilité et de positions physiologiques en per-partum.

1.3 SCHÉMA GÉNÉRAL ET OUTILS D'ENQUÊTE

1.3.1 Type d'étude

L'étude que j'ai réalisée est une étude de type épidémiologique, observationnelle, analytique, transversale, qualitative, et multicentrique. Cela m'a permis d'obtenir un panorama, à un moment donné, pour la Moselle, des pratiques des sages-femmes.

1.3.2 Population cible

Dans l'étude, seront incluses les sages-femmes de salle de naissance de la Moselle, dans la période donnée. Elles doivent être titulaires du diplôme d'État de sage-femme. L'anonymat devra être respecté par les sages-femmes lors du remplissage du questionnaire. Sont exclues de cette étude les sages-femmes coordinatrices des services.

1.3.3 Critères de jugement

Le critère de jugement principal sera le taux d'utilisation (déclaré par les sages-femmes) de la variabilité posturale et de la mobilité en salle de naissances. Secondairement, j'évaluerai tour à tour :

- L'équipement des centres hospitaliers, jouant en faveur ou non de la mobilité et de la prise en charge physiologique.
- Le taux de formations réalisées par les sages-femmes dans le cadre de la formation continue (DPC).
- Le taux de satisfaction concernant la formation initiale en matière de physiologie (postures, mobilité).
- La sensibilité des sages-femmes à ce type de prises en charges.

1.3.4 Questionnaire de recherche

Le questionnaire de recherche comporte un encart explicatif du travail de mémoire, puis 23 questions, réparties en quatre rubriques que sont la formations et le lieu d'exercice ; les pratiques professionnelles ; les ressentis et avis ; et enfin les données personnelles⁴. Le temps de remplissage estimé après test variait entre 9 et 13 minutes.

Je l'ai conçu afin de pouvoir vérifier ou non les hypothèses formulées, via des critères de jugements définis précédemment.

1.4 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

L'outil de recherche a fait l'objet d'une validation par le directeur de mémoire, ainsi que par l'expert, le 25 Février 2017.

L'enquête s'est ensuite déroulée du 6 Mars 2017 au 3 Avril 2017. Les questionnaires ont été distribués ou imprimés par les sages-femmes coordinatrices des services de salles de naissances de Moselle, après information et consentement de leur part.

1.4.1 Aspects réglementaires et éthiques

Conformément aux réglementations en vigueur, un formulaire de recueil de données personnelles a été déposé pour ce travail de recherche auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (n° d'enregistrement JFM2129964i), afin de pouvoir procéder à la collecte de certaines informations. Dans un souci éthique, les réponses au questionnaire de recherche sont strictement anonymes.

1.4.2 Logistique et budget

En termes de logistiques, certains centres hospitaliers ont souhaité imprimer eux-mêmes les questionnaires et me les faire suivre par courrier. Pour les autres centres, l'impression, ainsi que la distribution et la collecte des questionnaires ont été assurées par mes soins. Le coût global de cette étude s'élève, à posteriori, à environ 150 euro, ceci regroupant les frais d'impression du support, ainsi que les frais de déplacement inhérents à la distribution et à la collecte des questionnaires.

Le questionnaire a été soumis aux sages-femmes coordinatrices, adjoint du protocole de recherche clinique, afin qu'elles en valident la diffusion au sein de leurs établissements.

⁴ Annexe IV.

2. RÉSULTATS

2.1 PRÉSENTATION DE LA POPULATION

La diffusion du questionnaire de recherche a été autorisée par les sages-femmes coordinatrices des structures suivantes, qui sont les 7 maternités de Moselle :

- Clinique Saint-Nabor (St AVOLD ; type 1).
- Hôpital Saint-Nicolas (SARREBOURG ; type 1).
- Centre Hospitalier Robert Pax (SARREGUEMINES ; type 1).
- Hôpital Bel-Air (THIONVILLE ; type 2B).
- Hôpital Femme-Mère-Enfant de Mercy (METZ ; type 2B).
- Centre Hospitalier Marie-Madeleine (FORBACH ; type 2B).
- Hôpital-Clinique Claude Bernard (METZ ; type 2B).

Les sages-femmes coordinatrices des maternités de Mercy, Thionville, Claude Bernard, Forbach, Sarreguemines ont souhaité que je leur dépose des questionnaires imprimés, correspondant à leur effectif en salle de naissance. Les coordinatrices de Saint Avold et Sarrebourg ont souhaité imprimer elles-mêmes mon questionnaire et me les faire parvenir une fois remplis. Sur environ 125 questionnaires (quantité estimée d'après les demandes des cadres), les réponses recueillies s'élèvent à 52 questionnaires.

2.1.1 Lieux d'exercices

- Type de maternité

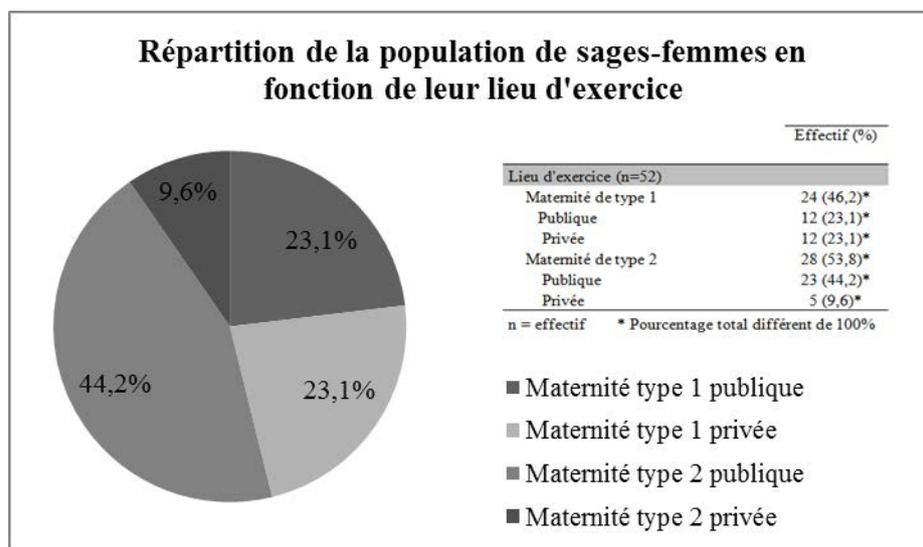


Figure 1 : Répartition de la population de sages-femmes étudiée, en fonction de leur lieu d'exercice.

- Équipements disponibles

Le ballon et le coussin de type « Corpomed » sont déclarés disponibles dans l'établissement par l'ensemble des sages-femmes de la population étudiée (n=52 ; 52 [100]). 46 d'entre-elles

déclarent qu'elles disposent de tables d'accouchements favorisant les postures ; 44 déclarent disposer d'une baignoire ou d'une douche ; 39 sages-femmes ont accès à une salle de pré-travail nature ; 31 peuvent utiliser des cathéters veineux obturables ; et enfin 27 d'entre-elles disposent de matériel de suspension.⁵

2.1.2 Âge moyen

La population de sages-femmes est âgée en moyenne de 39,25 ans.⁶

2.1.3 Lieu d'obtention du Diplôme d'État de sage-femme

La totalité de la population de sages-femmes étudiée a obtenu son Diplôme d'État des sage-femme en France (n=52 ; 100%).

2.1.4 Expérience en salle de naissances

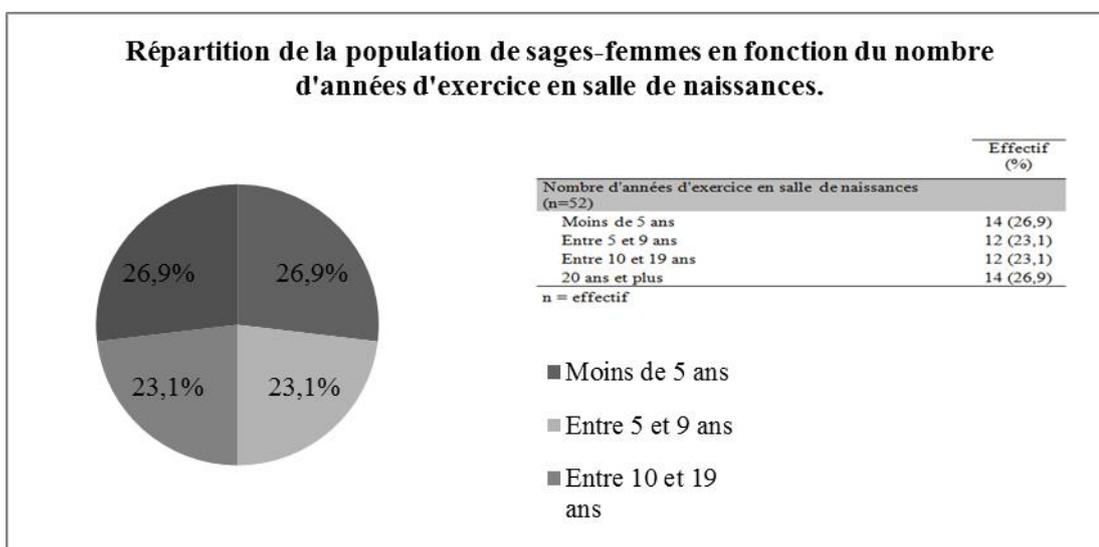


Figure 4 : Répartition de la population de sages-femmes étudiée, en fonction du nombre d'années d'exercice en salle de naissances.

2.2 FORMATIONS

2.2.1 Formation initiale

- La population de sages-femmes étudiée a effectué entre 3 (pour 28,8% d'entre-elles) et 5 ans (pour 40,4%) de formation avant l'obtention du Diplôme d'État de sage-femme.⁷
- Dans la population de sages-femmes étudiée, la moitié d'entre elles estime avoir reçu des cours spécifiques concernant les positions d'accouchement (n=52 ; 26 [50%]), tandis que l'autre moitié estime ne pas en avoir reçu (n=52 ; 26 [50%]).⁸

⁵ Annexe V.

⁶ Annexe VI.

⁷ Annexe VII.

⁸ Annexe VIII.

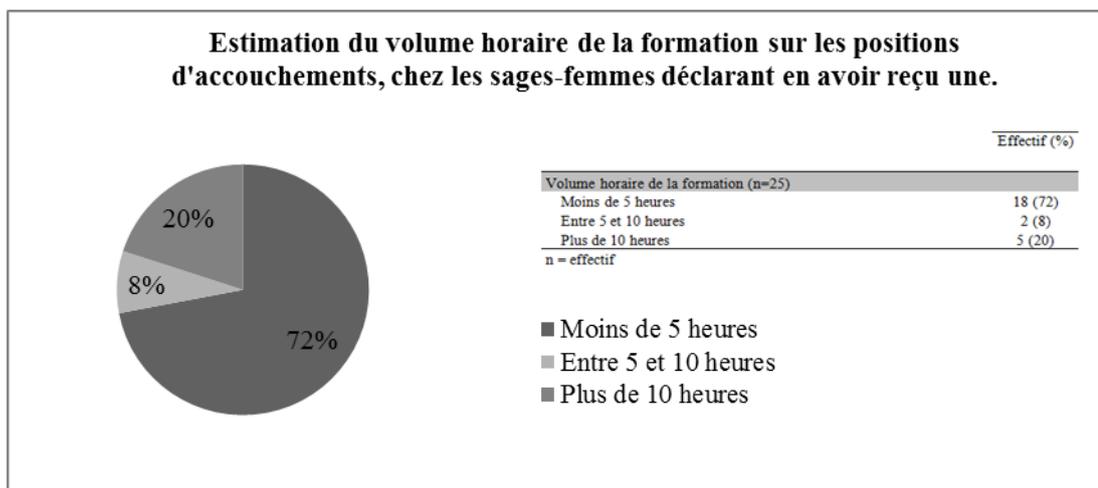


Figure 5 : Estimation du volume horaire de la formation sur les positions d'accouchements, chez les sages-femmes déclarant en avoir reçu une.

2.2.2 Formations complémentaires

- DU, DIU, Master

Sur la totalité de l'effectif de sages-femmes étudiées, 10 sages-femmes (n=52 ; 10 [19,2%]) déclarent être détentrices d'un diplôme complémentaire de type DU, DIU, ou Master en complément de leur Diplôme d'État de sage-femme⁹.

Tableau 5 : Répartition des diplômes complémentaires chez les sages-femmes déclarant en avoir obtenu un.

	Effectif (%)
Diplôme Universitaire	
Grossesse à Haut Risque	1 (10)*
Echographie obstétricale	1 (10)*
Acupuncture	1 (10)*
Diplôme InterUniversitaire	
Lactation humaine	1 (10)*
Echographie obstétricale et gynécologique	2 (20)*
Addiction et périnatalité	1 (10)*
Tabacologie	1 (10)*
Acupuncture obstétricale	2 (20)*
Master	
Santé publique - Intervention et promotion de la santé	1 (10)*

n = effectif * Pourcentage total différent de 100%

- Formations complémentaires sur la mobilité et la variabilité posturale.

Dans la population de sages-femmes étudiée, 32 déclarent avoir suivi une ou des formations concernant les thèmes de la mobilité et de la variabilité posturale (n=52 ; 32 [61,5%]).¹⁰

⁹ Annexe IX.

¹⁰ Annexe X.

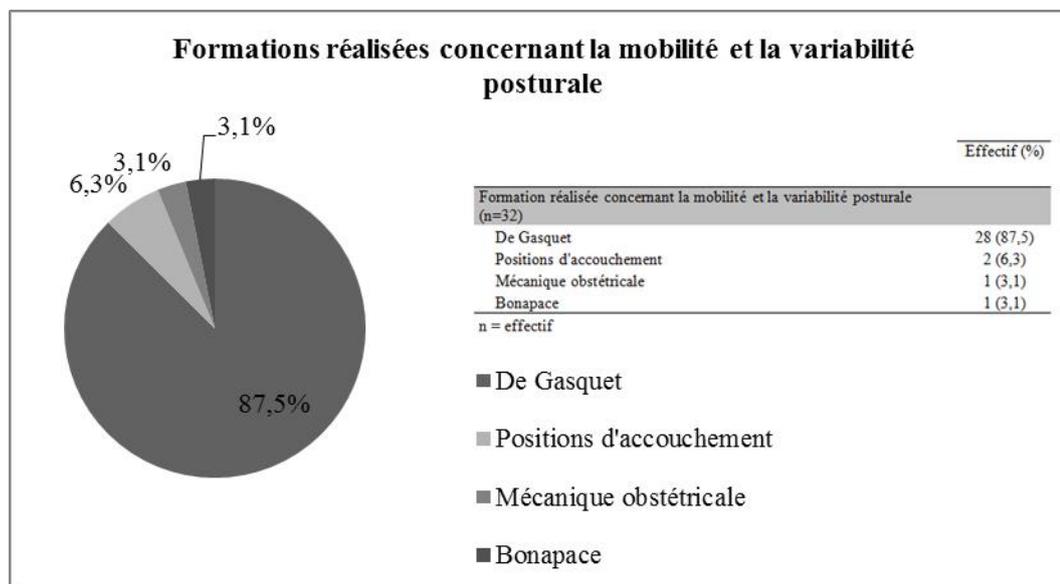


Figure 6 : Répartition des formations concernant la mobilité et la variabilité posturale, chez les sages-femmes de la population étudiée en ayant suivi une.

2.3 PRATIQUES PROFESSIONNELLES

2.3.1 Nécessité de la mobilité

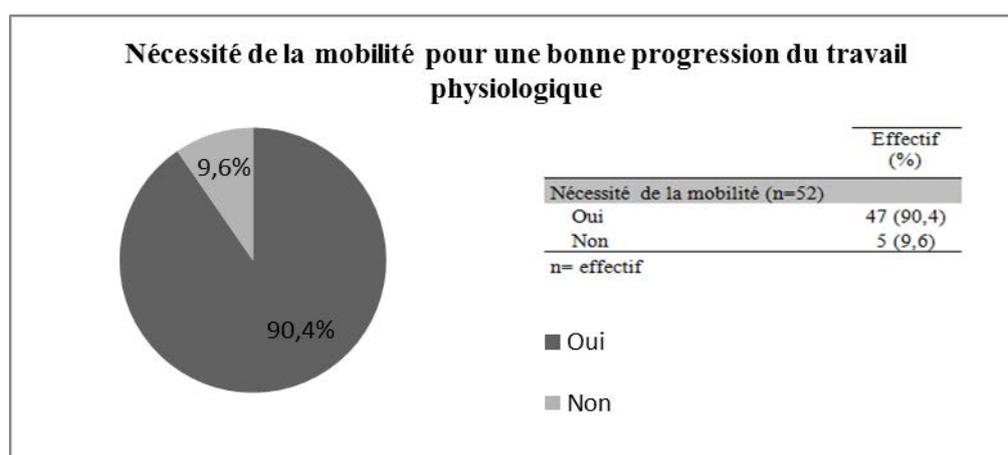


Figure 7 : Evaluation de la nécessité de la mobilité pour une bonne progression du travail, dans la population de sages-femmes étudiée.

2.3.2 Propositions de mobilité

Tableau 7 : Proposition de mobilisation pendant la phase de latence du travail (effacement et dilatation du col jusqu'à 3 cm), dans la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Proposition de mobilisation pendant la phase de latence (effacement et dilatation jusqu'à 3 cm) (n=52)	
Oui	47 (90,4)
Non	5 (9,6)
n = effectif	

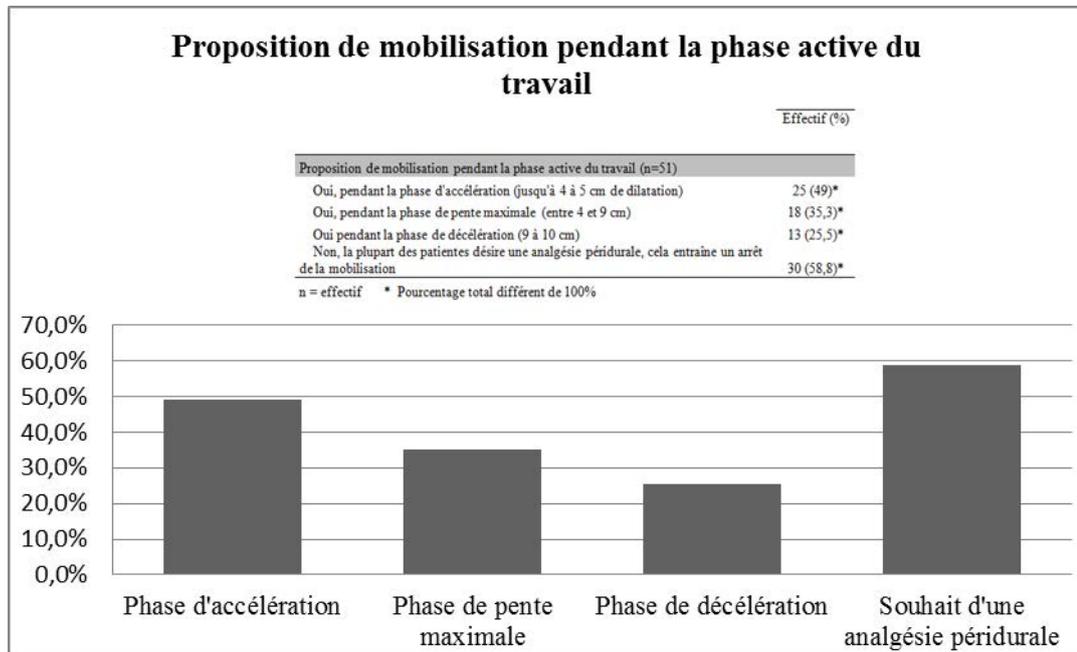


Figure 8 : Proposition de mobilisation pendant la phase active du travail, dans la population de sages-femmes étudiée.

2.3.3 Positions d'accouchement

Dans la population de sages-femmes, 94,2% utilisent le décubitus dorsal classique (n=52 ; 49 [94,2%]), tandis que 73.1% déclarent utiliser le décubitus dorsal aménagé ou latéral (n=52 ; 38 [73,1%]). Enfin 19.3% utilisent le quatre-pattes [n=52 ; 10 [19,2%]]. Seule une sage-femme déclare utiliser la position accroupie¹¹. A noter que l'utilisation des positions autres que le décubitus dorsal est dans 69% (n=42 ; 29 [69%]) une proposition émanant de la sage-femme¹².

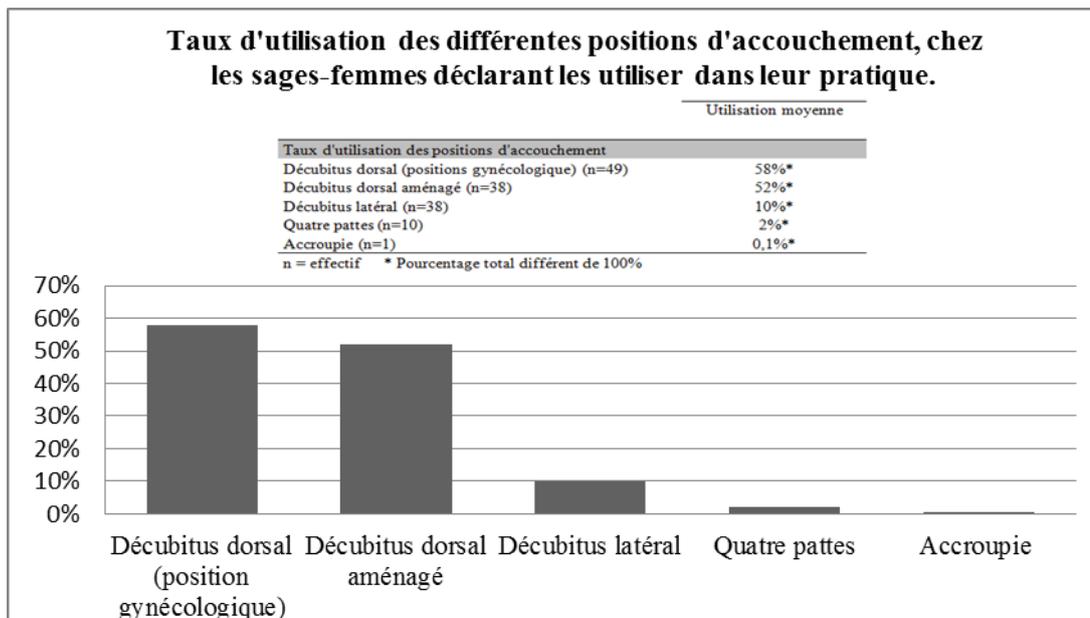


Figure 9 : Taux moyen d'utilisation des positions d'accouchement, chez les sages-femmes déclarant les utiliser, dans la population étudiée.

¹¹ Annexe XI.

¹² Annexe XII.

2.3.4 Protocole de prise en charge ou référentiels

Dans la population de sages-femmes interrogées, 78,8% (n=52 ; 41 [78,8%]) n'ont pas à disposition de protocoles de prise en charge ou de référentiel pour les patientes souhaitant gérer une partie de travail sans péridurale.¹³

2.4 RESENTI ET AVIS

2.4.1 Prise en charge physiologique

- Dans notre population de sages-femmes, 66,7% (n=51 ; 34 [66,7%]) constatent, dans une moindre mesure, une demande de prise en charge plus physiologique¹⁴.
- Les sages-femmes interrogées pensent, pour 43,1% (n=51 ; 22 [43,1%]) que les pratiques dites « physiologiques » tendent à se démocratiser mais ne sont pas majoritaires, ou très peu pour 31,4% (n=51 ; 16 [31,4%])¹⁵.

2.4.2 Ressenti personnel

Tableau 13 : Sensibilité personnelle à l'utilisation de la mobilité et de la variabilité posturale, dans la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Sensibilité à la variabilité posturale (n=52)	
Oui, beaucoup	29 (55,8)
Oui, un peu	18 (34,6)
Non, pas du tout	5 (9,6)

n = effectif

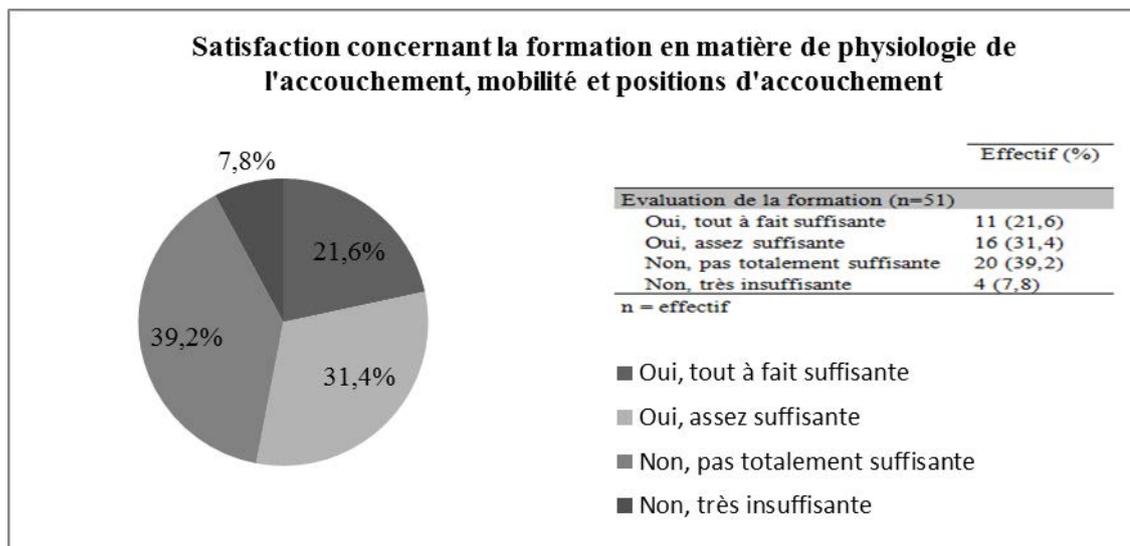


Figure 10 : Satisfaction de la population de sages-femmes sur leur formation concernant la physiologie de l'accouchement, la mobilité, et les positions d'accouchement.

¹³ Annexe XIII.

¹⁴ Annexe XIV.

¹⁵ Annexe XV.

2.4.3 Incidence de la clinique sur la mobilité et la variabilité posturale

- 80,4% (n=46 ; 37 [80,4%]) des sages-femmes de la population étudiée pensent que l'obésité peut freiner ou empêcher la mobilité au cours du travail. De même, 54,3% [n=46 ; 25 [54,3%]) de l'effectif de sages-femmes pense que la présentation du siège peut être un frein. Enfin, on note que 28,3% des sages-femmes pensent que la maturation cervicale peut empêcher la mobilité (n=46 ; 13 [28,3%])¹⁶.
- Concernant les freins ou facteurs favorisant la variabilité posturale lors de l'accouchement déclarés par les sages-femmes, on note par exemple comme frein la présence d'une péridurale précoce ou trop dosée (n=42 ; 23 [54,7%]), et comme facteur favorisant le désidérata de la patiente (n=37 ; 20 [54,1%])¹⁷.

¹⁶ Annexe XVI.

¹⁷ Annexe XVII.

TROISIÈME PARTIE :

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

ET DISCUSSIONS

Ces interprétations et discussions sont basées sur les résultats de l'enquête (qui ne prennent donc en compte que l'avis de 52 sages-femmes, uniquement sur la Moselle) ainsi que sur les recherches effectuées par mes soins, et mon avis personnel, cela n'engage donc que ma responsabilité d'auteur.

1. ANALYSE DES DONNÉES

1.1 POPULATION DE L'ÉTUDE

La population de sages-femmes étudiée est donc composée de 52 sages-femmes, ce qui est très peu en corrélation avec le nombre de questionnaires requis par les cadres, on peut donc constater le faible taux d'adhésion à l'étude, plus ou moins fort selon le centre hospitalier.

De plus, après discussions avec certaines sages-femmes coordinatrices lors de la collecte des questionnaires, certaines m'ont informé que vu la taille de la structure, les sages-femmes n'exerçaient pas strictement en salle de naissance, mais effectuaient également des gardes dans d'autres services de manière habituelle, ce qui peut fausser les résultats obtenus en terme de répartition dans les maternités. La majorité des réponses proviennent de sages-femmes de maternités de type 2B publiques.

La population de sages-femmes étudiée est plutôt d'âge moyen, avec une médiane de 39.25 ans (les sages-femmes entre 30 et 39 ans sont les plus représentées, à savoir 34,6%).

La répartition des sages-femmes du point de vue des années d'expériences en salle de naissance est relativement homogène, avec un pic pour les deux extrêmes : 26,9% ont exercé moins de 5 ans en salle de naissances, tandis que 26,9% ont exercé plus de 20 ans en salle de naissances.

1.2 UTILISATION DE LA VARIABILITÉ POSTURALE ET DE LA MOBILITÉ

Malgré le fait que 90,4% des sages-femmes interrogées estiment que la mobilité soit nécessaire pour l'avancée du travail physiologique, il existe une grande disparité dans les propositions de mobilisation faites aux patientes, selon l'avancée du travail. En effet, 90,4% des sages-femmes proposent habituellement aux patientes de se mobiliser pendant la phase de latence du travail, alors que, pendant la phase active, elles ne sont plus que 49% pour la phase d'accélération, et 25,5% pendant la dernière phase de décélération.

Selon elles, 58,8% des patientes sollicitent la péridurale, ce qui coupe court à toute mobilité. De plus, certaines situations cliniques spécifiques sont également mises en cause : 80,4% des sages-femmes estiment que l'obésité est un frein à la mobilité pendant le travail, ainsi que la présentation par le siège pour 54,3% d'entre elles, ce qui ne semble pas se justifier par des recommandations de bonnes pratiques, mais peut-être modéré par certaines spécificités dont le

questionnaire ne fait pas état (association entre une rupture prématurée des membranes (RPM) ; etc.). Il en est de même pour les 28,3% de sages-femmes qui pensent que la maturation cervicale peut freiner ou empêcher la mobilité, cela ne semble pas se justifier, sauf présence d'autres facteurs (RPM et présentation haute, etc.).

Concernant la variabilité posturale lors de l'accouchement, la grande majorité des sages-femmes déclare utiliser le décubitus dorsal (position gynécologique) (94,2%) avec une utilisation moyenne dans 58% de leur accouchement. Le décubitus dorsal aménagé arrive à égalité avec le décubitus latéral en termes de pourcentage de sages-femmes qui les utilisent, mais avec une utilisation moyenne dans 52% des accouchements pour le décubitus dorsal aménagé, ce qui est encourageant, contre 10% des accouchements pour le décubitus latéral, ce qui est très peu. La position accroupie est totalement marginale (1,9% des sages-femmes l'utilise). Pour les accouchements réalisés dans une position différente du décubitus dorsal classique, l'initiative vient souvent des sages-femmes (69% des cas). Cette question a néanmoins été visiblement évitée par certaines sages-femmes (seulement 42 réponses).

1.3 FORMATION INITIALE

La totalité de l'effectif de sages-femmes a obtenu son diplôme d'État en France, ce qui ne permet pas d'avoir de comparatif avec un diplôme étranger.

La plupart des sages-femmes interrogées a obtenu son diplôme en 5 ans (40,4% de l'effectif), mais la répartition est globalement équitable entre les sages-femmes ayant obtenu le diplôme en 3 ans (après 1943), 4 ans (après 1985) et 5 ans (après 2002).

Concernant la formation initiale, les chiffres sont en faveur d'une égalité parfaite entre les sages-femmes estimant avoir reçu une formation sur les différentes positions d'accouchement pendant leur cursus (50% estiment que oui, 50% que non), ce qui pose le problème de l'efficacité de la formation concernant la physiologie de l'accouchement et sa mise en lien avec les différentes positions d'accouchement. On remarque, de plus, que pour celles en ayant bénéficié, le volume horaire est très faible, à savoir moins de 5 heures pour 72% d'entre elles, ce qui me paraît très insuffisant.

1.4 FORMATION CONTINUE

On remarque que de nombreuses sages-femmes se forment pendant leur carrière sur le sujet de la variabilité posturale et de la mobilité. En effet, 61,5% des sages-femmes interrogées se sont formées, et parmi elles, 87,5% ont choisi une formation de Bernadette De Gasquet. Ce type de formation est donc effectivement l'une des références en matière de variabilité posturale et de mobilité en salle d'accouchement.

À titre de comparaison, les sages-femmes détentrices d'un DU, d'un DIU ou d'un Master (quel qu'en soit le thème) ne représentent que 19,2% de notre population, il semble donc y avoir un certain attrait des sages-femmes concernant la mobilité et la variabilité posturale. Dans les diplômes obtenus, on note tout de même un attrait pour les prises en charges physiologiques via des pratiques comme l'acupuncture ou la lactation humaine.

1.5 RESENTI DES SAGES-FEMMES

Les sages-femmes interrogées ont remarqué une demande de la part des patientes concernant une prise en charge plus physiologique, mais seulement dans une moindre mesure seulement (66,7%).

De plus, elles affirment que la démocratisation des prises en charges plus « physiologiques » n'est pas majoritaire au décours des pratiques en salle de naissances (43,1%).

Concernant leurs avis personnels, 55,8% des sages-femmes se disent très sensibles à l'utilisation de la mobilité et de la variabilité posturale, ce qui représente plus de la moitié de l'effectif et est donc assez positif (seulement 9,6% des sages-femmes se disent insensibles à ces prises en charge).

Enfin, pour 39,2% d'entre-elles, les sages-femmes pensent que leur formation globale en matière de physiologie de l'accouchement, de mobilité et de positions d'accouchement n'est pas totalement suffisante. Parallèlement, 31,4% des sages-femmes estiment que leur formation est assez suffisante.

1.6 FACTEURS FAVORISANT OU FREINANT LA MOBILITÉ ET LA VARIABILITÉ POSTURALE

L'impact de l'existence de référentiels ou de protocoles de prise en charge des patientes souhaitant gérer une partie de leur travail sans péridurale n'est pas étudiable, car 78,8% d'entre elles déclarent qu'il n'en existe pas dans leur service. Les indications recueillies auprès de celles qui déclarent en disposer ne sont pas exploitables (peu de précisions, méconnaissance).

Concernant la variabilité posturale lors de l'accouchement, les sages-femmes ont eu la possibilité de déclarer des éléments qu'elles pensent être de freins ou des facteurs favorisant. Pour celles qui ont répondu, les principaux freins sont la présence d'une péridural trop forte ou trop précoce (54,7%), l'obésité (28,6%), la non-compliance de la patiente (26,2%), et la surcharge de travail (21,4%). Les principaux facteurs favorisant sont la volonté de la patiente (54,1%), la présence d'une bonne préparation à la naissance (29,7%), l'absence de péridurale (24,3%), et la formation de la sage-femme (21,6%). Ces éléments sont des choses dont j'avais pu avoir notion lors de mes expériences au sein des services de salle de naissances.

Néanmoins, grâce à la réalisation de Test du Khi2 afin de prouver l'existence ou non d'un lien entre certaines des données recueillies, j'ai pu tirer certaines conclusions.

Tout d'abord, il existe un lien entre le fait d'avoir effectué une formation complémentaire ou d'être détenteur d'un diplôme complémentaire, et l'utilisation d'au moins une position d'accouchement différente du décubitus dorsal classique (position gynécologique) (Khi2 = 8,79 ; seuil 5% = 3,84). De même, j'ai pu prouver le lien entre la sensibilité des sages-femmes concernant la mobilité et la variabilité posturale, et l'âge de celles-ci (Khi2 = 13,77 ; seuil 5% = 5,99). De la même manière, j'ai montré le lien qui existe entre la sensibilité des sages-femmes en matière de variabilité posturale et de mobilité, et le type de maternité dans lesquelles elles exercent (Khi 2 = 7,04 ; seuil 5% = 5,99).

A contrario, il ne semble pas exister de lien entre le nombre d'années d'expérience en salle de naissances et l'utilisation d'au moins une autre position d'accouchement que le décubitus dorsal classique (position gynécologique) (Khi2 non-significatif ; validation de l'hypothèse nulle). Le lien ne peut pas non plus être fait entre le nombre d'années passées en salle de naissances et le fait de proposer à la patiente de se mobiliser pendant la phase active du travail (Khi2 non-significatif ; validation de l'hypothèse nulle). Enfin, il n'existe pas de lien significatif entre le fait d'avoir bénéficié d'une formation concernant les positions d'accouchement, et le fait d'utiliser au moins une autre position que le décubitus dorsal classique (position gynécologique) (Khi2 non-significatif ; validation de l'hypothèse nulle).

Selon les autres éléments recueillis dans l'enquête, il est difficile d'émettre l'hypothèse d'un lien entre l'équipement des différents centres hospitaliers et l'utilisation de la mobilité et de la variabilité posturale, car la présence de ces équipements ne reflète en rien leur utilisation par les sages-femmes.

2. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Ma première hypothèse, qui était que l'utilisation de la variabilité posturale et de la mobilisation des parturientes en salle de naissances était encore marginale et peu mise en place dans les faits, est en partie vérifiée. En effet, la proposition de mobilisation des patientes pendant la phase de latence du travail est tout à fait satisfaisante. En revanche ce n'est pas le cas pendant la phase active du travail. De plus, les positions d'accouchements autres que le décubitus dorsal classique, hormis le décubitus dorsal aménagé, sont peu mises en place (10% des accouchements déclarés en décubitus latéral gauche, qui est pourtant une des positions les plus connues).

Ma seconde hypothèse était que les critères cliniques de la patiente peuvent influencer sur l'utilisation des postures et de la mobilité de manière positive ou négative. Statistiquement, le

lien n'a pas été mis en évidence avec les positions utilisées ou les propositions de mobilisation. Néanmoins, les sages-femmes déclarent que certaines pathologies sont des freins à la mobilité pendant le travail (et ce, à tort ou à raison), et affirment également que le mode d'analgésie, et la clinique peut influencer négativement sur l'utilisation de positions d'accouchement différentes. A contrario, elles affirment également que certains facteurs influent positivement sur les accouchements dans des positions différentes (volonté de la patiente, mode d'analgésie). L'hypothèse est donc en partie vérifiée.

Par la suite, j'avais émis l'hypothèse que le type de maternité, l'ancienneté du personnel, sa formation, ainsi que le matériel disponible pouvait faire varier les taux d'utilisation de la mobilité et de la variabilité posturale. J'ai pu mettre en évidence un lien statistique entre position d'accouchement et formation complémentaire ; ainsi qu'entre l'âge du personnel et la sensibilité à la variabilité posturale et à la mobilité ; et enfin entre le type de maternité et la sensibilité à la mobilité et à la variabilité posturale. L'hypothèse est donc en partie vérifiée, le lien ne pouvant être établi avec le matériel, de part un manque de données statistiques concernant son utilisation.

J'avais également supposé que la prise en charge plus personnalisée et axée sur la physiologie était un souhait des sages-femmes. Les sages-femmes sont sensibles à la variabilité posturale et à la mobilité, mais ne constatent pas une recrudescence de prises en charges plus physiologiques dans leur pratique courante. Cette hypothèse est donc en partie vérifiée.

Enfin, je pensais que la formation initiale des sages-femmes était incomplète en matière de mobilité et de positions physiologiques en per-partum. Effectivement, la formation concernant les positions d'accouchement est très insuffisante et trop peu de sages-femmes ont été touchées par celle-ci quand elle existe, l'hypothèse est donc vérifiée.

3. PERSPECTIVES D'AMÉLIORATIONS ET DISCUSSIONS

3.1 RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE

La formation initiale en maïeutique de premier cycle (DFGSMa) est basée sur l'acquisition d'un socle de connaissances scientifiques, qui permettra par la suite de maîtriser savoirs et savoirs-faire.

De mémoire, j'ai été sensibilisée pendant une heure à la mobilité, et à l'historique des positions d'accouchements au cours de l'année de licence 2 (environ 2 heures). Puis j'ai bénéficié de cours sur l'accouchement (environ 15 heures), incluant le déterminisme du travail, les forces en présence, les enjeux de la concordance des différents axes, etc., ce qui est absolument essentiel, au cours de l'année de Licence 3. Néanmoins, à aucun moment, dans mes souvenirs, il n'a été fait mention des différentes positions pouvant aider les axes à concorder, ou les aspects positifs de la mobilisation dans la dilatation cervicale et l'engagement, etc.

Ces connaissances, comme par exemple le fait de placer une parturiente en décubitus latéral gauche dit « d'engagement », et les effets que cela peut avoir sur le bassin, les axes de celui-ci, sont vus, appris, et compris sur le terrain. La première fois que l'on m'a demandé de mettre une patiente sur le côté gauche, une jambe sur le Corpomed, j'avoue ne pas avoir compris ce que j'étais en train de faire, ce qui pose le problème de la mise en lien des connaissances théoriques avec les apprentissages sur le terrain via le compagnonnage.

Pour ce qui est de la formation approfondie en maïeutique, c'est-à-dire le deuxième cycle (DFASMa), celle-ci souligne l'importance des connaissances pratiques, tant grâce à la formation clinique qu'aux stages. Or pendant mon parcours en deuxième cycle, je n'ai bénéficié d'aucune heure d'enseignement sur des thèmes comme la mobilité et la variabilité posturale, ces thèmes ayant été effleuré en début de cursus seulement.

C'est pourquoi il semblerait opportun, au décours du DFASMa, d'assurer des cours concernant le travail et son déterminisme, l'accouchement et sa mécanique, tout en faisant le lien avec les différents aspects de la mobilisation des parturientes pendant le travail, ainsi que les différentes positions d'accouchement et leur apport sur le plan de la clinique, afin de pouvoir comprendre les pratiques professionnelles que l'on commence à découvrir pendant les stages de licence.

De plus, l'instauration de travaux dirigés ou d'enseignement cliniques sur les thèmes de la mobilisation et de la variabilité posturale, pendant le DFASMa permettrait de faire les liens avec notre expérience professionnelle grandissante au fil des stages hospitaliers, d'être capable de maîtriser complètement la physiologie de l'accouchement et ses enjeux afin de pouvoir proposer des prises en charge éclairées et comprises, en tant que futures professionnelles.

L'implication des professionnelles formées à ce type de prise en charge auprès des futures sages-femmes peut être un élément favorisant, avec par exemple l'organisation d'interventions basées sur des rappels de physiologie, et sur la transmission de connaissances approfondies, mais également sur l'échange avec les étudiants et leurs expériences sur le sujet, afin de mieux comprendre les enjeux de la formation sur la mobilité et la variabilité posturale.

La sensibilisation à des prises en charge alternatives de la douleur ou à des médications différentes, comme par exemple l'acupuncture, l'homéopathie, la sophrologie est également un point important. J'ai pu bénéficier à titre personnel d'une sensibilisation sur ces sujets, mais un approfondissement pourrait être bénéfique.

3.2 SENSIBILISATION DES PATIENTES

Au décours de mon enquête, les sages-femmes ont affirmé que c'est seulement dans une moindre mesure que les parturientes sollicitent une prise en charge plus physiologique. Se pose

néanmoins ici la question de l'expression ou non de la volonté de la patiente face au corps médical, et surtout la volonté d'écoute et la mise à disposition du corps médical pour cette patiente.

En effet, l'utilisation du projet de naissance semble encore marginale alors que celle-ci peut permettre à la patiente d'exprimer ses souhaits et attentes en matière de prise en charge.

D'autre part, les sages-femmes proposent peu la mobilisation en phase active du travail car selon elles, les patientes souhaitent bénéficier au plus tôt d'une analgésie péridurale. En effet, les patientes sont conditionnées au fait que dès les premières douleurs, la péridurale peut leur être administrée et qu'elles vont être rapidement soulagées, ce qui dans les faits n'est pas souvent le cas : début de travail long chez les primipares, faux début de travail, déclenchement, etc.

Or les patientes ne sont absolument pas préparées à ce genre de situation. Ce qui me ramène à un autre point soulevé par les sages-femmes au décours de l'enquête : la préparation à la naissance et à la parentalité, que certaines ont pointé du doigt comme un frein à la variabilité posturale si elle est défaillante ou absente, et un coup de pouce si elle est efficiente ou tout simplement réalisée.

C'est pourquoi il serait intéressant de renforcer les connaissances des patientes sur la physiologie du travail pendant ces séances : début de travail long, mobilisation pendant le travail et ses effets, respiration, physiologie de l'accouchement et du bassin obstétrical, positions d'accouchements possibles, etc. Les femmes seraient alors complètement libres de leur décision et surtout, préparées à tous les aspects de l'accouchement. De plus, le fait de pouvoir faire pratiquer certains exercices aux patientes lors des cours de préparation, et en les guidant de manière plus personnelle, serait un plus.

Enfin, les sages-femmes de salle de naissances ont également un rôle à jouer dans la sensibilisation des femmes et à leur adhésion à ce type de prise en charge : elles peuvent tout à fait réaliser des propositions de mobilisation et de postures d'accouchement, afin de permettre à celles-ci de les envisager, et de participer activement à leur prise en charge et à leur accouchement.

3.3 ET LES SAGES-FEMMES ?

Le taux de formation des sages-femmes de l'étude était globalement très satisfaisant, notamment en matière de mobilité et de variabilité posturale, il faut donc continuer de renforcer et d'encourager ce type de formation au sein des établissements.

Néanmoins, malgré un taux de formation plutôt bon, on constate que dans les faits les positions d'accouchement sont peu utilisées, et j'ai pu recenser certains facteurs freinant leur utilisation auxquels il est possible d'apporter des solutions :

- proposer un protocole de prise en charge des patientes en début de travail, incluant des solutions de gestion de la douleur et de mobilisation en lien avec la physiologie (postures, respiration, mobilisation, acupuncture, homéopathie, etc.).
- éditer, au sein des services, des guides et référentiels de prise en charge des patientes dans une optique de respect de la physiologie (critères d'inclusion en salle nature, guide sur la mobilité et les positions d'accouchement et leur mise en place, fiches mémo, etc.).
- proposer des guides ou trames de prises en charge, adaptés aux différentes situations cliniques fréquemment rencontrées (RPM, maturations cervicales, diabète, obésité) en collaboration avec les médecins, et en lien avec les recommandations en vigueur, afin d'harmoniser les pratiques, et de permettre l'adhésion des médecins à la mobilité et à la variabilité posturale.

Il semble également essentiel de replacer la sage-femme au cours de la physiologie au sein des services de salle de naissances, et de conforter leur rôle primordial auprès des patientes, que ce soit dans les propositions de prise en charge, dans le conseil, et dans l'accompagnement.

3.4 LES SERVICES DE SALLE DE NAISSANCES

Les services de salle de naissances se sont beaucoup transformés dans le but de proposer des prises en charge tournées vers la physiologie, notamment en se dotant de nouveaux équipements en lien avec ces pratiques : la totalité des établissements étudiés sont pourvus des coussins de type Corpomed et de ballons ; la grande majorité possède des bains ou douches au sein du service, ainsi que des tables d'accouchement favorisant les positions différentes (poignées, barres, etc.). On note également la présence très forte de salles de travail ou de pré-travail dites « nature ». Il serait intéressant néanmoins d'avoir un retour chiffré sur le taux d'utilisation des divers équipements mis à disposition car leur présence ne présage pas de leur utilisation, comme me l'ont confirmé certaines sages-femmes coordinatrices. L'élaboration de projets de service en lien avec les pratiques de la mobilité et de la variabilité posturale est également à promouvoir et entre en lien avec les problématiques soulevées par les sages-femmes dans le point précédent (référentiels de prise en charge, etc.).

Un autre point abordé par les sages-femmes comme frein, est la surcharge de travail, point qui est, dans certains centres hospitaliers au sein desquels j'ai pu travailler, un point assez sensible. En effet, le manque de personnel et la charge de travail grandissante ne favorise absolument pas la prise en charge personnalisée et axée sur la physiologie pour les patientes, car cela nécessite probablement plus de temps passé auprès de la patiente (explication des postures et de la mobilité, respiration, etc.) et également plus de préparation peut-être dans le cadre d'un accouchement dans une position autre que le décubitus dorsal classique.

Dans la même optique, un des éléments mis en avant par les sages-femmes comme facteur favorisant est la disponibilité et l'implication de la sage-femme dans le suivi de la patiente, ce

qui n'est effectivement possible que si il est donné à la sage-femme le temps de le faire. Le renforcement des effectifs de sages-femmes dans les équipes de salle de naissance, pour permettre une prise en charge plus efficiente et une implication complète des sages-femmes auprès de leurs patientes peut être une clé pour favoriser les pratiques de la mobilité et de la variabilité posturale.

De nombreux axes d'étude sont envisageables afin de confirmer encore certaines données recueillies dans mon travail, et afin de pouvoir les étendre au niveau national. Néanmoins, j'ai proposé certains axes d'amélioration qui peuvent être envisagés au niveau local, que ce soit en matière de formation des étudiants sages-femmes, qu'en matière d'amélioration des prises en charges et des pratiques des professionnels sur le terrain. Cela permettra d'améliorer et promouvoir la physiologie de l'accouchement auprès des patientes et de les y sensibiliser, dans le but toujours d'améliorer leur ressenti et leur vécu.

CONCLUSION

Au travers de ce travail de recherche et d'enquête, on se rend compte que les pratiques professionnelles concernant la mobilité pendant le travail ainsi que la variabilité posturale à l'accouchement ne sont pas encore très ancrées, tant dans la formation initiale, que dans les pratiques des sages-femmes de salle de naissance.

Pourtant, les sages-femmes interrogées sont sensibles à ce type de prises en charge et réalisent des formations complémentaires dans cet état d'esprit, et certains centres hospitaliers essaient de proposer ce type de prise en charge via différents équipements.

La mise en place de petites modifications concernant la formation initiale, ainsi que la création de référentiels de prise en charge en salles de naissance sont des éléments accessibles, pourraient déjà avoir des effets significatifs sur les connaissances des sages-femmes, et sur la prise en charge des patientes, car il est aujourd'hui essentiel de recentrer les pratiques des sages-femmes autour de la physiologie de l'accouchement.

Ce travail de recherche et les résultats que j'ai obtenus me confortent dans le sens que je veux donner à mes futures pratiques professionnelles, ainsi que dans mes objectifs de formations complémentaires, afin de connaître toujours mieux la physiologie de l'accouchement et de l'inclure dans mes prises en charges en salle de naissances.

« La Nature est un professeur universel et sûr pour celui qui l'observe »

Carlo Goldoni.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Knibiehler Y. Histoire des mères et de la maternité en Occident. Que sais-je ? Collection encyclopédique. 3ème édition, mars 2012.
- [2] Morel MF. Histoire de la douleur dans l'accouchement. Jan 2012. Société d'Histoire de la Naissance. [Consulté le 22/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article44>>
- [3] Morel MF. Historique de la naissance en Occident (XVIIe-XXe siècles). Jun 2011. Société d'Histoire de la Naissance. [Consulté le 22/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://www.societe-histoire-naissance.fr/spip.php?article2>>
- [4] Nouveau Larousse Médical. « Accouchement ». Augé, Gillon, Hollier-Larousse, Moreau et Cie. Paris, Apr 1952. P6-10.
- [5] Caron-Leulliez M, George J. L'accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée. Les Editions de l'Atelier / Editions ouvrières. 2014, Paris.
- [6] Knibiehler Y. Accoucher : femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. Edition ENSP, 2007.
- [7] Merger R, Lévy J, Melchior J. Accouchement normal. In Précis d'obstétrique. Editions Masson, 6ème édition. Paris, 2001. P135-158.
- [8] Comité éditorial de l'UVMaF. Introduction. In La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col. Mar 2011. [Consulté le 17/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/cours.pdf>
- [9] Comité éditorial de l'UVMaF. Les effets de la contraction utérine. In La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col. Mar 2011. [Consulté le 17/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/cours.pdf>
- [10] Comité éditorial de l'UVMaF. Engagement ; Rotation intrapelvienne. In Le travail : mécanique obstétricale - surveillance - partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail). Mar 2011. [Consulté le 23/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/maieutique/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/1.html#1>
- [11] Comité éditorial de l'UVMaF. Les postures maternelles. In Le travail : mécanique obstétricale - surveillance - partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail). Mar 2011. [Consulté le 23/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/maieutique/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/3.html#3>
- [12] Comité éditorial de l'UVMaF. Efforts expulsifs. In Étude de l'accouchement en présentation du sommet : l'accouchement (troisième temps de la deuxième étape du travail). Mar 2011 [Consulté le 23/04/2017]. Disponible sur Internet :

<http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/maieutique/UE-obstetrique/accouchement/site/html/1.html>>

[13] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Les compétences générales des sages-femmes. In : Les compétences des sages-femmes et le code de déontologie. Paris ;2012. P.17-23.

[14] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Code de déontologie des Sages-Femmes. [Consulté le 23/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-déontologie-des-sages-femmes-version-consolidée-au-19-juillet-2012.pdf>>

[15] Collectifs des Associations et Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes. 2010 Jan [Consulté le 06/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>>

[16] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Article 5. In : Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. 2017 Apr. [Consulté le 11/04/2017]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=2547BC7416884F6A66F9927F0A8155CC.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000024455167&cidTexte=LEGITEXT000024455155&dateTexte=20170411>

[17] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Article 7. In : Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques. 2017 Apr. [Consulté le 11/04/2017]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=2547BC7416884F6A66F9927F0A8155CC.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000024455171&cidTexte=LEGITEXT000024455155&dateTexte=20170411>

[18] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Article 5. In : Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. 2013 Mar [Consulté le 11/04/2017]. Disponible sur Internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=F38BF77F33D846171AA7797C7451FE54.tpdila12v_1?idArticle=LEGIARTI000027238833&cidTexte=LEGITEXT000027238812&dateTexte=20170411>

[19] Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Annexes. In : Arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme. 2013 Mar [Consulté le 11/04/2017]. Disponible sur Internet : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027231825&dateTexte=20170411#LEGISCTA000027993571>>

[20] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le DPC. [Consulté le 23/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>>

[21] Association Aspazie (page consultée le 11/04/2017) Missions [en ligne]. <<http://www.aspazie.fr/aspazie.php>>

[22] Institut de formation De Gasquet. (page consultée le 11/04/2017) La technique De Gasquet [en ligne]. <<http://www.degasquet.com/content/10-la-technique>>

[23] The Bonapace Method (page consultée le 11/04/2017) Fondements [en ligne]. <<https://www.bonapace.com/fr/fondements-et-principes/>>

[24] Haute Autorité de Santé. Prise en charge. In : Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, guide méthodologique. 2014 Mar [Consulté le 06/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf>

[25] Haute Autorité de Santé. Quand et comment apprécier le niveau de risque ?. In : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandations professionnelles. 2016 Mai [Consulté le 06/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf>

[26] Haute Autorité de Santé. Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement. In : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandations professionnelles. 2016 Mai [Consulté le 06/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf>

[27] CNGOF. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités : Fondamentaux. [Consulté le 13/04/2017]. Disponible sur Internet : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf>

[28] Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Le soutien au cours du travail et de l'accouchement. In : Manuel pour le Renforcement des Compétences : le conseil pour la prise en charge de la santé maternelle et néonatale. 2013 [Consulté le 11/04/2017] p. 119-127. Disponible sur Internet : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44392/1/9789242547627_fre.pdf>

[29] Organisation Mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésique. Pour une grossesse à moindre risque : le rôle capital de l'accoucheur qualifié. 2015 [Consulté le 11/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43169/1/9242591696.pdf>>

- Calais-Germain B, Vives Parès N. Bouger en Accouchant, comment le bassin peut bouger lors de l'accouchement. Québec : Editions Désiris ; 2009.

- Baudet JH. Obstétrique pratique. 2ème éd. Paris : Editions Maloine ; 1990.

- Rodriguez C. L'enfantement en position verticale, mythe ou réalité. Metz : Ecole de Sage-Femme du CHR de Metz-Thionville ; 1989. 59 pages.

- Kirsch C. L'accouchement en décubitus latéral, donner la vie du bon côté... ?. Metz : Ecole de Sages-Femmes de Metz ; 2006. 87 pages.

- Ognier H. La position d'engagement : un facteur favorisant la physiologie. Metz : Ecole de Sages-Femmes de Metz ; 2004. 65 pages.

- Noirclere D. La mobilité des parturientes en salle de naissances, la pratique actuelle des sages-femmes. Metz : Ecole de Sages-Femmes de Metz ; 2010. 79 pages.
- Kraemer C. Les salles physiologiques : l'accompagnement d'un accouchement naturel. Metz: Université de Lorraine, Ecole de Sages-Femmes de Metz ; 2013. 94 pages.
- Podpriadoff A. La phase d'engagement chez les patientes Africains : peut-on s'inspirer des pratiques africaines pour faciliter ces accouchements en France ? Nancy : Ecole de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz ; 2011. 88 pages.
- Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu M-N, Perrontin F. Accouchement sur le côté, étude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2012 ; 40 ; 279-283.
- Le Ray C, Théau A, Ménard S, Goffinet F. Quoi de neuf concernant les interventions obstétricales lors du travail et de l'accouchement normal ? J Gynecol Obste Biol Reprod. 2014 ; 43 ; 413-423.
- Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2005 ; 33 ; 533-538.
- Riethmuller D, Ramanah R, Maillet R, Schaal J-P. Ventouses : description, mécanique, indications et contre-indications. La Revue Sage-Femme. 2009 ; 8 ; 117-129.
- Jacques B. De la Matrone à l'obstétricien : quel partage des rôles pour les professionnels ? La Santé de l'Homme. Sept-Oct 2007 (consulté le 22/12/2015) ; Dossier « Périnatalité et parentalité : une révolution en marche ? » n°391 : page 20-22. Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-391.pdf>
- Racinet C, Eymery P, Philibert L, Lucas C. L'accouchement en position accroupie : essai randomisé comparant la position accroupie à la position classique en phase d'expulsion. J Gynecol Obste Biol Reprod. 1999 ; 28 ; 263-270.
- 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 Obste Biol Reprod. 2014 ; 43 ; 504-513.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	8
SIGLAIRE.....	
SOMMAIRE.....	
INTRODUCTION.....	7
PREMIÈRE PARTIE : AUTOUR DE LA MOBILITÉ ET DE LA VARIABILITÉ POSTURALE.....	8
1. HISTORIQUE DES PRATIQUES AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT.....	9
2. MÉCANIQUE OBSTÉTRICALE ET PHYSIOLOGIE.....	11
2.1 LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT.....	11
2.1.1 Première phase : effacement et dilatation du col.....	11
2.1.2 Deuxième phase : engagement ; descente et expulsion de la présentation.....	12
• Passage du détroit supérieur.....	12
• Rotation intra pelvienne.....	12
• Expulsion.....	12
2.2 POSITIONS MATERNELLES.....	13
3. LES COMPÉTENCES DE LA SAGE-FEMME.....	14
3.1 LE CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	14
3.2 REFERENTIEL METIER ET COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES.....	14
4. LA FORMATION INITIALE.....	15
4.1 DIPLÔME DE FORMATION GÉNÉRALE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES.....	15
4.2 DIPLÔME DE FORMATION APPROFONDIE EN SCIENCES MAÏEUTIQUES.....	15
5. LES FORMATIONS COMPLÉMENTAIRES.....	16
6. RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES.....	17
6.1 LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.....	17
6.2 LE CONSEIL NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS.....	18
6.3 L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.....	18
DEUXIÈME PARTIE : ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUPRÈS DES SAGES-FEMMES DE SALLE DE NAISSANCES, EN MOSELLE EN 2017.....	20
1. MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
1.1 PROBLÉMATIQUE.....	21
1.2 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES.....	21
1.2.1 Objectifs.....	21
1.2.2 Hypothèses.....	21
1.3 SCHÉMA GÉNÉRAL ET OUTILS D'ENQUÊTE.....	22
1.3.1 Type d'étude.....	22
1.3.2 Population cible.....	22
1.3.3 Critères de jugement.....	22
1.3.4 Questionnaire de recherche.....	23
1.4 DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	23
1.4.1 Aspects réglementaires et éthiques.....	23
1.4.2 Logistique et budget.....	23
2. RÉSULTATS.....	24
2.1 PRÉSENTATION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	24
2.1.1 Lieux d'exercice.....	24

• Type de maternité.....	24
• Équipements disponibles.....	24
2.1.2 Âge moyen.....	25
2.1.3 Lieu d'obtention du diplôme d'État.....	25
2.1.4 Expérience en salle de naissances.....	25
2.2 FORMATIONS.....	25
2.2.1 Formation initiale.....	25
2.2.2 Formations complémentaires.....	26
• DU, DIU, Master.....	26
• Formations concernant la mobilité et la variabilité posturale.....	26
2.3 PRATIQUES PROFESSIONNELLES.....	27
2.3.1 Nécessité de la mobilité.....	27
2.3.2 Propositions de mobilité.....	27
2.3.3 Positions d'accouchement.....	28
2.3.4 Protocole de prise en charge ou référentiels.....	29
2.4 RESENTI ET AVIS.....	29
2.4.1 Prise en charge physiologique.....	29
2.4.2 Ressenti personnel.....	29
2.4.3 Incidence de la clinique.....	30

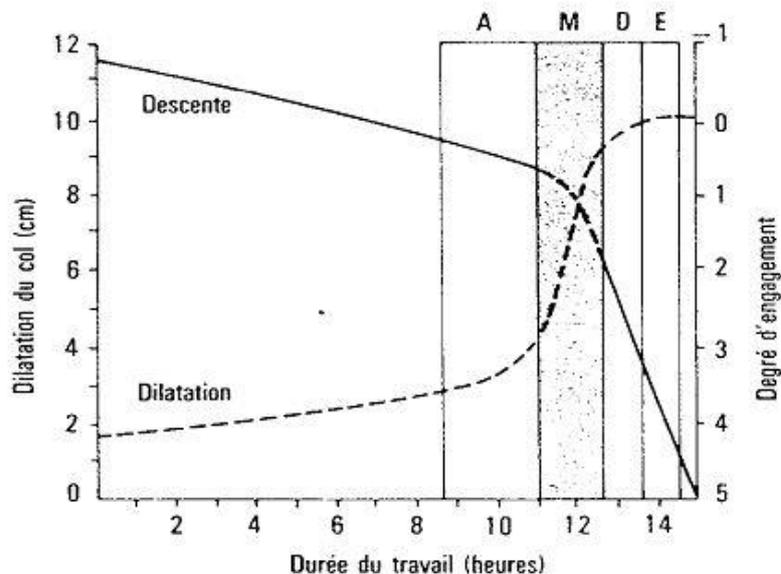
TROISIÈME PARTIE : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET DISCUSSIONS.....	31
1. ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES STATISTIQUES.....	32
1.1 POPULATION ÉTUDIÉE.....	32
1.2 UTILISATION DE LA VARIABILITÉ POSTURALE ET DE LA MOBILITÉ.....	32
1.3 FORMATION INITIALE.....	33
1.4 FORMATION CONTINUE.....	33
1.5 RESENTI DES SAGES-FEMMES.....	34
1.6 FACTEURS FAVORISANT OU FREINANT LA MOBILITÉ ET LA VARIABILITÉ POSTURALE.....	34
2. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....	35
3. PERSPECTIVES D'AMÉLIORATION ET DISCUSSIONS.....	36
3.1 RENFORCEMENT DE LA FORMATION INITIALE.....	36
3.2 SENSIBILISATION DES PATIENTES.....	37
3.3 ET LES SAGES-FEMMES ?.....	38
3.4 LES SERVICES DE SALLE DE NAISSANCES.....	39
CONCLUSION.....	41
BIBLIOGRAPHIE.....	42
TABLE DES MATIÈRES.....	46
ANNEXES.....	48
SOMMAIRE DES ANNEXES.....	48

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES :

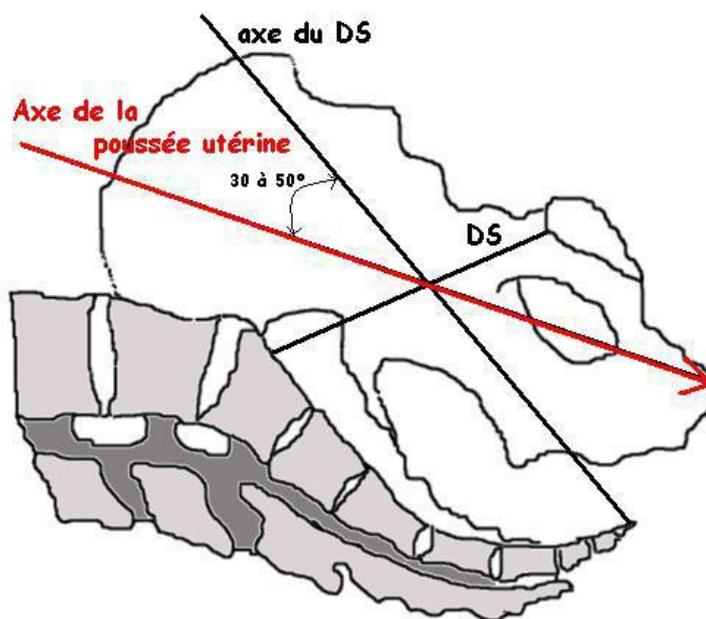
Annexe I.....	49
Annexe II.....	49
Annexe III.....	50
Annexe IV.....	52
Annexe V.....	58
Annexe VI.....	58
Annexe VII.....	59
Annexe VIII.....	59
Annexe IX.....	60
Annexe X.....	60
Annexe XI.....	61
Annexe XII.....	61
Annexe XIII.....	62
Annexe XIV.....	62
Annexe XV.....	63
Annexe XVI.....	63
Annexe XVII.....	64

Annexe I : Diagramme de Friedman.



Source : Comité éditorial de l'UVMaF. Outils. In Le travail : mécanique obstétricale – surveillance – partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail). Disponible sur Internet : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/4.html>

Annexe II : Axes utiles pour l'engagement.



Source : Comité éditorial de l'UVMaF. Mécanismes de l'engagement. In Le travail : mécanique obstétricale – surveillance – partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail). Disponible sur Internet : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/1.html#1>

Situation 4

DIAGNOSTIQUER ET SUIVRE LE TRAVAIL, REALISER L'ACCOUCHEMENT ET SURVEILLER SES SUITES (POUR UNE GROSSESSE A TERME A PRIORI NORMALE)

Réaliser un diagnostic

- **en évaluant l'entrée en travail et le pronostic obstétrical de la patiente**
 - en évaluant la dynamique utérine et le rythme des contractions
 - en réalisant un toucher vaginal et en analysant la modification cervicale
 - en analysant l'évolution dans le temps
 - en expliquant à la patiente/l'accompagnant les gestes, le besoin d'un temps d'observation et le diagnostic
- **en élaborant une stratégie de surveillance et de suivi du travail, de l'accouchement et de la délivrance d'une patiente à bas risque**
- **en respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente**
- **en installant confortablement la parturiente**
- **en évaluant le niveau de risque de la parturiente pour décider d'une prise en charge optimale pour elle et son enfant**
- **en consultant tous les éléments du dossier**
- **en veillant à la bonne mise à disposition du matériel en cas d'urgence**
- **en décidant l'admission éventuelle**

Décider de l'indication et d'une stratégie de prise en charge tout au long du travail et de l'accouchement

- **en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement**
 - en vérifiant l'adaptation de la femme et du fœtus à la progression du travail
 - en observant régulièrement la tension artérielle, la dynamique utérine, le rythme cardiaque de la femme et du fœtus,
 - en vérifiant l'adaptation de la femme à la douleur et en lui proposant les moyens d'analgésie adéquats
 - en suivant la position et l'évolution du fœtus dans le bassin
 - en décelant tous les signaux d'urgence
 - en réalisant si nécessaire une échographie
 - en donnant à la parturiente une information adaptée sur le déroulement du travail pour lui faciliter sa décision
 - en réévaluant la conduite à tenir en cas de diagnostic de dystocies dynamiques ou mécaniques, d'anomalie du RCF, d'anomalie du liquide amniotique
 - en pratiquant sur indication une épisiotomie ou une délivrance dirigée
- **en aidant la femme à gérer la douleur**
 - en favorisant son adaptation spatio-temporelle (anticiper – proposer – répondre)
 - en recueillant ses perceptions et son projet de naissance
 - en prenant en compte son environnement affectif et culturel
 - en accueillant le père / l'accompagnant
 - en sollicitant d'autres professionnels si nécessaire
- **en prenant des décisions adaptées à la situation**
 - en prenant en compte les protocoles et thérapeutiques adaptés aux situations particulières et / ou à risque
 - en suivant les recommandations de bonnes pratiques

- en respectant, dans la mesure du possible, le rythme physiologique du travail

• **en accueillant le nouveau-né**

- en permettant aux parents d'accueillir le nouveau né, en fonction de ce qu'ils ont exprimé / expriment, en leur laissant le temps de se rapprocher de leur enfant et d'établir une nouvelle relation

- en veillant à assurer les bonnes conditions de son adaptation à la vie aérienne, et en veillant, dans le même temps, à l'état général de la mère

- en réalisant le premier examen clinique : adaptation de l'enfant à la vie aérienne et cotation du score d'Apgar

- en favorisant la mise en place de l'allaitement, en fonction du rythme du bébé et du choix de la mère

- en décelant si l'enfant a besoin d'aide urgente

- en prenant en charge l'enfant porteur d'une pathologie, en collaboration avec le pédiatre

- en repérant les éventuelles fragilités dans la construction du lien mère-enfant

Effectuer un suivi et assurer la continuité de la prise en charge

• **en prévenant les accidents hémorragiques de la délivrance par une surveillance optimale au cours du travail et de la période de postpartum immédiat**

- en diagnostiquant le décollement placentaire

- en favorisant son expulsion

- en vérifiant l'intégrité du placenta et des membranes

- en vérifiant la bonne rétraction utérine

- en cas d'anomalie, en réalisant une délivrance artificielle ou une révision utérine, en assurant une analgésie suffisante

- en assurant une surveillance clinique et hémodynamique

• **en réalisant le diagnostic des lésions périnéales sans atteinte des sphincters, et des plaies vaginales avec suture sous anesthésie locale • en rédigeant le dossier médical**

- en annotant le monitoring et en réalisant le partogramme en temps réel

- en rédigeant le certificat d'accouchement

- en cotant les actes de sage-femme

- en s'assurant que la déclaration de naissance de l'enfant à l'état civil a été réalisée dans les délais légaux

- en réalisant la synthèse pour assurer la transmission écrite efficace, afin de faciliter le suivi en suites de couches, y compris en prescrivant les examens et thérapeutiques nécessaires

Source : Collectifs des Associations et Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-Femmes. 2010 Jan [Consulté le 06/04/2017]. Disponible sur Internet : <<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>>

Annexe IV : Questionnaire de recherche « Utilisation de la variabilité posturale et de la mobilité en salle de naissance ».

Utilisation de la variabilité posturale et de la mobilité en salle de naissance.

État des lieux des pratiques professionnelles en Moselle pour l'année 2017

chez les sages-femmes de salle de naissance.

Étudiante sage-femme en cinquième année à l'École de Sage-Femme de Metz, je me permets de vous soumettre ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude. Mes recherches concernent l'utilisation de la variabilité posturale et de la mobilité en per-partum par les sages-femmes. Mon but étant de mettre en évidence le taux de mise en place des postures et de la mobilité, mais également de recenser les différents éléments qui peuvent favoriser ou non ces prises en charge.

Dans ce questionnaire, je recueille tout d'abord des données concernant votre formation et votre lieu d'exercice, puis dans un second temps, je souhaite obtenir des informations concernant vos pratiques professionnelles. Enfin, je m'intéresse à votre ressenti sur ces différents thèmes, et je termine en recueillant des données personnelles. Ce document est composé de 23 questions, et une dizaine de minutes sera nécessaire pour le remplir.

Par avance merci pour le temps que vous consacrerez à lire et à répondre à mon questionnaire.

Bien cordialement, Agathe FOURNY.

FORMATIONS, LIEU D'EXERCICE :

1) Pendant votre formation initiale (obtention du diplôme de sage-femme), avez-vous bénéficié de cours spécifiques concernant les différentes positions d'accouchement (décubitus latéral, accroupie, etc.) ?

Oui. Non.

Si oui, pouvez-vous en estimer le volume horaire :

.....

2) Êtes-vous détenteur d'un Diplôme Universitaire (DU), Diplôme Inter-Universitaire (DIU), Masters, etc. réalisé en complément de votre diplôme d'Etat de sage-femme ?

Oui. Non.

Si oui, quel type :

Si oui, quel en est l'intitulé :

En quelle année l'avez-vous obtenu ?

3) Avez-vous réalisé des formations complémentaires concernant des thèmes comme la variabilité posturale et la mobilité ? (ex : congrès, formation De Gasquet, etc.)

Oui. Non.

Si oui, quel(s) type(s) :

Si oui, quel en est/sont l'intitulé(s) :

En quelle(s) année(s) l'/les avez-vous réalisée(s) ?

4) Pendant combien de temps avez-vous exercé en tant que sage-femme en salle de naissance au cours de votre carrière ?

.....

5) Dans quel type de maternité exercez-vous actuellement ?

Type 1. Type 2A. Type 2B.

6) Travaillez-vous actuellement au sein d'un établissement privé ou public ?

Privé. Public.

7) Lequel/lesquels de ces équipements sont disponibles dans l'établissement dans lequel vous exercez (plusieurs choix possibles) ?

- Salle de pré-travail dite « nature » ou « physiologique ».
Si oui : combien de salles de ce type sont disponibles ?
- Salle de naissance dite « nature » ou « physiologique ».
Si oui : combien de salles de ce type sont disponibles ?
- Table d'accouchement favorisant les postures : poignées, barre, suspension, variations de niveaux.
- Ballons.
- Baignoire ou douche.
- Matériel de suspension (lianes).
- Coussin type « Corpomed » (coussin d'allaitement).
- Cathéter veineux obturable.
- Enregistrement Cardio-tocographique Foetal sans fil.
- Autre.
(Précisez :.....)
- Aucun.

PRATIQUES PROFESSIONNELLES :

8) Votre service dispose-t-il de référentiels ou de protocoles de prise en charge pour les patientes souhaitant gérer une partie de leur travail sans péridurale ?

- Oui Non

Si oui, veuillez préciser :

.....
.....

9) Pensez-vous que la mobilité soit nécessaire pour une bonne progression du travail physiologique ?

- Oui. Non.

10) Habituellement, proposez-vous aux patientes de se mobiliser (marche, ballon, postures...) pendant la phase latente du travail (phase d'effacement du col et de dilatation jusque 3 cm) ?

- Oui. Non.

11) Habituellement, proposez-vous aux patientes de se mobiliser (marche, ballon, postures...) pendant la phase active du travail ? (plusieurs réponses possibles)

- Oui , pendant la phase d'accélération (jusqu'à 4 à 5 cm de dilatation).
 Oui, pendant la phase de pente maximale (entre 4 et 9 cm).
 Oui, pendant la phase de décélération (9 à 10 cm).
 Non, la plupart des patientes souhaite bénéficier d'une analgésie péridurale, et cela nécessite une médicalisation, donc un arrêt de la mobilisation.

12) Sur la totalité des accouchements que vous réalisez en tant que sage-femme, pouvez-vous essayer d'estimer, en pourcentage, la répartition des positions que vous utilisez pendant vos accouchements ?

(Exemple : décubitus dorsal = 80% ; décubitus dorsal aménagé = 5% ; décubitus latéral = 5% ; etc.)

Décubitus dorsal (position gynécologique) classique :%

Décubitus dorsal aménagé (positionnement des jambes, du bassin, etc.) :%

Décubitus latéral :%

Quatre pattes :%

Accroupie :%

13) Lorsque vous réalisez des accouchements dans des positions autres qu'en décubitus dorsal, est-ce plutôt une volonté de la patiente, ou une proposition de votre part ?

- Plutôt une volonté de la patiente.
- Plutôt une proposition de votre part.

RESSENTI, AVIS :

14) Constatez-vous une demande de la part des patientes concernant une prise en charge plus physiologique (salle nature, positionnement, souhait de retarder le recours à la péridurale, etc.) ?

- Non, pas du tout.
- Oui, dans une moindre mesure.
- Oui, pour une moitié d'entre-elles.
- Oui, pour une majorité d'entre-elles.

15) Pensez-vous que des prises en charge plus « physiologiques » (par exemple mobilité, gestion du travail sans péridurale, accouchements en positions aménagées, etc.) sont des pratiques qui tendent à se démocratiser chez les sages-femmes en salle de naissance ? :

- Oui, complètement.
- Oui, mais elles ne sont pas majoritaires.
- Oui, mais très peu.
- Non, pas du tout.

16) Etes-vous, à titre personnel, sensible à l'utilisation de la mobilité et de la variabilité posturale ?

- Oui, beaucoup.
- Oui, un peu.
- Non, pas du tout.

17) Pensez-vous que votre formation concernant la physiologie de l'accouchement, la mobilité, et les positions d'accouchement est suffisante ?

- Oui, tout à fait suffisante.
- Oui, assez suffisante.
- Non, pas totalement suffisante.
- Non, très insuffisante.

18) Selon vous, les situations cliniques suivantes sont-elles des éléments qui peuvent freiner ou empêcher la mobilité d'une patiente au cours du travail ?

Maturation cervicale	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Obésité	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Diabète gestationnel ou diabète préexistant	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Hydramnios	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Oligoamnios	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Rupture prématurée des membranes	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Présentation par le siège	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
Utérus cicatriciel	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non

19) Selon vous, quels peuvent être les freins et les facteurs favorisant la variabilité posturale lors de l'accouchement (veuillez utiliser des mots-clés) ?

Facteurs favorisants :

.....
.....

Freins :

.....
.....

DONNÉES PERSONNELLES :

20) Quel est votre âge ?

.....

21) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme ?

.....

22) Avez-vous obtenu votre diplôme de sage-femme en France ?

Oui. Non.

Si non : Dans quel pays avez-vous obtenu votre diplôme ?

23) Combien d'années d'études avez-vous effectuées pour votre formation initiale (obtention du diplôme d'Etat) de sage-femme ? (hors redoublement)

Pour les sages-femmes issues de la PACES (Première Année Commune des Études de Santé), veuillez la compter comme une année d'étude pour votre formation initiale.

.....

Merci beaucoup d'avoir participé à mon étude.

Annexe V : Équipements disponibles au sein des maternités, déclarés par la population de sages-femmes étudiée (Tableau 1).

Tableau 1 : Equipements disponibles au sein des maternités, déclarés par la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Matériel disponible dans les établissements (n=52)	
Salle de pré-travail "nature"	39 (75)*
Salle de travail "nature"	22 (42,3)*
Tables d'accouchement favorisant les postures	46 (88,5)*
Ballons	52 (100)*
Baignoire ou douche	44 (84,6)*
Matériel de suspension	27 (51,9)*
Coussin type "Corpomed"	52 (100)*
Cathéter veineux obturable	31 (59,6)*
Enregistrement Cardio-Tocographique sans fil	18 (34,6)*
Autre	2 (3,8)*
Galette	2 (3,8)*
Acupuncture / homéopathie	1 (1,9)*

n = effectif * Pourcentage total différent de 100%

Annexe VI : Répartition de la population de sages-femmes étudiée en fonction de leur âge (Figure 3).

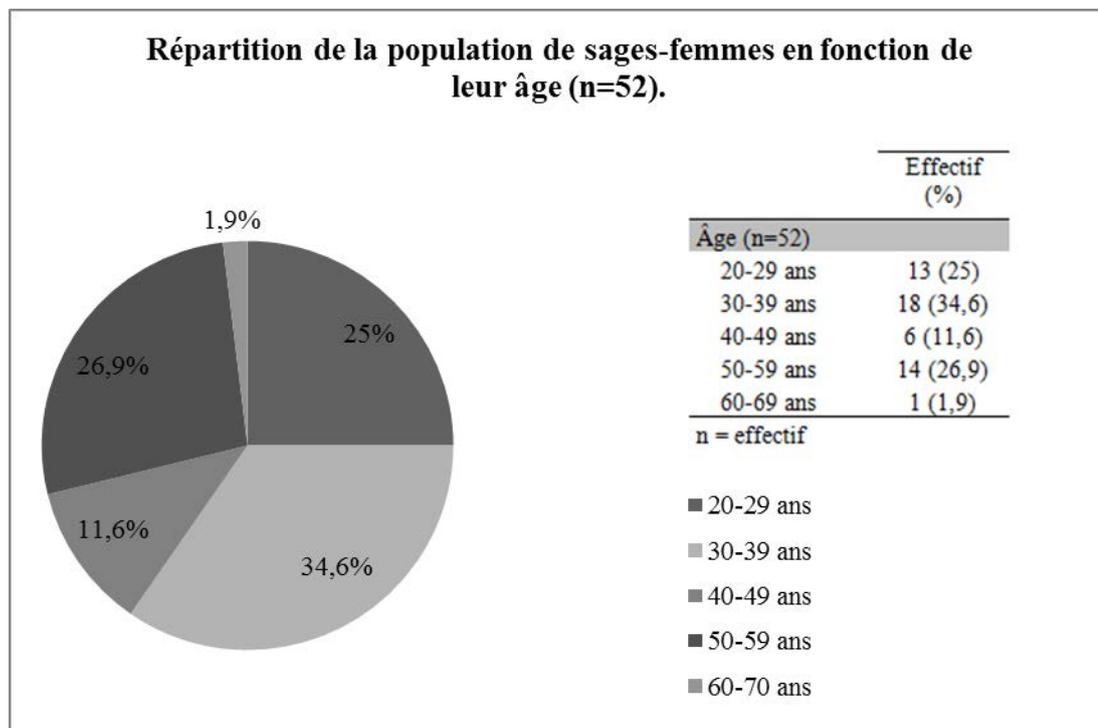


Figure 3 : Répartition de la population de sages-femmes interrogée, en fonction de leur âge.

Annexe VII : Répartition de la population de sages-femmes étudiée, en fonction du nombre d'années d'études pour la formation initiale (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition de la population de sages-femmes étudiée, en fonction du nombre d'années d'études pour la formation initiale.

	Effectif (%)
Nombre d'années d'études (n=52)	
3 ans (après 1943)	15 (28,8)
4 ans (après 1985)	16 (30,8)
5 ans (après 2002)	21 (40,4)

n = effectif

Annexe VIII : Évaluation de la formation initiale concernant les positions d'accouchement (Tableau 3).

Tableau 3 : Évaluation de la formation initiale sur les positions d'accouchement, dans la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Cours sur les positions d'accouchement pendant la formation initiale (n=52)	
Oui	26 (50)
Non	26 (50)

n = effectif

Annexe IX : Taux d'obtention d'un diplôme complémentaire dans la population de sages-femmes étudiée (Tableau 4).

Tableau 4 : Taux d'obtention d'un diplôme complémentaire, dans la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Diplôme(s) complémentaire(s) (n=52)	
Oui	10 (19,2)
Diplôme Universitaire	3 (5,8)
Diplôme InterUniversitaire	7 (13,5)
Master	1 (1,9)
Non	42 (80,8)

n = effectif

Annexe X : Taux de formation concernant la mobilité et la variabilité posturale dans la population de sages-femmes étudiée (Tableau 6).

Tableau 6 : Taux de formation concernant la mobilité et la variabilité posturale, dans la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Formation concernant la mobilité et la variabilité posturale (n=52)	
Oui	32 (61,5)
Non	20 (38,5)

n = effectif

Annexe XI : Positions d'accouchement utilisées par la population de sages-femmes étudiée (Tableau 8).

Tableau 8 : Positions d'accouchement utilisées par la population de sages-femmes étudiée.

	Effectif (%)
Positions d'accouchement utilisées (n=52)	
Décubitus dorsal (position gynécologique)	49 (94,2)*
Décubitus dorsal aménagé	38 (73,1)*
Décubitus latéral	38 (73,1)*
Quatre pattes	10 (19,2)*
Accroupie	1 (1,9)*
n = effectif * Pourcentage total différent de 100%	

Annexe XII: Initiative d'un accouchement dans une position différente du décubitus dorsal (Tableau 9).

Tableau 9 : Initiative d'un accouchement dans une position différente du décubitus dorsal.

	Effectif (%)
Accouchement dans une position différente du décubitus dorsal (n=42)	
Proposition de la part de la sage-femme	29 (69)*
Volonté de la patiente	20 (47,6)*
n = effectif * Pourcentage total différent de 100%	

Annexe XIII : Existence de protocole de prise en charge ou de référentiel pour les patientes ne souhaitant pas de péridurale (Tableau 10).

Tableau 10 : Existence d'un protocole ou référentiel de prise en charge des patientes souhaitant gérer une partie de leur travail sans péridurale.

	Effectif (%)
Présence de référentiel ou protocole de prise en charge (n=52)	
Oui	11 (21,2)*
Critères inclusion/exclusion en salle "nature"	2 (3,8)*
"Accouchement démedicalisé"	1 (1,9)*
Projet d'accouchement	1 (1,9)*
Non	41 (78,8)*

n = effectif * Pourcentage total différent de 100%

Annexe XIV : Demandes de prise en charge physiologique des patientes, constatée par les sages-femmes interrogées (Tableau 11).

Tableau 11 : Estimation de la demande de la part des patientes d'une prise en charge plus physiologique.

	Effectif (%)
Demande de prise en charge plus physiologique (n=51)	
Non, pas du tout	8 (15,7)
Oui, dans une moindre mesure	34 (66,7)
Oui, pour une moitié d'entre-elles	7 (13,7)
Oui, pour une majorité d'entre-elles	2 (3,9)

n = effectif

Annexe XV : Démocratisation des pratiques physiologiques chez les sages-femmes, dans la population étudiée (Tableau 12).

Tableau 12 : Estimation de la démocratisation des pratiques plus physiologique chez les sages-femmes de salle de naissance.

	Effectif (%)
Démocratisation des pratiques plus physiologique (n=51)	
Oui, complètement	11 (21,6)
Oui, mais elles ne sont pas majoritaires	22 (43,1)
Oui, mais très peu	16 (31,4)
Non, pas du tout	2 (3,9)
n = effectif	

Annexe XVI : Situations cliniques pouvant freinant ou empêcher la mobilité pendant le travail (Tableau 13).

Tableau 13 : Situations cliniques pouvant freiner ou empêcher la mobilité d'une patiente pendant le travail.

	Effectif (%)
Situations freinant ou empêchant la mobilité pendant le travail (n=46)	
Maturation cervicale	13 (28,3)*
Obésité	37 (80,4)*
Hypertension artérielle	11 (23,9)*
Diabète gestationnel ou préexistant	4 (8,7)*
Hydramnios	7 (15,2)*
Oligoamnios	5 (10,9)*
Rupture prématurée des membranes	7 (15,2)*
Présentation par le siège	25 (54,3)*
Utérus cicatriciel	5 (10,9)*
n = effectif * Pourcentage total différent de 100%	

Annexe XVII : Freins ou facteurs favorisant la variabilité posturale lors de l'accouchement, déclarés par les sages-femmes de la population étudiée (Tableau 14).

Tableau 14 : Freins ou facteurs favorisant la variabilité posturale lors de l'accouchement.

	Effectif (%)
Freins (n=42)	
Péridurale précoce, trop fortement dosée	23 (54,7)*
Obésité	12 (28,6)*
Patiente non-volontaire, non-compliante	11 (26,2)*
Surcharge de travail	9 (21,4)*
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	7 (16,7)*
Pathologie maternelle ou fœtale	6 (14,3)*
Clinique défavorable, mauvaise poussée	5 (11,9)*
Macrosomie, gémellaire, siège	5 (11,9)*
Absence de préparation à la naissance	4 (9,5)*
Non-adhésion des médecins	4 (9,5)*
Manque de formation	3 (7,1)*
Manque de praticité, matériel inadapté	3 (7,1)*
Manque de volonté de la sage-femme	2 (4,8)*
Barrière linguistique	1 (2,4)*
Facteurs favorisants (n=37)	
Volonté de la patiente	20 (54,1)*
Bonne préparation à la naissance	11 (29,7)*
Absence de péridurale (volonté, contre-indication)	9 (24,3)*
Formation de la sage-femme, connaissances	8 (21,6)*
Disponibilité et implication de la sage-femme	7 (18,9)*
Situation materno-fœtale favorable	4 (10,8)*
Mobilité pendant le travail	2 (5,4)*
Multiparité	2 (5,4)*
Matériel adapté	2 (5,4)*
Confiance mutuelle	1 (2,7)*
Proposition de la sage-femme	1 (2,7)*

n = effectif * Pourcentage total différent de 100%

La variabilité posturale et la mobilité en salle de naissances.

État des lieux des pratiques professionnelles des sages-femmes de salle de naissances en Moselle, en 2017.

La mobilité et la variabilité posturale ont évolué au cours de l'histoire de l'obstétrique, et font partie de la physiologie du travail et de l'accouchement, même si cela est peu abordé pendant les études de sage-femme, et a été mis de côté au profit d'une médicalisation de la naissance. L'objectif principal de l'étude est de dresser un état des lieux, en 2017, sur le département de la Moselle, de la pratique de la variabilité posturale et de la mobilité par les sages-femmes en salle de naissances.

Nous avons distribué un questionnaire aux sages-femmes titulaires du diplôme d'État, travaillant en salle de naissances, dans les 7 maternités de Moselle, entre le 6 Mars et le 3 Avril 2017. La population était constituée d'un effectif de 52 sages-femmes. Le critère de jugement principal était le taux d'utilisation (déclaré par les sages-femmes) de la variabilité posturale et de la mobilité en salle de naissances.

94.2% des sages-femmes déclaraient utiliser le décubitus dorsal classique, avec une utilisation moyenne dans 58% de leurs accouchements. Le décubitus dorsal aménagé arrivait à égalité avec le décubitus latéral en termes d'utilisation, mais avec une utilisation moyenne dans 52% des accouchements pour le décubitus dorsal aménagé, contre 10% des accouchements pour le décubitus latéral. La position accroupie était utilisée par 1.9% des sages-femmes. 90.4% des sages-femmes proposaient habituellement aux patientes de se mobiliser pendant la phase de latence du travail (jusqu'à 3cm).

Des facteurs favorisant et défavorisant sont mis en évidence, et des améliorations sont possibles à différents niveaux.

Mobilité ; Positions d'accouchement ; Pratiques professionnelles.

Mobility and postural variability evolved during the history of the obstetrics, and are a part of the physiology of labor and childbirth, even if it is little approached during the studies of midwife, and was put aside for the benefit of a medicalization of the birth. The main objective of the study is to raise a current situation, in 2017, on the department of the Moselle, the practice of variability postural and of the mobility by the midwives in born room.

We distributed a questionnaire to the midwives holders of the diploma of State, working in born room, in 7 maternities of Moselle, between March 6th and April 3rd, 2017. The population was established of a staff of 52 midwives. The main assessment criterion was the rate of use (declared by the midwives) of postural variability and the mobility in delivery room.

94.2 % of the midwives declared to use the classic dorsal decubitus, with an average use in 58 % of their deliveries. The fitted out dorsal decubitus arrived equally with the side decubitus in terms of use, but with the average use in 52 % of the deliveries for the fitted out dorsal decubitus, against 10 % of the deliveries for the side decubitus. The squatted position was used by 1.9 % of the midwives. 90.4 % of the midwives usually suggested to their patients to mobilize themselves during the latency phase of labor (until 3cm).

Promoting and disadvantaging factors are highlighted, and improvements are possible in various domains.

Mobility ; Delivery positions ; Professional practices.