

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 30 mai 2018

Par

Sarah TRANCART

Née le 16 janvier 1996

Etat des lieux sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales pendant le travail en Ile-de-France

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mr BERTHO Baptiste

Sage-femme, enseignant à Baudelocque

JURY :

Mme ROQUILLON Charlotte

Sage-femme, maternité de Port-Royal

Mme CHANTRY Anne

Sage-femme, enseignante à Baudelocque,

chercheuse en épidémiologie

Mme BLANC-PETITJEAN Pauline

Sage-femme, doctorante en épidémiologie

2018PA05MA28

Remerciements

A Monsieur Bertho qui, en acceptant de diriger mon mémoire, m'a apporté son aide, ses conseils et son soutien tout au long de son élaboration.

A Madame Chantry pour sa disponibilité et ses conseils précieux.

A tous les enseignants de Baudelocque pour ces 4 années difficiles mais ô combien passionnantes et enrichissantes, qui m'ont fait davantage aimer ce métier que je rêve de faire depuis l'enfance.

Aux sages-femmes de la maternité de Louis Mourier et à Madame Couetoux pour leur aide dans l'élaboration du support de l'étude.

Aux sages-femmes coordinatrices et sages-femmes des différentes maternités pour la diffusion du questionnaire et leur participation à l'étude.

A ma famille, mes parents, ma sœur Marilène, pour leur patience, leur aide et leur soutien sans failles malgré la distance pendant ces 4 années.

A mes amis, en Corse et partout ailleurs, qui sont là depuis le début.

A mes amies de promotion pour leur présence réconfortante, leur confiance en moi, leur soutien au cours de ces années d'études et tous les bons moments passés ensemble.

Merci à mes marraines de Baudelocque, maintenant sages-femmes depuis bientôt un an, pour leurs conseils et leur présence. Un merci tout particulier à Emma pour m'avoir portée pendant ces années, pour tous ses conseils, son aide, son soutien et son amitié.

Résumé

Objectifs : Explorer les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales des parturientes sous analgésie péridurale en Ile-de-France et déterminer s'il existe des facteurs individuels et/ou des facteurs collectifs qui influencerait leurs pratiques.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude quantitative descriptive déclarative multicentrique sous forme de questionnaire qui a été partagé entre le 1^{er} octobre 2017 et le 24 février 2018 dans 30 maternités d'Ile-de-France comprenant 10 maternités de type I, 10 maternités de type II et 10 maternités de type III publiques, privées lucratives et non lucratives tirées au sort.

Résultats : 393 sages-femmes ont répondu au questionnaire. Après exclusion, 385 réponses ont été incluses dans l'étude et analysées. 100 % des sages-femmes ayant répondu à l'étude proposent des variations posturales à leurs patientes pendant le travail. Les facteurs individuels qui semblent influencer les pratiques des sages-femmes sont l'étendue de la pratique au sein des équipes ($p < 0,001$), la politique du service ($p = 0,034$) et le type de l'établissement ($p = 0,046$). Aucun résultat significatif concernant les facteurs individuels n'a été trouvé.

Conclusion : Les variations posturales perpartum sont bien intégrées dans les pratiques des sages-femmes. Cette étude met en évidence des facteurs collectifs pouvant avoir un impact sur les pratiques des sages-femmes en ce qui concerne les variations posturales des patientes sous analgésie péridurale pendant le travail. Il serait intéressant de proposer des formations sur les variations posturales perpartum dédiées à tous les professionnels de santé participant à la prise en charge de la parturiente et d'insister d'avantage sur l'intérêt des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Mots-clés : Variations posturales ; Universalité des pratiques ; Facteurs individuels ; Facteurs collectifs.

Abstract

Objectives: determine the extent of the midwives practices concerning the postural variations of the parturient with epidural in Ile-de-France and determine if there are individual and/or collective factors which would influence their practices.

Material and methods: It's a declarative descriptive quantitative multicentric study in the form of questionnaire which was split between October 1st, 2017 and February 24th, 2018 in 30 maternity hospitals of Ile-de-France including 10 maternity hospitals of type 1, 10 maternity hospitals of type 2 and 10 maternity hospitals of type 3 public, private profit-making and non-profit-making by drawing lots.

Results: 393 answers were obtained, 385 answers were include in the study. 100 % of the midwives having answered the study propose postural variations to their patients during the labour. Factors which seem to have an impact on the midwives practices are the area of the practice within the teams ($p = 0.001$), the politics of the service ($p = 0.034$) and the type of the establishment ($p = 0.046$). No individual factors seem to have an impact on the midwives practices.

Conclusion: Perpartum postural variations are integrated well into the practices of the midwives this study highlights collective factors which can have an impact on the practices of the midwives concerning the postural variations for patients with epidural during the work. It would be interesting to propose formations on perpartum postural variations dedicated in every healthcare professionals participating in the parturient's care and more insist on the interest of preparation sessions childbirth.

Keywords: Postural variations; Universality of the practices; Individual factors; Collective factors.

Table des matières

REMERCIEMENTS	2
RESUME	3
ABSTRACT	4
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	8
LISTE DES ANNEXES	9
INTRODUCTION.....	10
Historique des variations posturales pendant le travail et l'accouchement	11
De l'Antiquité au XVIème siècle	11
L'avènement de la médicalisation	11
Le retour actuel vers la démédicalisation.....	13
Etudes ne démontrant pas les bénéfices des variations posturales	15
Etudes montrant les bénéfices des variations posturales	17
PREMIERE PARTIE : MATERIEL ET METHODES.....	20
1.1 Problématique.....	20
1.2 Hypothèses.....	20
1.3 Objectifs	21
1.4 Type de l'étude	21
1.5 Support d'étude.....	21
1.6 Recueil de données.....	22
1.7 Variables étudiées	24
1.8 Critères de jugement	24
1.9 Stratégies d'analyse.....	24
1.10 Considérations éthiques et règlementaires	25
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS.....	26
2.1 Description générale de la population d'étude	26
2.2 La description des sages-femmes	27
2.3 La description des établissements	29
2.4 Les pratiques des sages-femmes	29
2.4.a La formation initiale	31
2.4.b La formation secondaire	31
2.4.c Avant la pose de l'analgésie périderale	32
2.4.d Les variations posturales sous analgésie périderale	32

2.5	Les caractéristiques collectives.....	33
2.5.a	La politique de service.....	34
2.5.b	Les pratiques collectives	34
2.5.c	L'analgésie	35
2.6	Pendant l'accouchement.....	35
2.7	Analyse des réponses	36
2.7.a	Caractéristiques individuelles.....	36
2.7.b	Caractéristiques collectives	38
2.8	Remarques.....	39
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION		41
3.1	Résumé des principaux résultats	41
3.2	Forces et faiblesses de l'étude	41
3.3	Limites et biais de l'étude.....	41
3.4	Discussion de la méthode d'étude.....	42
3.4.a	Le type de l'étude	42
3.4.b	La diffusion du questionnaire	42
3.4.c	La structure du questionnaire	43
3.5	Discussion des résultats.....	46
3.6	Implications et perspectives	48
CONCLUSION.....		49
BIBLIOGRAPHIE		50
ANNEXES.....		52

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des sages-femmes	28
Tableau 2 : Caractéristiques de l'établissement.....	29
Tableau 3 : Caractéristiques individuelles	31
Tableau 4 : Caractéristiques collectives.....	34
Tableau 5 : Caractéristiques de l'accouchement.....	35
Tableau 6 : Analyse des caractéristiques individuelles.....	37
Tableau 7 : Analyse des caractéristiques collectives.....	38

Liste des figures

Figure 1 : Proportion des sages-femmes ayant notifié une remarque	39
Figure 2 : Principales remarques des sages-femmes	40

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire avant test	53
Annexe 2 : Questionnaire après test.....	57
Annexe 3 : Contacts utilisés pour la diffusion du questionnaire	62
Annexe 4 : Détails du tableau 1 concernant l'école de formation.....	63

Introduction

Les postures maternelles pendant le travail et l'accouchement font partie de la mise au monde depuis la nuit des temps. Modifiées avec l'avènement de la médicalisation du travail et de l'accouchement et le développement de l'analgésie péridurale, il s'opère depuis quelques années un retour vers la démédicalisation.

Cela conduit les professionnels de santé à respecter la physiologie du travail et de l'accouchement pour accompagner au mieux les parturientes.

Plus récemment, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations sur le déroulement du travail physiologique et a encore une fois appuyé l'importance des variations posturales pendant le travail dans le confort des parturientes et la prévention des complications neurologiques posturales. (1)

Les sages-femmes sont les premiers professionnels concernés par cette problématique qu'est le respect de la physiologie du travail et de l'accouchement, de par leur expertise sur ce sujet et parce qu'elles sont en première ligne dans la prise en charge et l'accompagnement des femmes.

Il est donc important qu'elles véhiculent les bons messages auprès des couples pour permettre une meilleure prise en charge et un meilleur vécu de la naissance de leur(s) enfant(s).

D'un point de vue démographique, en 2017, la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des statistiques (DREES) a répertorié à partir du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) 22 787 sages-femmes en France, dont 14 701 travaillant dans le secteur hospitalier, soit 64,5 % des sages-femmes.

En Ile-de-France, il y a 3 765 sages-femmes, dont 2 423 travaillant dans le secteur hospitalier, soit 64,3 % des sages-femmes d'Ile-de-France. (2)

Historique des variations posturales pendant le travail et l'accouchement

De l'Antiquité au XVIème siècle

La connaissance du travail et de l'accouchement est encore approximative dans le monde, elle est basée sur l'instinct et les expériences personnelles appelées « l'empirisme rationnel ». (3) Les femmes accouchent chez elles, seules ou avec des aides comme des matrones ou plus rarement leurs maris.

En Europe, les techniques utilisées pour faciliter la mise au monde sont caractérisées par une importante diversité des positions prises pendant le travail et l'accouchement, telles que les positions assise, accroupie, agenouillée, en décubitus dorsal, latéral ou ventral, quatre pattes, la suspension, ou encore debout. Nous retrouvons ainsi des dessins ou des sculptures montrant plusieurs aménagements pour permettre à la femme d'accoucher, variant d'un pays à l'autre (position accroupi chez les Cafres, agenouillée chez les femmes Zoulous, semi-assise en Nouvelle-Guinée, etc.). (3)

Les positions verticales sont alors prédominantes au cours du travail et de l'accouchement.

L'avènement de la médicalisation

A partir de la Renaissance, au XVIème siècle, le développement des connaissances médicales de la parturition marque le début de la médicalisation de la mise au monde et donne de plus en plus de place à l'obstétrique, qui devient une spécialité médicale à part entière en France au XVIIème siècle avec François Mauriceau (1637-1709). (3) Celui-ci impose le décubitus dorsal durant l'accouchement, uniquement pour faciliter l'accès de l'accoucheur au périnée. La pratique de l'épistomie est décrite en 1742, le forceps est inventé par Tarnier (1828-1897) et son utilisation deviendra de plus en plus perfectionnée. (3)

Ces techniques imposent donc le décubitus dorsal à la parturiente et lui octroient une place de plus en plus passive.

En effet, dans Le guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme de Lucien Pénard paru en 1862 (4) il est décrit que dès la dilatation complète du col, à membranes rompues, la position allongée dans le lit est imposée à la parturiente pour débuter les efforts expulsifs. Les lits d'accouchements deviennent des tables d'accouchements étroites, dures, sans aucune articulation

pour s'adapter à des postures autres que le décubitus dorsal ou la position semi assise pour le travail et le décubitus dorsal en position dite « gynécologique » pour l'accouchement. (4)

Le travail deviendra d'autant plus médicalisé avec le développement rapide de l'obstétrique à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle et le développement de structures hospitalières marquant une décroissance en flèche de l'accouchement à domicile. L'art obstétrical s'est enrichi d'un arsenal thérapeutique de plus en plus étayé de moyens d'investigations, comme entre autres la cardiotocographie, dont les premiers appareils étaient si peu performants que le signal disparaissait au moindre mouvement, imposant donc un immobilisme maximal durant le travail. (3)

Le recours à l'analgésie péridurale en France dans les années 1980 ne permettait aucune mobilisation des parturientes et leurs donnait la sensation d'être paralysées du bas du corps, comme « coupées en deux ». La perception de l'envie de pousser, essentielle à la mise au monde était inhibée, ce qui rendait très abstraits et inefficaces les efforts de la mère, menant à une instrumentalisation accrue des accouchements. (3)

De plus, la France est l'un des premiers pays d'Europe ayant recours à l'analgésie péridurale. Le taux de travail et d'accouchement sous analgésie péridurale est en constante augmentation selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 avec 78,1 % en 2010 et 81,4 % en 2016. (5) Nous pouvons également noter que 26 % des femmes déclarent pendant leur grossesse vouloir accoucher sans péridurale, et que 52 % d'entre elles l'ont finalement reçue pendant le travail et cette situation est fréquente en cas de surcharge de travail des sages-femmes. (5)

Ainsi, les techniques de prise en charge du travail et de l'accouchement en France sont marquées par une immobilisation croissante et prolongée amenant à une passivité du couple dans le travail et l'accouchement et donnant un sentiment d'incapacité des parturientes à mettre au monde, les seuls acteurs de l'accouchement étant le médecin ou la sage-femme. L'accouchement, qui était un événement privé se déroulant dans l'intimité du foyer conjugal avec une sage-femme ou un médecin de famille comme éventuels intervenants, est transféré dans le milieu hospitalier ouvert comportant des équipements et des compétences devenues indispensables.

Cependant ce n'est pas le cas dans certains pays, qui respectent davantage la physiologie de la parturition. En effet, au XVIIème siècle au Pays Bas, la verticalisation pendant le travail et l'accouchement est préconisée, avec le physicien H. Van Deventer (1651-1726) qui recommande l'accouchement en position assise sur une chaise percée.

De plus, au Royaume-Uni au XVIIIème siècle, Jean Burton promeut le décubitus latéral en 1751, position dite « à l'anglaise » lors de l'accouchement, afin de diminuer les lésions périnéale et de respecter davantage la mécanique obstétricale. Encore de nos jours, la prise en charge de l'accouchement au Royaume Uni est moins médicalisée qu'en France du fait d'un plus grand nombre de sages-femmes par parturientes (le *one to one*) et d'un moindre recours à l'analgésie péridurale qui est de 40% en 2011 selon la BBC. (6)

Le retour actuel vers la démédicalisation

De nos jours, en France, il semble s'amorcer une tendance à remettre la technologie au service de la physiologie, avec un regain d'intérêt pour les positions obstétricales durant le travail et l'accouchement. Ce phénomène est surtout lié à un besoin des femmes de se réapproprier leur accouchement, devenant le principal acteur de la naissance de leur enfant, et à une volonté des sages-femmes de retrouver leur fonction première de garantes de l'eutocie. Le matériel et les salles de naissances sont devenus plus adaptés à la mobilité des parturientes (tables d'accouchement, « salles nature », cardiotocographes sans fil, émergence de l'analgésie péridurale déambulatoire...). (3)

En France, les Docteurs Racinet et De Gasquet ont relancé chez les professionnels l'intérêt pour la mobilisation au cours du travail et les variations posturales à l'accouchement depuis les années 1980. (7) (8) (9)

Récemment, la HAS a établi des recommandations pour la pratique clinique avec le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) concernant le travail et l'accouchement normal, donnant à la parturiente une place centrale au cours du travail et de l'accouchement physiologique. (1)

Ces recommandations ont pour objectif de définir, pour les femmes à bas risque obstétrical, les modalités de prise en charge de l'accouchement respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance, des préférences des femmes et d'améliorer et de garantir la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né. Elle y précise qu'il faut « mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales » (1) appuyant ainsi l'importance des variations posturales perpartum.

Il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité. En l'absence de contre-indication et sous réserve d'une surveillance maternelle et fœtale préservée, il est recommandé

d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables lors du second stade du travail. (7)

Ainsi, les parturientes réacquièrent le rôle principal dans la mise au monde et ont le choix d'un projet de naissance, auquel chaque établissement de santé devrait pouvoir répondre.

Dans la littérature, il existe des études démontrant les bénéfices des variations posturales perpartum et des études pour lesquelles aucun bénéfice des variations posturales perpartum n'a été prouvé.

Etudes ne démontrant pas les bénéfices des variations posturales

Concernant la mécanique obstétricale, l'American Journal of Obstetric and Gynecology (AJOG) a édité une étude randomisée réalisée par Desbriere et al. parue en 2013 dans le but de voir si les variations de positions maternelles durant le travail permettent ou non de prévenir les variétés de présentation fœtale postérieures durant l'accouchement. (10)

220 patientes enceintes de singletons en présentation postérieure en travail ont été incluses dans l'étude, et divisées en deux groupes.

Le premier « interventionnel » comportait les parturientes ayant adopté 3 postures différentes selon la hauteur de la présentation pendant le travail (entre le quatre pattes, le décubitus latéral classique et le décubitus latéral en hyperflexion).

L'autre groupe « contrôle » comportait des femmes n'ayant pas adopté d'autres postures que le décubitus dorsal.

Il n'y avait **pas de différence significative** entre les deux groupes concernant les **taux de rotation manuelle** (78,2% dans le groupe interventionnel versus 76,4% dans le groupe contrôle), **d'exactions instrumentales** (18,2% vs 19,1%) et de **césariennes** (18,2% vs 19,1%). Ainsi, les auteurs **ne recommandent aucune posture durant le travail aux femmes ayant des variétés postérieures.** (10)

De plus, une étude multicentrique randomisée menée par Le Ray et al. (11) entre mai 2013 et décembre 2014 et publiée dans l'AJOG en 2016 a été réalisée sur des patientes en travail présentant des variétés de positions fœtales postérieures dans le but d'évaluer l'impact du décubitus latéral sur la rotation de la tête fœtale.

Le groupe « intervention » était composé de 1600 femmes auxquelles il avait été demandé de se mettre sur le côté opposé au dos fœtal durant la première phase du travail.

Le groupe « contrôle » était composé de 162 femmes uniquement en décubitus dorsal durant le travail.

Le taux de variétés de positions antérieures une heure après avoir adopté le décubitus latéral était **similaire** à celui dans le groupe contrôle (21,9 % versus 21,6 % respectivement, p = 0,887). Il en était de même une fois à dilatation complète (43,7 % versus 43,2 % respectivement, p = 0,565) et à l'accouchement (83,1 % versus 86,4 % respectivement, p = 0,436). **Le taux de césariennes** était également **similaire** dans les deux groupes (18,1 % dans le groupe « intervention » versus 14,2 % dans le groupe « contrôle » p = 0,608). Il n'y avait également **pas de différence significative** concernant la **durée de dilatation cervicale** durant la première

phase du travail ($p = 0,684$), la **douleur** ($p = 0,705$) et la **satisfaction maternelle** ($p = 0,326$) ; c'est pourquoi il a été conclu que **la position latérale opposée au côté du dos fœtal durant la première phase du travail ne permet pas de faciliter la rotation de la tête fœtale.** (11)

Un essai contrôlé randomisé réalisé en 2005 par Stremler et al. (12) avait évalué l'impact de la position « à quatre pattes » pendant le travail sur la rotation de la tête fœtale en cas de variétés postérieures. 147 patientes en travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée (SA) avec une variété postérieure confirmée à l'échographie ont été incluses dans l'essai.

Le groupe « intervention » (ayant adopté la position quatre patte entre 30 minutes et une heure pendant le travail) était composé de 70 patientes.

Le groupe « contrôle » (n'ayant pas adopté la position quatre pattes pendant le travail) était composé de 77 patientes.

Il n'y avait **pas de résultats significatifs concernant la rotation de la tête fœtale** entre les deux groupes. Cependant, **la douleur** perçue par les femmes **est moindre** dans le groupe « intervention. (12)

Dans ces deux études, les auteurs concluent que d'autres positions maternelles doivent être étudiées et d'autres recherches doivent être menées afin de déterminer si les variations de positions durant le travail ont un bénéfice ou non sur la mécanique obstétricale, car il ne s'agissait que d'un type de position maternelle étudié pour chacune des deux études.

Les variations de positions durant le travail doivent demeurer dans tous les cas un choix de la femme, afin de l'aider à mieux vivre le travail et l'accouchement et à s'y sentir plus active. (11)

Etudes montrant les bénéfices des variations posturales

Simkin et Bolding ont effectué en 2004 une revue de la littérature étudiant les méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur. (13) Concernant les parturientes qui ne bénéficiaient pas d'analgésie locorégionale, durant la première phase du travail, la douleur était diminuée par les positions assise, debout, ou en décubitus latéral. (13)

Cela montrait alors que **les variations de postures maternelles durant le travail ont un réel atout dans la gestion de la douleur.** De plus, l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire dans certains établissements de santé, facilitait la mobilisation des parturientes et leurs permettait donc de changer plus souvent de positions. (13)

Concernant les issues obstétricales et le vécu psychologique, Lepleux et al. ont mené une enquête prospective observationnelle monocentrique en 2013 (14) afin de décrire le retentissement de la mobilisation pendant le travail et les variations posturales à l'accouchement, tel que la durée du travail, le taux de césariennes, la satisfaction des couples et des sages-femmes. 1906 femmes ont été incluses, 828 femmes ont été « mobilisées » (au moins un changement de positions en phase de latence et/ou un bain et/ou une déambulation avec au moins 3 changements de position en phase active avec une durée minimale par position retenue de 20 minutes), soit 43,4 % des femmes incluses. Le recours à la césarienne semblait moindre chez les femmes « mobilisées » (OR = 0,71 ; IC95 % = [0,51 – 0,99]. Il y avait également une meilleure satisfaction du couple et des sages-femmes chez les femmes « mobilisées » (médiane = 9 sur une échelle de 0 à 10 ; satisfaction du conjoint = 10).

Il y avait donc un **lien significatif entre la mobilisation et le recours à la césarienne et la satisfaction.** Il serait intéressant d'établir une définition de la mobilisation ce qui pourrait permettre d'aboutir à des recommandations pour la pratique clinique. (14)

Concernant la durée du travail, Lawrence et al. ont effectué une revue de littérature en 2009 (15) sur la mobilisation durant le premier stade du travail rassemblant 21 essais randomisés et quasi-randomisés avec un total de 3706 patientes. Ses résultats suggéraient que **la durée du premier stade du travail pouvait être réduite d'environ une heure** chez les femmes n'ayant pas d'analgésie péridurale et qui demeuraient en **position verticale et déambulaient** pendant le premier stade du travail (OR = -0,99, IC95 % [-1,60 ; -0,39]. (15)

Cependant, pour les femmes recevant une analgésie péridurale, la position verticale ou horizontale en décubitus latéral ne modifie pas la durée du premier stade du travail (soit le temps écoulé entre l'insertion péridurale et la dilatation complète du col de l'utérus) ou le taux d'accouchements spontanés par voie basse, d'accouchements assistés et d'accouchements par césarienne.

Ainsi, les femmes devraient être encouragées à adopter les positions étant les plus confortables pour elles au cours du premier stade du travail, et ne pas rester passives du fait de la présence de l'analgésie péridurale. (15)

Ces arguments sont appuyés par une étude réalisée par Virginie Tribouilloy en 2006 dans le cadre de son mémoire de fins d'études. Celle-ci avait mené une étude comparative avant (2002)/après (2005), concernant 390 primipares dont la grossesse était de déroulement normal et arrivant en travail spontané à terme avec présentation céphalique. Ces femmes étaient divisées en 2 groupes, témoin (2002) et d'étude (2005). Ce dernier était composé de femmes ayant changé de positions 7 à 8 fois durant leur travail, soit toutes les 48 minutes. Les résultats qu'elle a obtenus étaient statistiquement significatifs ($p < 0,01$) et démontraient que **la durée totale du travail dans le groupe d'étude était inférieure** à celle dans le groupe témoin **de 50 minutes, la dilatation moyenne y était accélérée de 4 mm/h, l'entrée en salle de travail y était retardée** du fait d'une meilleure gestion de la douleur et d'un **recours à la péridurale diminué et retardé** et enfin **l'utilisation de l'oxytocine y est moindre et retardée**. Cela montre un réel bénéfice des variations de positions durant toute la durée du travail.

Caroline Paufichet obtient les mêmes conclusions à travers une étude prospective réalisée en 2004 (16) sur 110 dossiers divisés en trois groupes de parturientes, le premier composé de femmes gardant la même position pendant le travail (décubitus dorsal et/ou latéral), le deuxième composé de parturientes alternant les positions sur la table d'accouchement, et le troisième alternant les positions et utilisant le ballon et/ou la baignoire. Le premier intérêt obstétrical du changement de positions pendant le travail était **l'amélioration du confort des parturientes**. Ensuite, une **diminution du temps de travail** est notable, avec une **meilleure dynamique utérine** et une **meilleure dilatation cervicale** dans les groupes se mobilisant durant le travail. (16)

Ainsi, il reste important d'encourager les femmes à être actives pendant le travail et l'accouchement et il est du devoir des équipes soignantes de les informer sur les variations

posturales perpartum lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et de leur proposer des variations posturales pendant le travail. (16)

De plus, une revue de la littérature réalisée par Gupta JK et Nikodem VC en 2004 (17) retrouve plusieurs essais randomisés comparant les positions verticales aux positions horizontales durant le second stade du travail. Dans les principaux résultats retrouvés, les positions verticales (hétérogènes car comprenant les positions accroupie, assise, voire semi-assise) entraînent une **diminution de la durée du second stade du travail** retrouvée dans 12 essais (5,4 minutes ; IC95 % [3,9 minutes – 6,9 minutes], en particulier avec la position assise, une **diminution de la douleur**, une **légère diminution des extractions instrumentales** dans 17 essais (OR = 0,82 ; IC95 % [0,69 – 0,98]), une **réduction des épisiotomies** dans 11 essais (OR = 0,73 ; IC95 % [0,64 – 0,84]), une **légère augmentation des déchirures périnéales du second degré** dans 10 essais (OR = 1,30 ; IC95 % [1,09 – 1,54]), une **augmentation du risque hémorragique du post-partum immédiat** dans 10 essais (OR 1,76 ; IC95% [1,34 – 3,32]) et une **diminution des anomalies du rythme cardiaque fœtal** dans un essai (OR = 0,31, IC95 % [0,11 – 0,91]). (17)

Les variations posturales **présentent donc des bienfaits sur certains points**, comme **la durée du travail, la douleur** ou encore le **vécu** des femmes, et **nécessitent davantage de recherches** pour d'autres points, en particulier pour la **mécanique obstétricale**.

Des contradictions dans la littérature et des manques d'informations ne permettent pas d'établir de protocoles sur l'utilisation des différentes postures maternelles pendant le travail, mais les variations de positions présentent de réels bénéfices et respectent la physiologie du travail et de l'accouchement.

Le suivi des parturientes devrait s'accompagner d'une **prise en charge systématique de leur mobilité au cours du travail**. (15)

Nous avons donc souhaité mener une enquête à petite échelle auprès des sages-femmes travaillant en salle de naissance en Ile-de-France afin d'enquêter sur leurs pratiques concernant les variations posturales perpartum.

Première partie : Matériel et méthodes

1.1 Problématique

Devant des études contradictoires mais des données montrant les bénéfices des variations posturales perpartum, et devant une demande croissante de démédicalisation de la part des couples, la mobilisation des parturientes devrait être devenue une pratique largement répandue auprès des sages-femmes, qui sont les premiers acteurs au contact des parturientes durant la grossesse et l'accouchement.

Nous nous sommes alors demandés :

Les variations posturales des parturientes sous analgésie périderale sont-elles bien intégrées dans les pratiques des sages-femmes en Ile-de-France et quels sont les facteurs influençant ces pratiques ?

1.2 Hypothèses

Notre première hypothèse était la suivante : proposer des variations posturales aux parturientes est largement pratiqué par toutes les sages-femmes travaillant en salle de naissance en Ile-de-France.

Notre deuxième hypothèse était la suivante : il semble exister des **facteurs individuels**, c'est-à-dire liés aux sages-femmes, et des **facteurs collectifs**, c'est-à-dire liés à l'établissement où travaillent les sages-femmes actuellement, influençant la pratique de la mobilisation maternelle pendant le travail par les sages-femmes.

Nous nous sommes intéressés aux variations posturales pendant le travail plus particulièrement chez les femmes sous analgésie périderale car comme vu précédemment, l'analgésie périderale concerne la majorité des femmes en travail, et c'est principalement dans cette situation que proposer des variations posturales s'avère avoir un intérêt particulier.

En effet, l'analgésie périderale ne permet pas aux parturientes de se mouvoir aussi librement qu'elles le souhaiteraient comme c'est le cas sans analgésie périderale, avec notamment la marche, la douche ou le bain, des positions verticales, leur permettant de mieux gérer la douleur et pouvant favoriser la mécanique obstétricale.

1.3 Objectifs

Notre objectif principal est de **déterminer la place des variations posturales dans la pratique des sages-femmes** concernant les variations posturales des parturientes sous analgésie périderale en Ile-de-France.

Notre objectif secondaire est de **déterminer s'il existe des facteurs individuels et des facteurs collectifs qui influencerait les pratiques des sages-femmes** concernant les variations posturales pendant le travail.

1.4 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive déclarative multicentrique sous forme de questionnaire.

1.5 Support d'étude

Il s'agissait d'un questionnaire destiné aux sages-femmes dans 30 maternités d'Ile-de-France. Il était composé de 25 questions à choix unique ou multiple divisées en plusieurs parties :

- **Présentation** : comprend l'année et l'école de formation, l'exercice en salle de naissance (à temps complet ou partiel), l'expérience (nombres d'années de diplôme), l'ancienneté dans l'établissement actuel.
- **L'établissement** : type, statut de l'établissement où travaillent actuellement les sages-femmes.
- **La formation aux variations posturales** : formation initiale, formation(s) secondaire(s)
- **Les pratiques collectives** : analgésie périderale déambulatoire proposée par l'établissement, intégration de la pratique de variations posturales au sein des équipes et par le service de façon générale (sages-femmes cadres, chefs de service...)
- **Les pratiques individuelles** :
 - Avant la pose de périderale : conduite à tenir pendant la phase de latence, méthode analgésique.
 - Sous analgésie périderale : pratique des variations posturales, fréquence des changements posturaux, contexte, causes des changements posturaux, postures les plus proposées par les sages-femmes

- Lors de l'accouchement (contexte normal) : accès aux demandes des parturientes, postures les plus proposées par les sages-femmes
- Remarques : question ouverte aux sages-femmes

Ainsi, le questionnaire comporte :

- Des questions concernant **la pratique** des variations posturales par les sages-femmes (données de faits et d'opinion) dans le but :
 - d'étudier la **place réelle des variations posturales perpartum dans les pratiques** des sages-femmes interrogées et ainsi répondre à notre premier objectif
 - d'**identifier des facteurs individuels** qui influencent les pratiques et ainsi répondre à notre second objectif
- Des questions concernant leur **environnement professionnel** (données de faits et d'opinion) dans le but de **rechercher des facteurs collectifs** qui influencent les pratiques et ainsi répondre à notre second objectif.

1.6 Recueil de données

Le questionnaire a été dans un premier temps évalué sur format Word par les sages-femmes de la maternité de Louis Mourier (Colombes, 92) (**Annexe 1**), où j'étais en stage en salle de naissance entre juin et juillet 2017. La sage-femme coordinatrice de salle de naissance à Louis Mourier a donné, pendant un entretien, son accord et a envoyé le questionnaire aux équipes. Les sages-femmes ont transmis leurs suggestions par retour de mail au cours de l'été 2017. Nous avons obtenu 16 réponses par mail comportant des suggestions de modifications mineures. Estimant cela suffisant, nous avons effectué des modifications mineures et finalisé le questionnaire. (**Annexe 2**)

Pour ce faire, nous avons utilisé la plateforme Google Docs sur Gmail.

Nous avons transmis par mail le lien redirigeant directement vers le questionnaire. Une fois le questionnaire terminé, les réponses étaient directement enregistrées sur la plateforme Google Docs. Nous pouvions alors consulter directement les résultats et les télécharger au format Excel sous forme de liste comprenant les réponses répertoriées en fonction de la date et de l'heure de réponse.

Concernant le choix des maternités, 30 maternités ont été sélectionnées par tirage au sort, soit 10 maternités de chaque type, comprenant des maternités publiques, privées lucratives et non lucratives.

- Types I :
 - Public : Nanterre (92), Beaujon (92), Meulan (78)
 - Privé à but non lucratif : Institut Mutualiste de Montsouris (75), Les Bluets (75), Les Lilas (93), Diaconesses (75)
 - Privé à but lucratif : clinique de La Muette (75), clinique Sainte Thérèse (75), Hôpital Américain (92)
- Types II :
 - Public : Bichat (75), Bondy (93), Villeneuve-Saint-Georges (94), La Pitié Salpêtrière (75), Lariboisière (75)
 - Privé à but non lucratif : Centre Hospitalier des Quatre Villes (92), Foch (92), Institut hospitalier Franco-Britannique (92), Notre-Dame de Bon Secours (75)
 - Privé à but lucratif : hôpital privé d'Antony (92)
- Types III : public : Louis Mourier (92), Port Royal (75), Robert Debré (75), Montreuil (93), Créteil (94), Poissy (78), Pontoise (95), Necker (75) Delafontaine (93), Meaux (77)

Les adresses mails des sages-femmes cadres de salle de naissance de chaque maternité incluse ont été récupérées via les fiches de stage se trouvant sur le site Moodle de l'école et par des recherches personnelles réalisées directement dans les maternités concernées (**Annexe 3**). Nous y avions ajouté un accusé de lecture pour s'assurer de la validité des adresses mail et de la réception du lien par les sages-femmes cadres.

Nous estimions que le questionnaire avait été partagé lorsque les sages-femmes cadres nous confirmaient par retour de mail l'avoir partagé aux équipes. Dès lors, nous ne réeffectuions pas de rappel à ces maternités. Des relances étaient faites de façon ciblée aux maternités pour lesquelles nous ne savions pas si le questionnaire avait été ou non transmis aux équipes, c'est-à-dire lorsque nous n'avions aucun retour de mail ou un simple accusé de lecture sans réponse.

Le questionnaire a été partagé le 1er octobre 2017. Trois relances ont été effectuées, la première le 22 octobre 2017, alors que 254 réponses avaient été obtenues, la seconde le 27 novembre 2017, alors que 311 réponses avaient été obtenues, la troisième le 5 décembre 2017, alors que 372 réponses avaient été obtenues. Nous avons décidé d'arrêter le recueil des données et de débuter l'analyse des réponses à la fin du mois de février 2018. Le nombre de réponses s'élevait alors à 393.

Nos critères d'inclusion comprenaient les sages-femmes des 30 maternités sélectionnées, exerçant en salle de naissance à temps partiel ou complet. Nous avons décidé d'exclure les sages-femmes n'ayant plus exercé en salle de naissance, à temps partiel ou complet, depuis plus de 12 mois, fixés de façon arbitraire.

1.7 Variables étudiées

Les variables étudiées étaient :

- La proportion de sages-femmes proposant des variations posturales à leurs patientes pendant le travail.
- Les facteurs individuels influençant la pratique :
 - La formation : initiale, secondaire
 - L'ancienneté au sein de l'établissement actuel
 - L'expérience
- Les facteurs collectifs influençant la pratique :
 - La politique du service,
 - La pratique au sein des équipes
 - L'établissement : le type, le statut
 - le type d'analgésie péridurale : classique ou déambulatoire

1.8 Critères de jugement

Le critère de jugement principal de cette étude était la proportion de sages-femmes proposant des variations posturales à leurs patientes pendant le travail.

Les critères de jugement secondaires étaient les facteurs individuels et collectifs qui influencent les pratiques professionnelles de la variation posturale des parturientes.

1.9 Stratégies d'analyse

Le premier objectif était pour rappel d'évaluer la proportion de sages-femmes proposant des variations posturales aux parturientes. Pour y répondre, nous avons **demandé** dans une question si les sages-femmes **proposaient des variations posturales aux parturientes systématiquement, fréquemment, parfois, rarement ou jamais.**

Pour répondre à notre second objectif, qui était de déterminer s'il existe des facteurs individuels ou collectifs qui influent sur la pratique des sages-femmes concernant les variations posturales pendant le travail, nous avons divisé les sages-femmes en deux groupes, celui des répondantes **ne proposant pas systématiquement de variations posturales aux parturientes (n = 99)** et celui des répondantes **en proposant systématiquement (n = 286)**.

Dans ces deux groupes, nous avons **évalué les variables collectives et individuelles** citées précédemment, afin de déterminer si elles avaient ou non un impact dans les pratiques des sages-femmes.

Certaines questions sont à choix multiples, elles sont précisées dans les tableaux par des astérisques (*).

Pour la comparaison des pourcentages, nous avons utilisé les méthodes de calcul du Chi2 et de Ficher lorsque les conditions ne s'appliquaient pas au Chi2.

Nous n'avons pas pris en compte dans nos calculs les catégories « inconnue » lorsque le total des données manquantes était inférieur à 5 %.

Nous avons considéré qu'une différence était statistiquement significative lorsque le degré de signification p était inférieur à 0,05.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel BiostaTGV®.

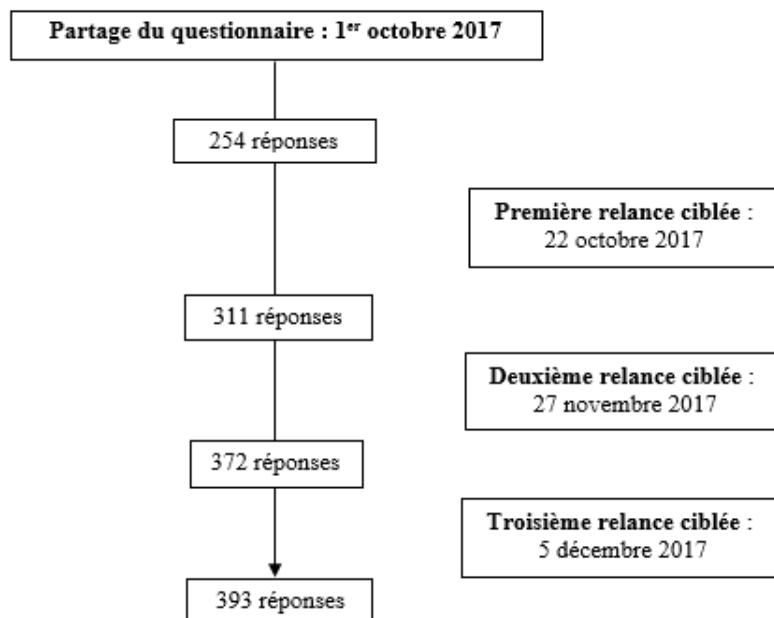
1.10 Considérations éthiques et réglementaires

L'accord des sages-femmes coordinatrices des différentes maternités ont été recueillis car le lien vers le questionnaire leurs était directement délivré. De plus, la formulation des questions a respecté l'anonymat des sages-femmes répondant à l'étude.

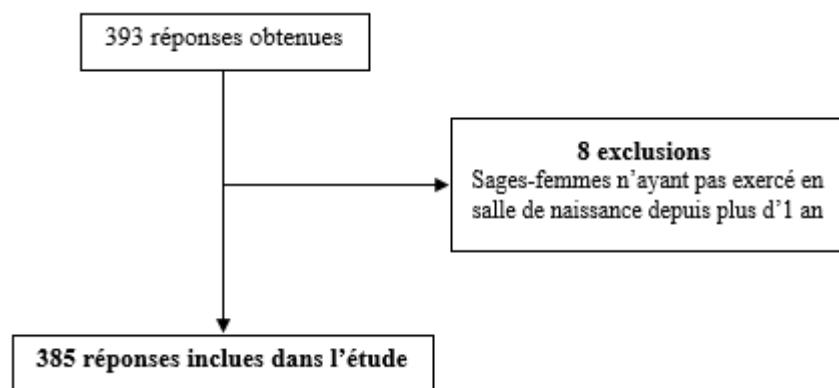
Deuxième partie : Résultats

2.1 Description générale de la population d'étude

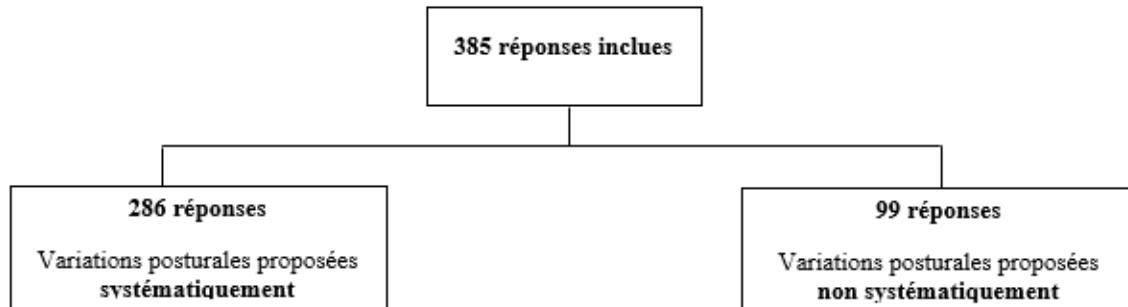
Nous avons obtenu 393 réponses au questionnaire, réparties sur les 30 maternités d'Ile-de-France sélectionnées. Cela correspond 16,2 % des sages-femmes hospitalières en Ile-de-France selon les chiffres répertoriés par la DREES. (2)



Nous avons exclu selon nos critères précédemment cités 8 réponses. Ainsi, 385 réponses ont été incluses, soit 15,9 % des sages-femmes exerçant dans le secteur hospitalier en Ile-de-France. (2)



Nous avons divisé les 385 réponses en deux groupes, celui des répondantes ne proposant pas systématiquement de variations posturales aux parturientes ($n = 99$, soit 25,7 % des réponses) et celui des répondantes en proposant systématiquement ($n = 286$, soit 74,3 % des réponses).



Les résultats comprennent 7 tableaux, 5 descriptifs dont le but est de décrire les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales perpartum selon des critères individuels et collectifs, et 2 tableaux analytiques dont le but est de déterminer si les facteurs individuels et collectifs influencent ou non les pratiques des sages-femmes.

2.2 La description des sages-femmes

Le tableau 1 présentait les sages-femmes ayant répondu au questionnaire selon leur année d'obtention du diplôme d'état, leur ancienneté au sein de l'établissement, et la région de formation (les écoles de formation sont décrites en **Annexe 4**).

Caractéristiques	n (%) - [Moy +- ET] N = 385
Année d'obtention du DE	[2012 +- 6,08]
Année d'expérience	[5,5 +- 6,08]
< 1 an	34 (8,8)
1-5 ans	158 (41,0)
> 5 ans	193 (50,1)
Années d'ancienneté	[2,03 +- 5,26]
< 1 an	47 (12,2)
1-5 ans	170 (44,2)
> 5 ans	168 (43,6)
Région de formation	
France Métropolitaine	355 (92,2)
Auvergne-Rhône-Alpe	12 (3,1)
Bourgogne-Franche-Comté	3 (0,8)
Bretagne	12 (3,1)
Centre-Val-de-Loire	9 (2,3)
Grand Est	14 (3,5)
Hauts de France	17 (4,4)
Ile de France	232 (60,3)
Normandie	13 (3,4)
Nouvelle Aquitaine	13 (3,4)
Occitanie	13 (3,4)
Pays de la Loire	12 (3,2)
Provence Alpes Côte d'Azur	5 (1,3)
DROM	2 (0,5)
Guyane	1 (0,3)
Réunion	1 (0,3)
Etranger	28 (7,3)
Belgique	25 (6,5)
Allemagne	1 (0,3)
Italie	1 (0,3)
Suisse	1 (0,3)

Tableau 1 : Caractéristiques des sages-femmes

Les années d'obtention du diplôme des sages-femmes ayant répondu au questionnaire s'étendaient de 1981 à 2017. La moyenne des sages-femmes était diplômée depuis juin 2012. 8,8 % des sages-femmes étaient diplômées depuis moins d'un an, 41 % depuis 1 à 5 ans et 50,1 % depuis plus de 5 ans.

Dans le lieu d'exercice actuel, la moyenne d'ancienneté des sages-femmes était de 2 ans et 3 mois, s'étendant entre 1 mois et 34 ans. 12,2 % des sages-femmes travaillaient dans l'établissement actuel depuis moins d'un an, 44,2 % entre 1 et 5 ans, et 43,6 % depuis plus de 5 ans.

Pour ce qui est de la formation initiale, 60,3 % des sages-femmes ont effectué leur formation initiale en Ile-de-France, 31,9 % en Province, 0,5 % dans les DROM (Guyane et Réunion), et 7,3 % à l'étranger, dont 6,5 % en Belgique.

2.3 La description des établissements

Le tableau 2 décrivait les caractéristiques de l'établissement où les sages-femmes ayant répondu à l'étude exerçaient actuellement.

Caractéristiques	n (%)
N = 385	
Type de l'établissement	
Type I	74 (19,2)
Type II	130 (33,8)
Type III	181 (47,0)
Statut de l'établissement	
Public	304 (79,0)
Privé non lucratif	69 (17,9)
Privé lucratif	12 (3,1)

Tableau 2 : Caractéristiques de l'établissement

Concernant le type d'établissement actuel, les sages-femmes travaillaient actuellement majoritairement dans des types III avec 47 %, 33,8 % dans des types II, et 19,2 % dans des types I.

Concernant le statut de l'établissement actuel, la grande majorité des sages-femmes travaillaient dans un établissement public avec 79 %, 17,9 % travaillaient dans un établissement privé à but non lucratif et 3,1 % travaillaient dans un établissement privé à but lucratif.

2.4 Les pratiques des sages-femmes

Le tableau 3 décrivait les caractéristiques individuelles pouvant influencer la pratique des sages-femmes. Ces caractéristiques étaient la formation initiale, la formation secondaire, les conditions de recours à l'analgésie périderale (APD), les techniques proposées avant la pose d'APD et les pratiques des sages-femmes chez les patientes ayant une APD.

	Caractéristiques	n (%)
		N = 385
Formation initiale		
Oui		276 (71,7)
Non		109 (28,3)
Formation secondaire		
Oui		165 (42,9)
Démarche personnelle		21 (5,5)
Bernadette De Gasquet		16 (4,2)
Ostéopathie		2 (0,5)
Julie Bonapace		1 (0,3)
Autre		2 (0,5)
Proposée par l'établissement		144 (37,4)
Bernadette De Gasquet		125 (32,5)
Blandine Calais Germain		4 (1,0)
Béatrice Baby		3 (0,8)
Julie Bonapace		1 (0,3)
Autre		11 (2,9)
Non		220 (57,1)
Conditions de recours à l'APD*		
Proposition de mobilisation ssi APD non souhaitée tout de suite		213 (55,3)
Encouragement à retarder la pose d'APD même si souhaitée tout de suite		157 (40,1)
Proposition quelle que soit la dilatation cervicale		104 (27,0)
Encouragement à poser l'APD même si non souhaitée tout de suite		1 (0,3)
Techniques proposées avant la pose d'APD*		
Déambulation		373 (96,9)
Ballon		369 (95,8)
Douche/bain		347 (90,1)
Thérapeutiques médicamenteuses hormis APD		178 (46,2)
S'allonger		14 (3,6)
Proposition de mobilisation sous APD		
Systématiquement		286 (74,3)
Non systématiquement		99 (25,7)
Fréquemment		91 (23,6)
Parfois		7 (1,8)
Rarement		1 (0,3)
Jamais		0 (0)
Fréquence de proposition de mobilisation sous APD		
Environ toutes les heures		276 (71,7)
Environ toutes les 30 minutes		37 (9,6)
Environ toutes les 2 heures		35 (9,1)
Irrégulièrement		37 (9,6)
Contexte de proposition de mobilisation sous APD		
Sans contexte particulier		346 (89,9)
Ciblé		39 (10,1)
Raisons des propositions de mobilisation sous APD*		
Convaincue de l'efficacité des variations posturales		360 (93,5)
Matériel à disposition		143 (37,1)
Largement répandue au sein des équipes		128 (33,2)
Grâce à la formation initiale		122 (31,7)

Politique de service favorable	75 (19,5)
Grâce à la formation secondaire	53 (13,8)
Postures les + proposées*	
Décubitus latéral simple	314 (81,6)
Décubitus latéral hyperfléchi	310 (80,5)
Assise	306 (79,5)
Décubitus dorsal hyperfléchi	171 (44,4)
A genoux	126 (32,7)
Décubitus dorsal simple	88 (22,9)

Tableau 3 : Caractéristiques individuelles

2.4.a La formation initiale

71,7 % des sages-femmes ont déclaré avoir étudié les postures perpartum et l'intérêt des variations posturales pendant le travail et l'accouchement pendant leur formation initiale versus 28,3 % qui ont déclaré ne pas les avoir étudiées.

2.4.b La formation secondaire

La formation secondaire était définie comme la formation effectuée secondairement à l'obtention du diplôme d'état et spécifique aux variations posturales per-partum. 42,9 % des sages-femmes ont déclaré avoir effectué une formation secondaire, versus 57,1 % qui n'en ont pas effectuée.

Parmi les formations secondaires effectuées, il s'agissait d'une formation proposée par la maternité d'exercice pour l'importante majorité des sages-femmes, soit 37,4 % de la totalité des sages-femmes, versus 5,5 % qui ont déclaré avoir dû faire eux-mêmes la démarche pour effectuer cette formation.

Parmi les formations, la principale formation effectuée était celle de Bernadette de Gasquet (36,7 % des sages-femmes) comportant principalement des exercices de respiration et de postures, les autres formations étaient entre autres celles de Julie Bonapace (0,6 %) comportant des notions de yoga, respiration, acupuncture, massages, la formation Béatrice Baby (0,8 %) composée de yoga, de médiation, la formation Blandine Calet-Germain (1 %), et enfin la formation d'ostéopathie (0,5 %). D'autres formations ont été faites (3,4 %) mais le nom de la formation n'était pas précisée car a été oublié, ou encore il s'agissait de formations informelles.

2.4.c Avant la pose de l'analgésie péridurale

Parmi les réponses, 96,9 % des sages-femmes proposaient aux parturientes de déambuler, 95,8 % proposaient l'utilisation du ballon, 90,1 % proposaient de prendre une douche ou un bain. 3,6 % des sages-femmes proposaient de s'allonger, mais toujours en association avec une autre technique citée précédemment.

Concernant les conditions de recours à l'analgésie péridurale pendant la phase de latence, c'est-à-dire entre les premières contractions régulières et ressenties et une dilatation cervicale égale à 5 cm pour la multipare, 6 cm pour la primipare (1), 27 % des sages-femmes proposaient le recours à la péridurale quelle que soit la dilatation cervicale, 55,3 % proposaient aux parturientes la mobilisation seulement si elles ne souhaitent pas la péridurale immédiatement tandis que 40,1 % encourageaient les parturientes à retarder la pose de péridurale même si elles la souhaitent immédiatement.

Une seule sage-femme encourageait la pose de péridurale même si les parturientes ne la souhaitent pas immédiatement, mais cette sage-femme a également ajouté qu'elle encourageait les parturientes à retarder la pose de péridurale même si elles la souhaitent immédiatement.

Nous comprenons que le choix de ces 2 réponses paradoxales s'appliquait donc au cas par cas et dépendait du contexte.

2.4.d Les variations posturales sous analgésie péridurale

74,3 % des sages-femmes ont déclaré proposer systématiquement des variations posturales pendant le travail à leurs patientes versus 25,7 % qui ne les proposaient pas systématiquement, mais fréquemment 91, parfois 7 ou rarement 1.

Aucune sage-femme n'a déclaré ne jamais proposer des variations posturales pendant le travail.

Concernant la fréquence de proposition de variations posturales per partum, la majorité des sages-femmes a déclaré proposer des variations posturales toutes les heures environ, (71,7 %), 9,6 % des sages-femmes a déclaré en proposer toutes les 30 minutes environ et 9,1 % toutes les 2 heures environ. 9,6 % des sages-femmes a déclaré en proposer irrégulièrement.

La large majorité des sages-femmes, soit 89,9 %, a déclaré proposer des variations posturales aux parturientes sans contexte particulier avec un déroulement normal du travail et en cas d'anomalies TRANCART Sarah

telles que les anomalies du rythme cardiaque fœtal, la dystocie mécanique (non engagement, mauvaise flexion de la présentation, variétés postérieures) ou la stagnation de la dilatation.

Une minorité des sages-femmes, soit 10,1 %, a déclaré ne proposer des variations posturales qu'en cas d'anomalies pendant le travail, mais pas dans un contexte normal.

Concernant les raisons qui poussaient les sages-femmes à proposer des variations posturales pendant le travail, la grande a affirmé être convaincue de l'efficacité des variations posturales, soit 93,5 % des sages-femmes.

31,7 % des sages-femmes ont affirmé proposer les variations posturales pendant le travail car cela faisait partie de leur formation initiale, 13,8 % parce que cela faisait partie de leur formation secondaire, 19,5 % parce que la politique du service était favorable à cette pratique, 33,2 % parce que la pratique était largement répandue au sein des équipes, et 37,1 % parce qu'elles avaient du matériel à disposition qui le leur permettait.

Les postures les plus proposées pendant le travail étaient à 81,6 % le décubitus latéral simple, 80,5 % le décubitus latéral hyperfléchi, à 79,5 % la position assise, à 44,4 % le décubitus dorsal hyperfléchi, à 32,7 % la position à genoux et à 22,9 % le décubitus dorsal simple.

2.5 Les caractéristiques collectives

Le tableau 4 décrivait les caractéristiques collectives, c'est-à-dire propres à l'établissement de santé : la politique du service, les pratiques au sein des équipes d'une même maternité et le type d'analgésie proposé.

Caractéristiques	n (%)
N = 385	
Politique de service	
Favorable	181 (47,0)
Défavorable	172 (44,7)
Inconnue	32 (8,3)
Pratiques collectives	
Largement répandue	294 (76,4)
Plus ou moins répandue	84 (21,8)
Pas du tout répandue	5 (1,3)
Inconnue	2 (0,5)
Analgésie péridurale	
Déambulatoire	42 (10,9)
Non déambulatoire	343 (89,1)

Tableau 4 : Caractéristiques collectives

2.5.a La politique de service

Nous avons défini la politique de service comme l'avis qu'avaient les instances hospitalières supérieures, c'est-à-dire les sages-femmes cadres et les chefs de service sur les variations posturales per-partum et éventuellement l'influence que leur avis pouvait avoir sur les sages-femmes. Parmi ces dernières, 47 % ont déclaré une politique favorable aux variations posturales, 44,7 % ont déclaré une politique de service non favorable, et 8,3 % ignorent quelle est la politique du service.

Ainsi, malgré la majorité déclarant une politique de service favorable à la pratique des variations posturales pendant le travail, il y avait tout de même un taux conséquent de réponses en faveur d'une politique non favorable.

2.5.b Les pratiques collectives

Nous avons défini les pratiques collectives comme les pratiques au sein de l'équipe de sages-femmes d'un même établissement.

Ainsi, l'importante majorité des sages-femmes, soit 76,4 %, a déclaré une pratique largement répandue, 21,8 % a déclaré une pratique plus ou moins répandue, et 1,3 % a déclaré une pratique pas du tout répandue au sein des équipes.

TRANCART Sarah

2.5.c L'analgésie

L'utilisation de l'analgésie déambulatoire ne concernait qu'une minorité des sages-femmes, soit 10,9 %, tandis que l'analgésie péridurale classique concernait 89,1 % des réponses car une stricte minorité de maternités utilisaient l'analgésie déambulatoire.

2.6 Pendant l'accouchement

Le tableau 5 décrivait les pratiques des sages-femmes pendant l'accouchement, dans le but d'étudier le continuum des variations posturales jusqu'à l'accouchement.

Caractéristiques	n (%)
N = 385	
Choix laissé à la parturiente	
Toujours	53 (13,8)
Souvent	149 (38,7)
Rarement	143 (37,1)
Jamais	40 (10,4)
Réponse favorable à la demande de la parturiente	
Toujours	144 (37,4)
La plupart du temps	217 (56,3)
Rarement	18 (4,7)
Jamais	6 (1,6)
Postures majoritairement utilisées*	
Décubitus dorsal + cale-pieds	256 (66,5)
Décubitus dorsal + étriers	206 (53,5)
Décubitus latéral	106 (27,5)
A genoux	12 (3,1)
Accroupie	0 (0)
Assise	0 (0)

Tableau 5 : Caractéristiques de l'accouchement

Concernant la position d'accouchement, la majorité des sages-femmes utilisait principalement le décubitus dorsal avec les cale-pieds, soit 66,5 %. 53,5 % utilisait le décubitus dorsal avec les étriers, 27,5 % utilisait le décubitus latéral, 3,1 % utilisait la position à genoux. Aucun répondant n'utilisait majoritairement les positions accroupie ou assise.

Concernant le choix de la position d'accouchement dans le cadre d'un déroulement du travail normal, 38,7 % des sages-femmes ont affirmé laisser souvent le choix à la patiente, 37,1 % ont affirmé le laisser rarement, 13,8 % ont affirmé le laisser toujours, et 10,4 % ne le laissent jamais. Si la parturiente demandait d'accoucher dans une position particulière, 56,3 % des sages-femmes accédaient à sa demande favorablement la plupart du temps, 37,4 % y accédaient toujours, 4,7 % y accédaient rarement, et 1,6 % n'y accédaient jamais.

2.7 Analyse des réponses

Initialement, nous souhaitions comparer le groupe de sages-femmes proposant des variations posturales perpartum à celui des sages-femmes n'en proposant pas. Mais aucune sage-femme a répondu ne jamais proposer de variations posturales aux parturientes. Nous avons donc fait le choix de comparer le groupe de sages-femmes proposant **systématiquement** des variations posturales aux parturientes à celui n'en proposant **pas systématiquement**.

Nous avons recherché des facteurs individuels et collectifs pouvant ou non influencer le fait de proposer systématiquement ou non des variations posturales pendant le travail.

2.7.a Caractéristiques individuelles

Le tableau 6 analysait les caractéristiques individuelles précédemment citées, afin d'évaluer si elles avaient ou non un impact sur la pratique des sages-femmes.

Caractéristiques	TOTAL n (%)	Postures proposées systématiquement n (%)	Postures proposées non systématiquement n (%)	p value
	385 (100)	286 (100)	99 (100)	
Année d'obtention du DE				p = 0,404
< 1 an	34 (8,8)	24 (8,4)	10 (10,1)	
1-5 ans	158 (41,1)	123 (43,0)	35 (35,4)	
> 5 ans	193 (50,1)	139 (48,6)	54 (54,5)	
Ancienneté dans l'établissement				p = 0,115
< 1 an	47 (12,2)	32 (11,2)	15 (15,1)	
1-5 ans	170 (44,2)	135 (47,2)	35 (35,4)	
> 5 ans	168 (43,6)	119 (41,6)	49 (49,5)	
Formation initiale				p = 0,122
Oui	276 (71,7)	211 (73,8)	65 (65,7)	
Non	109 (28,3)	75 (26,2)	34 (34,3)	
Formation secondaire				p = 0,920
Oui	165 (42,9)	123 (43,0)	42 (42,4)	p = 0,853
Démarche personnelle	21 (5,5)	16 (5,6)	5 (5,1)	
Proposée par l'établissement	144 (37,4)	107 (37,4)	37 (37,3)	
Non	220 (57,1)	163 (57,0)	57 (57,6)	

Tableau 6 : Analyse des caractéristiques individuelles

Concernant le nombre d'année d'expérience, nous avons divisé l'ensemble des sages-femmes en 3 groupes : diplômées depuis moins de 1 an, de 1 à 5 ans, et de plus de 5 ans. Les résultats n'étaient pas significatifs, **le nombre d'années d'expérience n'influençait donc pas le fait de proposer systématiquement ou non les variations posturales pendant le travail (p = 0,404).**

Pour ce qui est de l'ancienneté de l'établissement, nous avons fait le choix de diviser les sages-femmes selon la même échelle de temps que pour les années d'expérience, nous avons donc également formé 3 groupes dont un travaillant depuis moins d'un an dans l'établissement actuel, un y travaillant depuis 1 à 5 ans et un dernier y travaillant depuis plus de 5 ans. **L'ancienneté dans l'établissement n'influençait pas non plus la proposition des variations posturales (p = 0,115).**

La formation initiale n'influence pas la proposition des variations posturales (p = 0,122), ainsi que la formation secondaire (p = 0,920), qu'elle soit proposée par l'établissement ou effectuée à partir d'une démarche personnelle (p value = 0,853).

2.7.b Caractéristiques collectives

Le tableau 7 analysait les caractéristiques collectives afin d'évaluer si elles ont un impact ou non sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales perpartum.

Caractéristiques	TOTAL n (%)	Postures proposées systématiquement n (%)	Postures proposées non systématiquement n (%)	p value
	385 (100)	286 (100)	99 (100)	
Politique du service				p = 0,034
Favorable	181 (47,0)	145 (50,7)	36 (36,4)	
Défavorable	172 (44,7)	117 (40,9)	55 (55,5)	
Inconnue	32 (8,3)	24 (8,4)	8 (8,1)	
Pratique au sein des équipes				p < 0,001
Largement répandue	294 (76,4)	238 (83,2)	56 (56,6)	
Plus ou moins répandue	84 (21,8)	46 (16,2)	38 (38,4)	
Pas du tout répandue	5 (1,3)	1 (0,3)	4 (4,0)	
Inconnue	2 (0,5)	1 (0,3)	1 (1,0)	
Type d'établissement				p = 0,046
Type I	74 (19,2)	60 (21,0)	14 (14,1)	
Type II	130 (33,8)	102 (35,7)	28 (28,3)	
Type III	181 (47,0)	124 (43,3)	57 (57,6)	
Statut de l'établissement				p = 0,213
Public	304 (79,0)	220 (77,0)	84 (84,8)	
Privé non lucratif	69 (17,9)	57 (19,9)	12 (12,1)	
Privé lucratif	12 (3,1)	9 (3,1)	3 (3,0)	
Analgésie				p = 0,295
Déambulatoire	42 (10,9)	34 (11,9)	8 (8,1)	
Non déambulatoire	343 (89,1)	252 (88,1)	91 (91,9)	

Tableau 7 : Analyse des caractéristiques collectives

Le statut de l'établissement influençait le choix de proposer systématiquement ou non des variations posturales. En effet, le fait de travailler en type III serait un facteur défavorable à la proposition systématique de variations posturales car les sages-femmes travaillant actuellement en type III proposaient moins systématiquement des variations posturales pendant le travail à leurs patientes que les sages-femmes travaillant en types I et II (**p = 0,046**).

La politique du service influençait également les pratiques des sages-femmes concernant les propositions de variations posturales (**p = 0,034**), ainsi que les **pratiques au sein des équipes** (**p < 0,001**).

En revanche, le statut de l'établissement n'influençait pas la proposition des variations posturales (**p value = 0,213**).

Concernant l'**analgésie péridurale**, qu'elle soit déambulatoire ou non, elle n'influençait pas le choix des propositions de variations posturales (**p value = 0,295**).

2.8 Remarques

Concernant les remarques, certaines sages-femmes ont précisé que certains facteurs les empêchaient de proposer des variations posturales aussi souvent qu'ils le souhaiteraient. 69 sages-femmes ont exprimé leur avis, cela représente **17,9 % des sages-femmes** ayant répondu à l'étude. (**Figure 1**)

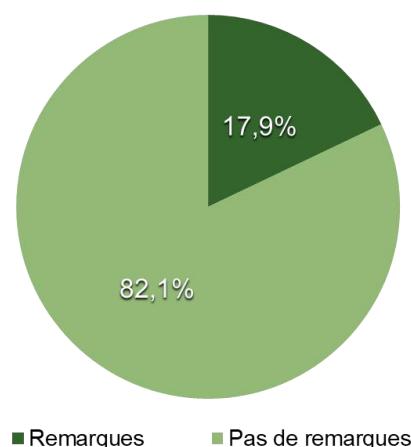


Figure 1 : Proportion des sages-femmes ayant notifié une remarque

Parmi ces 69 remarques, 4 principaux thèmes sont ressortis (**Figure 2**) :

- le **bloc moteur** : souligné par 9 sages-femmes sur 69 (13 %)
- le **manque de temps** : souligné par 19 sages-femmes sur 69 (27,5 %)
- le **manque de matériel** : souligné par 7 sages-femmes sur 69 (10,1 %)
- le **choix de la patiente** : souligné par 11 sages-femmes sur 69 (15,9 %)

Concernant le bloc moteur créé par un surdosage de l'analgésie péridurale, empêchant les parturientes de se mouvoir librement, 9 sages-femmes (13 %) ont souligné ce problème, dont 5 sages-femmes proposant systématiquement des variations posturales (7,2 %) et 4 sages-femmes n'en proposant pas systématiquement (5,8 %). (**Figure 2**)

Concernant le manque de temps, 19 sages-femmes (27,5 %) l'ont notifié, dont 10 proposant systématiquement des variations posturales (14,5 %) et 9 n'en proposant pas systématiquement (13 %).

7 sages-femmes (10,1 %) ont dénoncé le manque de matériel approprié aux variations posturales, dont 5 sages-femmes proposant systématiquement des variations posturales (7,2 %) et 2 sages-femmes n'en proposant pas systématiquement (2,9 %). (**Figure 2**)

Enfin, 11 sages-femmes (15,9 %), dont 6 proposant systématiquement des variations posturales (8,7 %) et 5 n'en proposant pas systématiquement (7,2 %), ont précisé que le choix des variations posturales dépendaient des parturientes, précisant que la femme est actrice de son travail et choisit si elle souhaite se mobiliser ou non. Ces sages-femmes ont également précisé moins proposer de variations posturales la nuit, préférant « laisser dormir » les parturientes. (**Figure 2**)

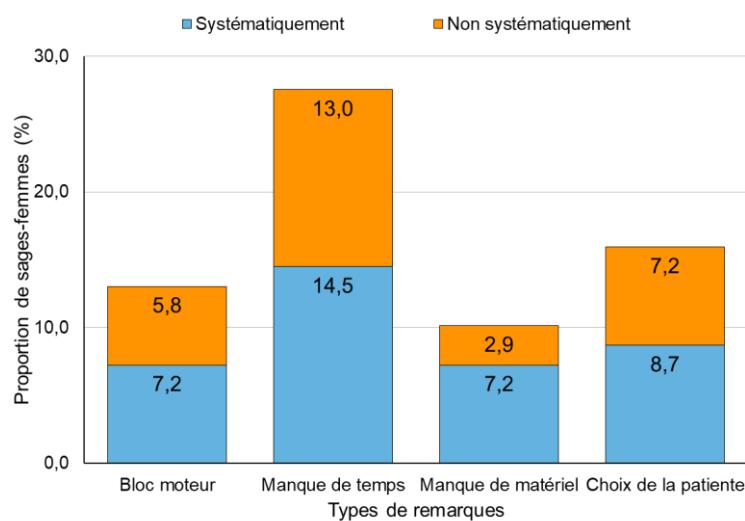


Figure 2 : Principales remarques des sages-femmes

Parmi d'autres remarques, on a noté la **barrière de la langue** qui pouvait empêcher les sages-femmes de proposer des variations posturales aussi souvent qu'elles le souhaitent : 2 sages-femmes ont souligné ce problème.

Il y avait également une sage-femme qui a déclaré être **gênée par les fils** du cardiotocographe, de l'analgésie périphérique, de la perfusion, du brassard à tension entre autres.

Une autre sage-femme a dénoncé la **difficulté à enregistrer le rythme cardiaque fœtal** en fonction des postures adoptées par la patiente, ce qui limitait les variations posturales.

11 sages-femmes ont souligné la **nécessité d'une formation secondaire**, une sage-femme souhaiterait un **renforcement de la formation initiale**.

Enfin, 4 sages-femmes précisent dans les remarques qu'il est **important d'insister sur les séances de préparation à la naissance et à la parentalité**.

Troisième partie : Discussion

3.1 Résumé des principaux résultats

Nous avons constaté que 100 % des sages-femmes ayant répondu à l'étude proposaient des variations posturales aux parturientes pendant le travail, **ce qui nous a permis de valider d'emblée notre première hypothèse.**

Concernant notre seconde hypothèse, les résultats ont permis de confirmer que **des facteurs influençaient les pratiques des sages-femmes** concernant les variations posturales perpartum. Ces facteurs étaient **collectifs** car il s'agissait de la **politique du service ($p = 0,034$)**, du **type de l'établissement ($p = 0,046$)** et des **pratiques au sein des équipes ($p < 0,001$)**.

L'étude n'a cependant pas démontré l'impact de facteurs individuels sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales perpartum.

3.2 Forces et faiblesses de l'étude

La principale force de cette étude est de faire un état des lieux sur la pratique des sages-femmes concernant les variations posturales perpartum en Ile-de-France. Ce sujet n'a pas été traité auparavant, il est donc plutôt novateur.

Une autre force de l'étude est qu'elle s'attache à un sujet d'actualité : le retour à la démédicalisation du travail et de l'accouchement, avec les dernières recommandations de la HAS. La principale faiblesse de l'étude est le support de l'étude lui-même, qui est un questionnaire, avec un faible niveau de preuve car basé sur du déclaratif et non vérifiable dans les faits.

Une autre faiblesse de l'étude est le nombre de réponses à l'étude. Il n'est pas représentatif de la population générale car il ne concerne que 15,9 % des sages-femmes exerçant en structure hospitalière en Ile-de-France. (2)

3.3 Limites et biais de l'étude

Notre étude comporte des **biais d'information**, plus précisément des **biais de rappel** directement lié au support de l'étude.

En effet, il s'agit d'un questionnaire, basé sur les déclarations des sages-femmes qui ne peuvent donc pas être vérifiées dans les faits.

De plus, il est probable que les sages-femmes ne se souviennent pas de certains points et peuvent donc répondre de manière incertaine. Nous pouvons prendre l'exemple de la question concernant la formation secondaire, plusieurs sages-femmes ont indiqué qu'elles ne se souvenaient plus du nom de la formation, nous avons donc dû créer une rubrique « autre » dans les résultats car nous n'avions pas anticipé cette réponse.

Il existe aussi un **biais de recrutement**. En effet, nous supposons que seules les sages-femmes intéressées par le sujet ont répondu au questionnaire, laissant penser que les sages-femmes ne proposant pas de variations posturales aux parturientes, non intéressées par le sujet, n'ont pas répondu au questionnaire.

3.4 Discussion de la méthode d'étude

3.4.a Le type de l'étude

Comme cité précédemment dans les limites de l'étude, le support d'étude expose à des biais d'information, ne pouvant pas être vérifiées dans les faits et donc rendant les réponses discutables.

La méthode idéale aurait été d'étudier les variations posturales en faisant une étude rétrospective de type exposé non exposé avec ouverture de dossiers. Nous y avons songé mais les variations posturales ne sont pas toujours notées dans les partogrammes et encore moins codées. C'est pour cela que nous nous en sommes tenus au questionnaire.

3.4.b La diffusion du questionnaire

Nous avons décidé de tirer au sort dix maternités de chaque type dans le but d'avoir un nombre similaire de réponses en fonction des types de maternité et de limiter de ce fait les inégalités pouvant amener à des résultats discutables. Le choix du nombre de dix maternités de chaque type a été fixé arbitrairement, estimant qu'un total de 30 maternités semblait conséquent.

Cependant, il y a davantage de réponses provenant des maternités de types III et II que provenant des maternités de type I. En effet, il a été plus compliqué de sélectionner les maternités de type I car elles sont moins nombreuses que celles de type II et III et comprennent des cliniques privées, plus difficiles à joindre.

Le fait de sélectionner des maternités privées lucratives a été longuement discuté, mais nous avons finalement décidé de les inclure car nous trouvions intéressant le fait de comparer les réponses en fonction du statut de l'établissement. Il a été difficile de joindre les sages-femmes coordinatrices de ces cliniques et faute de temps, il n'a pas été possible de s'y déplacer pour les rencontrer en personne. Cela aurait pourtant été la méthode la plus judicieuse. Nous avons tenté en vain d'obtenir leurs coordonnées auprès des standards des cliniques concernées.

Nous n'avons donc pas obtenu de réponses de la part des cliniques privées, qui sont l'hôpital américain, la clinique de la Muette et la clinique sainte Thérèse, réduisant les maternités de type I répondantes au nombre de 7. De ce fait, nous avons obtenu moins de réponses de la part des types I, en sous-effectif par rapport aux types II et III.

L'autre solution aurait été de réduire le nombre de maternités de chaque type mais cela aurait nécessité de réeffectuer un tirage au sort et nous estimions que sélectionner seulement 7 maternités de chaque type faisait perdre davantage de puissance au questionnaire.

Nous avions anticipé la difficulté d'obtenir des réponses, dans un premier temps de la part des sages-femmes coordinatrices et dans un second temps de la part des sages-femmes après que le questionnaire fut partagé par les sages-femmes coordinatrices. Cette difficulté nous a conforté dans notre choix de s'en tenir à 10 maternités de chaque type, pour un total de 30 maternités, et de ne pas réduire cet effectif à 7 maternités de chaque type, soit 21 maternités.

Les sages-femmes coordinatrices des 7 autres maternités de type I ont répondu favorablement à notre questionnaire, ainsi que les sages-femmes coordinatrices des 10 maternités de type II et de type III.

Au total, 27 maternités ont répondu à notre questionnaire sur les 30 maternités sélectionnées.

Nous aurions donc dû procéder autrement dans le partage du questionnaire concernant les maternités privées lucratives de type I et nous rendre directement sur place pour discuter en personne avec les sages-femmes coordinatrices concernées.

3.4.c La structure du questionnaire

Concernant le contenu du questionnaire, on peut soulever plusieurs points.

Les questions concernant la phase avant la pose de la péridurale peut être considérée comme du hors-sujet. En effet, il est question d'étudier les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales chez les patientes ayant une analgésie péridurale. Mais ces questions ont été posées dans le but de comprendre **comment les sages-femmes se positionnent** face aux

patientes avant que ces dernières optent pour l'analgésie péridurale, de sorte à voir le **continuum de la prise en charge** des patientes en travail par les sages-femmes.

C'est également le cas pour les questions dédiées aux positions pendant l'accouchement.

Concernant la question sur les conditions de recours à l'analgésie péridurale, elle a été posée également dans le but de voir le continuum de la prise en charge des patientes en travail, mais les réponses des sages-femmes sont multiples.

En effet, on peut trouver dans une même réponse que la sage-femme encourage ses patientes à retarder la pose de péridurale bien qu'elles la souhaitent rapidement, et en même temps qu'elle encourage les patientes à demander la péridurale rapidement, bien qu'elles ne la souhaitent pas tout de suite.

Ainsi, on peut se dire que les réponses des sages-femmes sont multiples car elles **dépendent du contexte**, comprenant les antécédents de la patiente, le déroulement de la grossesse, le terme, l'analyse du rythme cardiaque fœtal, etc.

Nous avons remarqué à posteriori, au vu des réponses à cette question, que nous aurions dû préciser « dans un contexte normal », c'est-à-dire avec un déroulement de travail normal.

Nous pouvons également penser que les réponses **dépendent également de l'activité du service**. En effet, si l'activité est dense, les sages-femmes auront tendance à encourager les parturientes à choisir la péridurale car elles ne pourront pas s'occuper pleinement de la gestion de la douleur, qui demande une présence exclusive de leur part. Dans le cas contraire, une activité dense pourrait empêcher la pose de l'analgésie péridurale bien qu'elle soit souhaitée tout de suite par les parturientes, en raison de l'indisponibilité de l'anesthésiste ou de l'absence de salle de travail disponible.

De multiples raisons peuvent donc modifier les réponses des sages-femmes et il est complexe de l'évaluer à travers un questionnaire.

Dans un second temps, nous remarquons que certains aspects importants ont été omis en consultant la dernière question, dédiée aux remarques.

En effet, les sages-femmes ont souligné plusieurs points qui limitent les propositions de variations posturales, n'ayant pas été précisés de façon correcte dans le questionnaire car se trouvant uniquement dans la rubrique des remarques :

- Le manque de temps dû à une activité trop importante
- Le manque de matériel adapté

- Le bloc moteur créé par un surdosage de l'analgésie péridurale
- La difficulté d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal
- Le manque de commodité (fils du cardiotocographe, perfusion, cathéter d'APD, etc.)
- Le choix de la patiente

Le manque de temps et le manque de matériel adapté ont été évoqués dans le questionnaire, **dans la question dédiée aux sages-femmes ne proposant pas de variations posturales aux parturientes. (Annexe 2)**

Cependant, 100 % des sages-femmes proposent des variations posturales aux parturientes, **cette question n'a donc obtenu aucune réponse.** Ces points n'ont donc pas pu être abordés dans le questionnaire, mais seulement dans la rubrique des remarques.

Concernant **le bloc moteur créé par un surdosage de l'analgésie péridurale**, il **n'a même pas été cité** dans la question dédiée aux sages-femmes qui ne proposent pas de variations posturales.

A posteriori, il aurait été plus judicieux de créer une question « quels sont les points qui vous empêchent de proposer des variations posturales aussi souvent que vous le souhaitez ? » accessible à toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire, avec les propositions citées ci-dessus, et une autre rubrique « autre » permettant aux sages-femmes de rajouter ce qu'elles souhaitent.

La dernière question, celle des remarques, nous a permis de rattraper ce problème mais n'est pas une question mise en valeur, car elle arrive à la fin du questionnaire, ne propose pas de suggestions, et peut être souvent omise par les sages-femmes. Il est probable que certaines sages-femmes aient pensé à ces aspects sans le préciser dans les remarques, **minorant possiblement la proportion réelle.**

Concernant le **choix de la patiente**, celui-ci, pourtant logique et essentiel, n'a pas été abordé dans les questions motivant ou non les sages-femmes à proposer des variations posturales aux parturientes. En effet, dans les remarques, certaines sages-femmes ont précisé que la fréquence des variations posturales et le choix des postures dépend essentiellement du choix des parturientes et de leur confort. Certaines sages-femmes précisent même moins proposer de variations posturales aux parturientes la nuit, les laissant dormir, ce qui semble évident. L'analgésie péridurale a en effet permis d'évincer la douleur du travail et a pu offrir la possibilité aux parturientes en bénéficiant de se reposer.

De plus, elles précisent que les parturientes choisissent elles-mêmes les postures. Il semble indispensable d'**informer les parturientes pendant leurs grossesses** des différentes postures à adopter et leurs buts à travers des notions de mécanique obstétricale, afin de leurs donner toutes les clés pour être pleinement actrices de leur travail et de leur accouchement.

Selon nous, il est donc **nécessaire d'insister davantage sur l'intérêt des séances de préparation à la naissance et à la parentalité auprès de toutes les femmes enceintes.**

3.5 Discussion des résultats

Concernant les **résultats descriptifs**, comme précisé précédemment, il s'agit d'une étude de faible niveau de preuve car basée sur du déclaratif, non vérifiable. Certaines réponses dépendent clairement du contexte, comme la réponse concernant les conditions de recours à la péridurale, comme expliqué précédemment. Cela concerne également la fréquence de mobilisation sous péridurale, qui dépend entre autres de l'activité du service et les positions les plus fréquemment proposées pendant le travail et pendant l'accouchement, qui peuvent être impactées par le bloc moteur créé par la péridurale par exemple, et donc limiter les sages-femmes dans leur pratique.

Pendant le premier stade du travail, **avant la pose de péridurale**, les propositions par les sages-femmes ressortant principalement sont la **déambulation** (96,9 %), **l'utilisation du ballon** (95,8 %), la **douche/bain** (90,1 %). L'utilisation du ballon ressort également dans l'étude menée par Chloé Barasinski et al. sur les positions des parturientes durant le 1^e et le 2^e stade du travail avec une utilisation de 70,1 %. (18)

Les postures principalement proposées pendant le premier stade du travail **avec péridurale** sont le **décubitus latéral simple** (81,6 %) et le **décubitus latéral hyperfléchi** (80,5 %), ce qui rejoint l'étude de Chloé Barasinski avec 68,1 % d'utilisation du décubitus latéral. (18)

La position la plus utilisée **pendant l'accouchement avec péridurale** est le **décubitus dorsal**, avec utilisation de cale-pieds (66,5 %) ou avec utilisation d'étriers (53,5 %), ce qui correspond aux résultats de l'Enquête Périnatale de 2016 avec une proportion du décubitus dorsal de 88,5 % au début des efforts expulsifs et 95,5 % pendant l'expulsion. (5) et rejoint les résultats de l'étude menée par Chloé Barasinski (63,8 %). (18)

Concernant l'**analyse des facteurs individuels étudiés**, nous constatons qu'**aucun n'influence la pratique des sages-femmes de manière significative**. En effet, nous n'obtenons aucun résultat significatif concernant l'ancienneté dans l'établissement, l'expérience, la formation initiale et la formation secondaire, qu'elle soit proposée par l'établissement ou émanant d'une démarche personnelle.

Concernant l'**analyse des facteurs collectifs étudiés**, nous constatons certains résultats significatifs.

Dans un premier temps, la **politique de service** semble influencer les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales pendant le travail.

Une politique de service défavorable à la pratique des variations posturales perpartum se traduit par une proposition moins systématique des variations posturales de la part des sages-femmes. Inversement, si la politique de service est favorable, les sages-femmes vont davantage proposer systématiquement des variations posturales ($p = 0,034$).

Dans un second temps, la **pratique au sein des équipes** semble également influencer les pratiques des sages-femmes.

Des équipes ayant largement l'habitude de proposer des variations posturales perpartum va encourager la sage-femme à en proposer de manière systématique. A l'inverse, dans des équipes où proposer des variations posturales est moins répandu, les variations posturales vont être proposées moins systématiquement de la part de la sage-femme ($p < 0,001$).

Cela semble logique, car si les équipes n'ont pas l'habitude de proposer des variations posturales, chaque sage-femme ne va pas en proposer dans ses pratiques, et ainsi renforcer le manque de pratique au sein des équipes.

Le troisième résultat significatif obtenu concerne le **type de l'établissement**. On note que si les sages-femmes travaillent dans des types I ou II, elles vont proposer plus systématiquement des variations posturales que les sages-femmes travaillant dans des types III ($p = 0,046$).

Ce résultat est discutable car une proportion plus importante de sages-femmes travaillant en type III a répondu, concernant 47 % des réponses totales. Nous pouvons nous dire que les sages-femmes désintéressées par la pratique des variations posturales perpartum n'ont pas pris la peine de répondre au questionnaire, augmentant faussement le nombre de sages-femmes proposant systématiquement des variations posturales dans les types I et II.

Cette remarque ne concerne pas uniquement le type d'établissement, mais tous les résultats à l'étude de manière générale, comme expliqué précédemment dans les limites et biais de l'étude. On peut donc faussement croire que les sages-femmes travaillant dans des types I ou II vont proposer davantage de variations posturales que les sages-femmes travaillant dans des types III.

3.6 Implications et perspectives

Nous nous apercevons à travers cette étude qu'il existe des facteurs collectifs qui peuvent influencer la pratique des sages-femmes dans la prise en charge du travail et de l'accouchement.

Il serait donc important de mettre en place **davantage de formations internes** sur les pratiques des variations posturales perpartum dans services de maternité, ainsi que sur les nouvelles recommandations HAS sur le travail normal.

Ces formations ne doivent pas s'adresser uniquement aux sages-femmes car on constate à travers cette étude que les variations posturales perpartum sont bien intégrées dans leurs pratiques. Les formations doivent être **proposées à l'ensemble des professionnels gravitant autour de la parturiante** : obstétriciens, anesthésistes, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ainsi que les chefs de service, sages-femmes coordinatrices.

Ces formations pourraient être systématiquement établies dans toutes les maternités.

Des **groupes d'études** composés de sages-femmes et médecins pourraient également être créés pour étudier **davantage les effets des variations posturales perpartum** qui restent encore peu connus.

Il parait également essentiel **d'informer les patientes sur les variations posturales perpartum**, notamment à travers les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, qui devraient être proposés à toutes les parturientes. Ainsi, la patiente, ayant reçu les informations nécessaires, peut davantage être pleinement actrice de son travail et de son accouchement.

Enfin, il serait intéressant **d'élargir l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire** dans plus de maternités, même si l'étude n'a pas montré de différence significative sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations posturales perpartum. Son utilisation semble tout de même intéressante pour permettre une meilleure mobilisation et autonomie de la parturiante.

Conclusion

Actuellement, il s'opère un vrai retour à la démédicalisation à travers la révision des pratiques, notamment avec les nouvelles recommandations de la HAS, ainsi qu'une réelle volonté de rendre à la patiente la place principale dans son travail et son accouchement en respectant ses choix et en répondant au mieux à ses attentes.

Les sages-femmes, premiers professionnels au contact de la parturiente, doivent répondre au mieux aux besoins des parturientes en leurs proposant systématiquement des variations posturales, qui peuvent aider à la progression du travail et entraîner un meilleur vécu du travail et de l'accouchement.

Notre étude a montré que les variations posturales sont bien intégrées dans les pratiques des sages-femmes car 100 % des sages-femmes proposent des variations posturales. De plus, il existe des facteurs collectifs qui peuvent influencer la pratique des sages-femmes dans la prise en charge du travail et de l'accouchement, tels que la politique du service ($p = 0,034$), les pratiques au sein des équipes ($p < 0,001$) et le type de l'établissement ($p = 0,046$).

Il serait intéressant, pour parer à ces impacts, d'universaliser l'information sur les variations posturales chez tous les professionnels de santé au contact des parturientes pendant leur grossesse et leur accouchement, d'insister davantage sur les séances de préparation à la naissance et à la parentalité pour donner aux parturientes les informations leurs permettant d'être actrices de leur travail et de leur accouchement.

Il serait également intéressant d'universaliser l'utilisation de l'analgésie péridurale déambulatoire pour donner davantage de confort et d'autonomie aux parturientes.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
2. DREES. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS DES SAGES-FEMMES par mode d'exercice, zone d'activité, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3253>
3. Leroy F. Histoire de naître [Internet]. 2017 [cité 13 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782804138172-histoire-de-naitre>
4. Pénard L. Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme [Internet]. Paris: J.-B. Baillière et fils; 1862 [cité 20 avr 2018]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5802484m>
5. Enquête Nationale Périnatale 2016 rapport complet.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
6. Patient-run epidurals « may cut need for intervention ». BBC News [Internet]. 10 févr 2011 [cité 21 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.bbc.com/news/health-12401970>
7. Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. /data/revues/12979589/00330007/05001906/ [Internet]. [cité 12 mai 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/34569>
8. « Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement » CNGOF [Internet]. [cité 12 mai 2017]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf
9. De Gasquet B. Bien Etre Et Maternite (4e édition) [Internet]. 2002 [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.parislibrairies.fr/livre/9782951039803-bien-etre-et-maternite-4e-edition-bernadette-de-gasquet/>
10. Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial - pdf [Internet]. [cité 19 mars 2017]. Disponible sur: [http://www.ajog.org/article/S0002-9378\(12\)02029-7/pdf](http://www.ajog.org/article/S0002-9378(12)02029-7/pdf)
11. Le Ray C, Lepleux F, De La Calle A, Guerin J, Sellam N, Dreyfus M, et al. Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. Am J Obstet Gynecol. oct 2016;215(4):511.e1-7.
12. Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, Stevens B, Weston J, Willan AR. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. Birth Berkeley Calif. déc 2005;32(4):243-51.

13. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health*. déc 2004;49(6):489-504.
14. Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Données obstétricales dans une population bénéficiant de variations posturales en cours de travail et d'accouchement. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 sept 2014;43(7):504-13.
15. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 avr 2009;(2):CD003934.
16. Paufichet C. Intérêt obstétrical du changement de positions au cours du travail. *Rev Sage-Femme*. 1 nov 2004;3(5):197-203.
17. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD002006.
18. « Positions des parturientes durant le 1er et le 2ème stade du travail et pratiques et interventions durant l'accouchement : une enquête auprès de sages-femmes françaises » Barasinski Chloé, Debost-Legrand Anne, Vendittelli Françoise.pdf [Internet]. [cité 18 avr 2018]. Disponible sur: http://www.audipog.net/pdf/seminaires/seminaire_2015_2/pres01.pdf

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire avant test

Questionnaire sur les pratiques professionnelles des sages-femmes

Bonjour, je m'appelle Sarah Trancart et je suis étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque. Je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études un état des lieux sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations de positions des parturientes sous analgésie péridurale pendant le travail. Ce questionnaire composé de 24 questions est destiné aux sages-femmes de plusieurs maternités d'Île de France.

Ceci est un test dont le but est de **me donner vos avis sur la clarté et le sens des questions afin que je puisse le modifier en tenant compte de vos remarques.**

Vous pouvez directement apporter les modifications sur ce document Word en utilisant une couleur de votre choix et me retransmettre ce document à l'adresse suivante :

sarahtrancart@orange.fr

Je vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration !

Sarah

Question 1

Quelle est votre année d'obtention du diplôme d'état ?
(Numérique)

Question 2

Dans quelle école avez-vous été formé(e) ?
(Réponse ou curseur écoles ?)

Question 3

Exercez-vous actuellement ou au cours des 12 derniers mois comme sage-femme en salle de naissance (que ce soit à temps partiel ou complet) ?

- Oui
- Non

Question 4

Dans quel type de maternité travaillez-vous actuellement ?

- Type 1
- Type 2
- Type 3

Question 5

Quel est le statut de votre établissement ?

- Public
- Privé à but non lucratif
- Privé à but lucratif

Question 6

Dépends combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?
(Numérique)

Question 7

Durant vos études de sage-femme, avez-vous eu des cours sur les variations de positions ?

- Oui
- Non

Question 8

Avez-vous bénéficié de formations sur les postures secondairement à l'obtention de votre diplôme de sage-femme ?

- Oui
- Non

Si oui, quel type de formation ? (réponse)

Question 9

Si vous avez bénéficié de formations sur les postures secondairement à l'obtention de votre diplôme de sage-femme, s'agissait-il d'une démarche personnelle ou d'une formation proposée par l'établissement dans lequel vous travailliez ?

- Démarche personnelle
- Formation proposée par l'établissement

Question 10

Dans l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement, les femmes bénéficient-elles d'analgésie locorégionale déambulatoire ?

- Oui
- Non

Question 11

Dans la maternité où vous travaillez actuellement, la mobilisation des parturientes est-elle une pratique courante et bien intégrée au sein des équipes ?

- Oui, largement
- Plus ou moins
- Pas du tout
- Je ne sais pas

Question 12

Dans la maternité dans laquelle vous travaillez actuellement, y-a-t-il une politique de service particulière favorisant les variations de position ? (formations intra-hospitalières, impulsion du chef du service ou des sages-femmes cadres à cette pratique...)

- Oui
- Non

Question 13

Durant la phase **de latence** (c'est-à-dire entre le début du travail et 5/6 cm), avant la pose de péridurale, que proposez-vous à vos patientes ? (cochez la ou les réponse(s))

- Vous les encouragez à se mobiliser pour retarder le plus possible la pose de péridurale même si elles la souhaitent tout de suite
- Vous leurs proposez de se mobiliser seulement si elles ne souhaitent pas la péridurale tout de suite
- Vous les encouragez à prendre la péridurale même si elles ne la souhaitent pas tout de suite
- Vous faites poser la péridurale si elles la souhaitent quelle que soit la dilatation

Question 14

Avant la pose de péridurale, que proposez-vous à vos patientes ?

- Déambuler
- Utiliser le ballon
- Prendre une douche
- Prendre un bain
- S'allonger
- Autre : précisez

Question 15

Proposez-vous à vos patientes sous analgésie péridurale de changer régulièrement de positions pendant le travail ?

- Systématiquement
- Fréquemment
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Question 16

Si vous proposez des variations de positions à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail, dans quel contexte le faites-vous ? (cochez la/les réponse(s))

- Sans contexte obstétrical particulier (déroulement du travail normal)
- En cas de stagnation de la dilatation
- En cas de dystocie mécanique (non engagement, mauvaise flexion de la présentation, variétés postérieures)
- En cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal

Question 17

Si vous proposez des variations de postures à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail, quelle(s) en est (sont) la(les) raison(s) ? (cochez la ou les réponse(s))

- Convaincu de l'efficacité des postures durant le travail
- Formation initiale (à l'école de sages-femmes)
- Formation secondaire au diplôme d'état
- Matériel à disposition
- Pratique largement répandue au sein des équipes et politique de service favorable

Question 18

Si vous ne proposez pas systématiquement des variations de positions à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail, quelle(s) en est (sont) la(les) raison(s) ?

- Non convaincue de l'efficacité des postures durant le travail
- Pas de formations réalisées
- Manque de temps
- Manque de matériel adapté

- Pratique non répandue au sein de l'établissement et/ou politique de service non favorable
- Autre : précisez

Question 19

Parmi les positions ci-dessous, quelles sont celles que vous proposez le plus souvent à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail ?

(PHOTOS à introduire) : Décubitus latéral simple et hyperfléchi, décubitus dorsal simple et hyperfléchi, assise, à genoux

Question 20

Si vous proposez des variations de positions à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail, à quelle fréquence le faites-vous chez une même patiente ?

- Environ toutes les 30 minutes
- Environ toutes les heures
- Environ toutes les deux heures
- Irrégulièrement

Question 21

Lors de l'accouchement, proposez-vous spontanément à la patiente de choisir sa position d'accouchement ? (s'il n'y a pas de contre-indication par ailleurs)

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Rarement
- Jamais

Question 22

Si la patiente vous fait part de son souhait d'accoucher dans une position en particulier, accédez-vous à sa demande ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Rarement
- Jamais

Question 23

Quelle position d'accouchement utilisez-vous le plus souvent ?

- Décubitus dorsal, avec les cales pieds
- Décubitus dorsal, avec les étriers
- Décubitus latéral
- Accroupie
- Assise
- Autre : précisez

Question 24 (ouverte)

Ce questionnaire est un test. Merci de donner vos remarques, conseils, suggestions en vue de l'améliorer, et de me transmettre vos modifications par mail à l'adresse suivante : sarahtrancart@orange.fr
Merci beaucoup !

Annexe 2 : Questionnaire après test

Lien redirigeant vers le questionnaire :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSei7ekTDA4buAerw_WdfWxgvNJe1fsdWb28867pydc7QK5peA/viewform?usp=sf_link

Questionnaire : enquête sur les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant les variations posturales

Rubrique 1/13 : INTRODUCTION

Bonjour à tous à toutes, je m'appelle Sarah et je suis étudiante sage-femme à l'école de Baudelocque. Je réalise dans le cadre de mon mémoire de fin d'études un état des lieux sur les pratiques des sages-femmes concernant les variations de positions des parturientes sous analgésie péridurale pendant le travail. Ce questionnaire composé de 25 questions est destiné aux sages-femmes de plusieurs maternités d'Île de France.

Je vous remercie infiniment de votre aide et de vos réponses !

Rubrique 2/13 : PRESENTATION

Question 1

Quelle est votre année d'obtention du diplôme d'état ?

(Réponse courte)

Question 2

Dans quelle école avez-vous été formé(e) ?

(Réponse courte)

Question 3

Avez-vous exercé au cours des 12 derniers mois en salle de naissance ? (que ce soit à temps partiel ou complet)

- Oui
- Non

Passage automatique à la rubrique 13/13 si réponse « Non »

Rubrique 3/13 : L'ETABLISSEMENT

Question 4

Dans quel type de maternité travaillez-vous actuellement ?

- Type 1
- Type 2
- Type 3

Question 5

Quel est le statut de votre établissement ?

- Public
- Privé non lucratif
- Privé lucratif
- Je ne sais pas

Question 6

Depuis combien de temps travaillez-vous dans cet établissement ?

(Réponse courte)

Rubrique 4/13 : LA FORMATION AUX VARIATIONS POSTURALES

Question 7

Durant vos études de sage-femme, avez-vous eu des cours sur les variations de positions pendant le travail?

- Oui
- Non

Question 8

Avez-vous bénéficié de formation(s) sur les positions durant le travail et l'accouchement secondairement à l'obtention de votre diplôme de sage-femme ?

- Oui
- Non

Passage automatique à la rubrique suivante si « Oui »

Passage automatique à la rubrique 6 (PRATIQUES COLLECTIVES) si « Non »

Rubrique 5/13 : LA FORMATION AUX VARIATIONS POSTURALES

Question 9

Si vous avez bénéficié de formations sur les positions, de laquelle/desquelles s'agissait-il ?
(Réponse longue)

Question 10

Si vous avez bénéficié de formations sur les postures secondairement à l'obtention de votre diplôme de sage-femme, s'agissait-il :

- D'une démarche personnelle
- D'une formation proposée par l'établissement

Section 6/13 : PRATIQUES COLLECTIVES

Question 11

Dans l'établissement dans lequel vous travaillez actuellement, les parturientes bénéficient-elles de l'analgésie péridurale déambulatoire ?

- Oui
- Non

Question 12

Dans l'établissement où vous travaillez actuellement, proposer des variations de positions aux parturientes est une pratique bien intégrée au sein des équipes ?

- Oui, largement
- Plus ou moins
- Pas du tout
- Je ne sais pas

Question 13

Dans l'établissement où vous travaillez actuellement, y-a-t-il une politique de service particulière favorisant les variations de position ? (formations intra-hospitalières organisées, encouragements du chef du service ou des sages-femmes cadres à cette pratique...)

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Rubrique 7/13 : AVANT LA POSE DE PERIDURALE

Question 14

Durant la phase de latence (c'est-à-dire entre le début du travail et 5/6 cm de dilatation), avant la pose de péridurale, que proposez-vous généralement à vos patientes ?

(Choix multiples)

- Je les encourage à se mobiliser le plus possible pour retarder la pose de péridurale même si elles la désirent immédiatement
- Je leur propose de se mobiliser seulement si elles ne souhaitent pas la péridurale tout de suite
- Je leur propose de poser la péridurale si elles la souhaitent quelle que soit la dilatation
- Je les encourage à prendre la péridurale même si elles ne la souhaitent pas tout de suite

Question 15

Avant la pose de péridurale, quelle(s) méthode(s) proposez-vous le plus à vos patientes ?

(Choix multiples)

- La déambulation
- L'utilisation du ballon
- La douche/le bain
- S'allonger
- Thérapeutiques médicamenteuses hormis l'analgésie péridurale
- Autre : précisez

Rubrique 8/13 : VARIATIONS POSTURALES SOUS ANALGESIE PERIDURALE

Question 16

Proposez-vous à vos patientes sous analgésie péridurale de changer régulièrement de positions pendant le travail ?

- Systématiquement
- Fréquemment
- Parfois
- Rarement
- Jamais

Passage automatique à la rubrique 10/13 si réponse « Jamais »

Rubrique 9/13 : VARIATIONS POSTURALES SOUS ANALGESIE PERIDURALE

Question 17

A quelle fréquence proposez-vous à vos patientes sous analgésie péridurale de changer de positions pendant le travail ?

- Environ toutes les 30 minutes
- Environ toutes les heures
- Environ toutes les 2 heures
- Irrégulièrement

Question 18

Dans quel(s) contexte(s) proposez-vous à vos patientes sous analgésie péridurale de changer de position ?

(Choix multiples)

- Seulement en cas de stagnation de la dilatation
- Seulement en cas de dystocie mécanique (non engagement, mauvaise flexion de la présentation, variétés postérieures)
- Seulement en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal
- Dans les contextes évoqués ci-dessus
- Sans contexte particulier avec un déroulement du travail normal

Question 19

Si vous proposez des variations de postures à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail, quelle(s) en est (sont) la(les) raison(s) ?

(Choix multiples)

- Je suis convaincu(e) de l'efficacité des variations posturales pendant le travail
- Cela fait partie de ma formation initiale (à l'école de sages-femmes)
- Cela fait partie de ma formation secondaire au diplôme d'état
- J'ai du matériel à disposition (ballon, galette, corde de suspension, etc.)
- C'est une pratique largement répandue au sein des équipes
- La politique du service y est favorable

Rubrique 10/13 : VARIATIONS POSTURALES SOUS ANALGÉSIE PERIDURALE

Question 20

Si vous ne proposez pas des variations de positions à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail, quelle(s) en est (sont) la(les) raison(s) ?

- Je ne suis pas convaincue de l'efficacité des postures durant le travail
- Je n'ai pas bénéficié de formations initiale ou secondaire à mon diplôme d'état
- Je manque de temps
- Je n'ai pas de matériel à disposition (ballon, galette, corde de suspension, etc.)
- Ce n'est pas une pratique répandue au sein de l'établissement
- La politique du service n'y est pas favorable

Rubrique 11/13 : VARIATIONS POSTURALES SOUS ANALGÉSIE PERIDURALE

Question 21

Parmi les positions ci-dessous, quelles sont celles que vous proposez le plus souvent à vos patientes sous analgésie péridurale pendant le travail ?

- Décubitus dorsal



- Décubitus latéral



- Décubitus latéral hyperfléchi



- Décubitus dorsal hyperfléchi (ballon ou barre)



- A genoux



- Assise



- Aucune

Rubrique 12/13 : L'ACCOUCHEMENT

Question 22

Lors de l'accouchement, proposez-vous spontanément à la patiente de choisir la position dans laquelle elle désire accoucher ? (s'il n'y a pas de contre-indications par ailleurs)

- Oui, toujours
- Oui, souvent
- Rarement
- Jamais

Question 23

Si la patiente vous fait part de son souhait d'accoucher dans une position en particulier (et qu'il n'y a pas de contre-indications par ailleurs), accédez-vous à sa demande ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Rarement
- Jamais

Question 24

Quelle(s) position(s) d'accouchement utilisez-vous le plus souvent ?

- Décubitus dorsal, avec les cales pieds
- Décubitus dorsal, avec les étriers
- Décubitus latéral
- Accroupie
- Assise
- Autre : précisez

Rubrique 13/13 : REMARQUES

Ce questionnaire est à présent terminé. Merci d'avoir pris le temps d'y répondre.

Question 25

Avez-vous des remarques/avis concernant les pratiques de sages-femmes sur les variations posturales des patientes pendant le travail

(Réponse longue)

Annexe 3 : Contacts utilisés pour la diffusion du questionnaire

Types I	<p>Institut Mutualiste de Montsouris : Nathalie.MUTEL@imm.fr ; Brigitte.Neveu@imm.fr</p> <p>Les Bluets : sabine.terrier@bluets.com</p> <p>Nanterre : florencelafaye@gmail.com</p> <p>Les Lilas : zinahebbache@hotmail.fr</p> <p>Diaconesses : mparpaite@hopital-dcss.org</p> <p>Meulan : anne.georg@chimm.fr</p> <p>Beaujon : catherine.batal@aphp.fr</p> <p>Clinique La Muette : 08 26 30 33 30</p> <p>Clinique Sainte Thérèse : 01 44 01 00 50</p> <p>Hôpital Américain : 01 46 41 25 25</p>
Types II	<p>Antony : m.lenoach@gsante.fr</p> <p>Lariboisière : marie-christine.chaux@lrb.aphp.fr</p> <p>Notre-Dame de Bon Secours : acohen@hpsj.fr</p> <p>Bichat : Laetitia.dubois@bch.aphp.fr</p> <p>Villeneuve-Saint-Georges : carine.huret-servant@chiv.fr</p> <p>Franco-Britannique : florence.perucho@ihfb.org</p> <p>La Pitié : valerie.nicolas@lps.aphp.fr</p> <p>Foch : a.hunault@hopital-foch.org</p> <p>Bondy : valerie.theodore@jvr.aphp.fr</p> <p>Centre hospitalier des 4 villes : m.lapeyre@ch4v.fr ; c.sudriez@ch4v.fr</p>
Types III	<p>Créteil : Annaick.Redon@chicreteil.fr ; veronique.jarjanette@chicreteil.fr</p> <p>Meaux : d-imbault@ch-meaux.fr ; p-antier@ch-meaux.fr</p> <p>Port-Royal : marie-cecile.franchitto@cch.aphp.fr</p> <p>Delafontaine : stephanie.reverchon@ch-stdenis.fr</p> <p>Louis Mourier : marie-pierre.couettoux@aphp.fr ; noelle.dacheux@aphp.fr</p> <p>Montreuil : oldhynn.pierre@chi-andre-gregoire.fr</p> <p>Robert Debré : marie.gomri@aphp.fr ; Nathalie.medrano@aphp.fr</p> <p>Pontoise : pascale.matra@ch-pontoise.fr</p> <p>Poissy : vruet@chi-poissy-st-germain.fr</p> <p>Necker : Elisabeth.meunier@aphp.fr</p>

Annexe 4 : Détails du tableau 1 concernant l'école de formation

Caractéristiques	n (%) - [Moy +- ET] N = 385
Année d'obtention du DE	[2012 +- 6,08]
Année d'expérience	[5,5 +- 6,08]
< 1 an	34 (8,8)
1-5 ans	158 (41,0)
> 5 ans	193 (50,1)
Années d'ancienneté	[2,03 +- 5,26]
< 1 an	47 (12,2)
1-5 ans	170 (44,2)
> 5 ans	168 (43,6)
Ecole de formation	
Ile de France	232 (60,3)
Poissy	64 (16,6)
Baudelocque	63 (16,4)
Saint Antoine	62 (16,2)
Foch	43 (11,2)
Province	123 (31,9)
Auvergne-Rhône-Alpe	12 (3,1)
Bourg-en-Bresse	2 (0,5)
Clermont-Ferrand	4 (1,0)
Grenoble	5 (1,3)
Lyon	1 (0,3)
Bourgogne-Franche-Comté	3 (0,8)
Dijon	3 (0,8)
Bretagne	12 (3,1)
Brest	3 (0,8)
Rennes	9 (2,3)
Centre-Val-de-Loire	9 (2,3)
Tours	9 (2,3)
Grand Est	14 (3,5)
Metz	2 (0,5)
Nancy	4 (1,0)
Reims	4 (1,0)
Strasbourg	4 (1,0)
Hauts de France	17 (4,4)
Lille	9 (2,3)
Amiens	8 (2,1)
Normandie	13 (3,4)
Caen	7 (1,8)
Rouen	6 (1,6)
Nouvelle Aquitaine	13 (3,4)
Bordeaux	7 (1,8)
Limoges	4 (1,0)
Poitiers	2 (0,5)
Occitanie	13 (3,4)

Montpellier	7 (1,8)
Nîmes	1 (0,3)
Toulouse	5 (1,3)
Pays de la Loire	12 (3,2)
Angers	6 (1,6)
Nantes	6 (1,6)
Provence Alpes Côte d'Azur	5 (1,3)
Marseille	3 (0,8)
Nice	2 (0,5)
DROM	2 (0,5)
Guyane	1 (0,3)
Réunion	1 (0,3)
Etranger	28 (7,3)
Belgique	25 (6,5)
Allemagne	1 (0,3)
Italie	1 (0,3)
Suisse	1 (0,3)

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.