

**Mémoire** pour obtenir le  
**Diplôme d'État de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

Le : 19 mai 2022

Par

**Assetou Fofana**

Née le 25/02/1994

**Typicité des pratiques de protection  
périnéale des sages-femmes exerçant  
en maisons de naissance en France**

**DIRECTEUR.TRICES DU MÉMOIRE :**

Mme SAUVEGRAIN Priscille  
Mme CHANTRY Anne

Sage-femme, sociologue, chercheure associée Inserm  
Sage-femme enseignante, épidémiologiste, chercheure

---

**JURY :**

Mme SESTITO Rosanna

Sage-femme et anthropologue

Mme BROCHET Caroline

Sage-femme hospitalière, Trousseau

Mr BERTHO Baptiste

Sage-femme enseignant, Baudelocque

Mémoire N° 2022PA05MA15

# Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidée de près ou de loin à réaliser ce mémoire.

Aux sages-femmes des maisons de naissance qui, en m'accordant de leur temps si précieux, m'ont permis de réaliser ce travail et m'ont permis de découvrir une approche différente du métier.

Je remercie particulièrement mes deux directrices Anne Chantry et Priscille Sauvegrain pour leurs conseils, leurs encouragements, leur disponibilité, la relecture et la correction de ce travail. À vous aussi mes chères collègues du groupe de travail sur les maisons de naissance pour votre soutien.

Je remercie l'équipe pédagogique de m'avoir encouragée et écoutée dans ce projet d'étude, de même que mes camarades de promotion.

Enfin, à mes chères amies, sages-femmes, futures sages-femmes et les autres, merci d'être à mes côtés et de me soutenir dans mes projets. Et à famille, mes parents, mes frères, ma sœur sans qui je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui.

À vous tous mes plus sincères remerciements.

# Résumé

Face à une demande croissante d'accompagnement global à la naissance, différentes offres se sont multipliées dont l'accompagnement en maisons de naissance. Ces structures récentes en France, ont fait l'objet d'une évaluation qui a montré que la prise en charge de femmes enceintes à bas risque obstétrical y est favorable et notamment en termes de morbidité périnéale. Nous avons donc souhaité connaître les pratiques de protection périnéale des sages-femmes qui travaillent dans ces maisons de naissance. Pour cela, nous avons réalisé une étude qualitative descriptive à partir de 13 entretiens menés auprès de sages-femmes des huit maisons de naissance.

L'analyse thématique des entretiens a montré que ces sages-femmes ont une pratique de *hands-off/poised* à l'accouchement, qu'elles ne dirigent pas les efforts expulsifs et qu'elles n'en limitent pas la durée. Elles favorisent la mobilité des femmes et réalisent un faible nombre d'épisiotomies. Ces pratiques sont favorisées par l'accompagnement global à la naissance et le *one-to-one*. Ainsi, de la grossesse au post partum, chaque femme bénéficie de l'accompagnement personnalisé d'un binôme de sages-femmes ce qui permet d'instaurer et développer une relation de confiance réciproque.

Les sages-femmes qui exercent dans les maisons de naissance disposent d'une importante autonomie et ne cessent d'approfondir leurs compétences et connaissances de la physiologie de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

**Mots-clés : maison de naissance, sage-femme, protection périnéale, autonomie, pratiques**

# Abstract

As a result of a growing demand for comprehensive support at birth, various offers have been multiplied, including deliveries in midwife-led units. These recent structures in France have been evaluated, it has shown that the care of pregnant women at low obstetrical risk is favorable there, particularly in terms of perineal morbidity. Therefore, we wanted to explore the perineal protection practices of midwives working in these units. We conducted a descriptive qualitative study based on 13 interviews with midwives from the eight french midwife-led units.

The thematic analysis of the interviews showed that these midwives have a hands-off/poised practice during childbirth, they do not control the women during expulsive efforts and they do not limit their duration. They promote women's mobility and perform a very small number of episiotomies. These practices are encouraged by a comprehensive support at birth and by one-to-one caseload. Thus, from pregnancy to childbirth and afterwards, each woman benefits from the personalized support of a pair of midwives. Then a relationship of mutual confidence takes place.

Midwives working in midwife-led units have considerable autonomy and are constantly improving their skills and knowledge of the physiology of pregnancy, childbirth and postpartum.

**Keywords : midwife, perineal protection, autonomy, practices**

# Table des matières

Remerciements .....	2
Résumé .....	3
Abstract .....	4
Liste des annexes .....	7
Lexique.....	8
Introduction .....	9
<b>Première partie : Présentation d'un modèle de soins .....</b>	<b>10</b>
1    Les Maisons de naissance : une alternative pour l'accouchement.....	10
1.1 <i>Qu'est-ce qu'une MDN ?</i> .....	10
1.2 <i>État des lieux des MDN françaises</i> .....	10
1.3 <i>Un premier bilan encourageant</i> .....	11
2    L'état du périnée après l'accouchement.....	12
2.1 <i>Une classification en degrés</i> .....	12
2.2 <i>L'épisiotomie</i> .....	13
3    L'impact de l'accouchement sur la qualité de vie .....	14
3.1 <i>Douleurs du post-partum</i> .....	14
3.2 <i>Incontinences urinaires et anales</i> .....	14
4    Différentes méthodes de protection du périnée .....	15
4.1 <i>Antepartum</i> .....	16
4.2 <i>Perpartum</i> .....	16
4.3 <i>Post-partum</i> .....	18
4.4 <i>Des pratiques de protection périnéale moins fréquentes en France</i> .....	18
4.5 <i>Quelles pratiques de protection périnéale en MDN ?</i> .....	19
<b>Deuxième partie Matériel et méthodes.....</b>	<b>21</b>
5    Problématique.....	21
6    Objectifs.....	21
7    Hypothèses.....	21
8    Type d'étude et méthodologie.....	22
<b>Troisième partie Résultats .....</b>	<b>24</b>
9    Des parcours professionnels très variés.....	24
9.1 <i>Expériences diverses et un métier de choix</i> .....	24
9.2 <i>Des lieux d'exercice variés</i> .....	24

9.3	<i>Autres diplômes et formations</i> .....	25
10	La protection du périnée.....	26
10.1	<i>Pendant la grossesse</i> .....	26
10.2	<i>Pendant le travail</i> .....	28
10.3	<i>À l'expulsion</i> .....	31
11	À l'origine de ces pratiques .....	36
11.1	<i>Se former pour exercer en MDN</i> .....	36
11.2	<i>L'expérience</i> .....	37
11.3	<i>Les discussions entre sages-femmes : échanges d'expériences</i> .....	37
11.4	<i>Une pratique réglementée</i> .....	38
11.5	<i>Vers un accompagnement toujours plus physiologique</i> .....	39
	<b>Quatrième partie Analyse des résultats et discussion</b> .....	<b>40</b>
12	Forces et limites de l'étude .....	40
13	Des pratiques possibles à l'hôpital .....	41
13.1	<i>S'entourer pour mettre au monde</i> .....	41
13.2	<i>Encourager la PNP</i> .....	41
13.3	<i>Les recommandations de la HAS confrontées à la réalité</i> .....	42
14	Les sensations douloureuses pendant le travail .....	43
14.1	<i>Le rôle protecteur de la douleur</i> .....	43
14.2	<i>S'adapter à la douleur des contractions utérines</i> .....	44
15	Autonomie des sages-femmes .....	44
15.1	<i>Accompagnement global : avantages et contraintes</i> .....	44
15.2	<i>Autonomie et responsabilité</i> .....	45
15.3	<i>L'autonomie limitée à la physiologie</i> .....	46
16	Validation des hypothèses .....	47
	<b>Conclusion</b> .....	<b>49</b>
	<b>Bibliographie</b> .....	<b>50</b>

# Liste des annexes

Annexe 1 : Types de suivi et structures recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées .....	55
Annexe 2 : Critères d'éligibilité des femmes suivies en maisons de naissance (cahier des charges - HAS).....	59
Annexe 3 : Gradation des recommandations - échelle proposée par la HAS .....	60
Annexe 4 : Grille d'entretien finale .....	61
Annexe 5 : Répartition prévue des entretiens en fonction du nombre d'accouchements en réalisés 2018 dans chaque MDN .....	64
Annexe 6 : Liste des enquêtées .....	65
Annexe 7 : Caractéristiques socio-démographiques des sages-femmes .....	66
Annexe 8 : Entretien avec Magalie .....	67

# Lexique

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

APD : Analgésie péridurale

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens français

CTG : Cardiotocographique

ENP : Enquête nationale périnatale

FMU : Freestanding midwifery unit

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporelle

LOSA : Lésion obstétricale du sphincter de l'anus

MDN : Maison de naissances

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation mondiale de la santé

OS : Occipito-sacré, variété de présentation où l'occiput fœtal rencontre le sacrum maternel

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Remarque : Nous avons décidé d'employer le féminin pour parler des sages-femmes (profession représentée par plus de 97% de femmes en 2021) malgré la présence d'un homme parmi les enquêtés.

# Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) décrivait, dans sa Constitution en 1946, la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).

Si la grossesse n'est pas un état pathologique, elle induit toutefois des modifications physiques et psychiques, qui ne sont pas sans risque pour la santé de la femme. La grossesse et ses suites peuvent effectivement être à l'origine de pathologies gravidiques, de l'aggravation de pathologies préexistantes, de fragilités psychiques, ou d'autres complications.

Le passage du fœtus du monde intra au monde extra utérin est potentiellement pourvoyeur de lésions périnéales. Ces dernières peuvent entraîner inconfort, douleur, incontinence et prolapsus. Ces complications sont souvent fonction du degré des lésions, de la qualité et la nature des tissus et de la sensibilité des femmes (2,3). Elles peuvent impacter la qualité de vie des femmes à court, moyen et long terme et donc avoir un impact sur la santé des femmes.

En France, selon l'enquête périnatale de 2016, dans 48% des accouchements par voie basse l'intégrité périnéale avait été préservée (absence de lésion apparente). Par conséquent, 52% des accouchements par voie basse avaient entraîné des lésions périnéales ou la réalisation d'une épisiotomie. Afin d'éviter les complications dues aux traumatismes périnéaux, il convient de prévenir leur survenue avant, pendant et après l'accouchement en utilisant des méthodes qui ont démontré leur efficacité par le biais d'études scientifiques (4,5) et qui sont recommandées par les autorités de santé (6).

Dans la première partie de ce mémoire nous présenterons les maisons de naissance (MDN) et différentes méthodes de protection périnéale étudiées dans la littérature. Dans la deuxième partie nous développerons la méthodologie employée pour mener cette étude. Dans la troisième partie nous présenterons les résultats obtenus et enfin nous les analyserons et les discuterons dans la dernière partie de ce travail.

# **Première partie : Présentation d'un modèle de soins**

Dans cette première partie nous allons présenter les MDN et quelques raisons qui ont motivé leur pérennisation et leur développement en France. Ensuite, nous évoquerons les traumatismes périnéaux qui résultent de l'accouchement par voie vaginale et leurs conséquences sur la qualité de vie des femmes. Enfin, nous décrirons les différentes méthodes de protection périnéale étudiées dans la littérature scientifique.

## **1 Les Maisons de naissance : une alternative pour l'accouchement**

### ***1.1 Qu'est-ce qu'une MDN ?***

La première structure comparable aux MDN actuelles a ouvert ses portes aux États-Unis en 1975. Il en existe aujourd'hui une centaine aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Allemagne. Il en existe 25 en Suisse et des MDN ont vu le jour en Bulgarie et en République-Tchèque (7).

Le Midwifery Unit Network (MUNet), qui est un réseau international qui soutient et promeut le développement des MDN (8), les définit comme des unités offrant des soins obstétricaux aux femmes en bonne santé ayant des grossesses uniques. Les sages-femmes y délivrent des soins primaires. Ces MDN peuvent être adjacentes à un service d'obstétrique (alongside midwifery units, AMUs) ou à distance d'une maternité partenaire (freestanding midwifery units, FMUs) (9).

Devant une morbidité maternelle plus faible chez les femmes accompagnées en MDN comparé aux femmes ayant un suivi standard (notamment les taux de lésions périnéales sévères) avec une mortalité fœtale comparable, une méta-analyse conclut qu'il existe des preuves probantes pour soutenir l'expansion de ces MDN (10).

### ***1.2 État des lieux des MDN françaises***

En France, les MDN sont attenantes de la maternité partenaire, car selon la loi elle « doit être contiguë à une structure autorisée de l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe

obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant, notamment, un transfert rapide des parturientes en cas de complication<sup>1</sup>. »

Pour soutenir une politique de soins de plus en plus tournée vers une moindre technicisation et en adéquation avec les souhaits des femmes, les MDN ont été autorisées à ouvrir en 2016 dans le cadre d'une expérimentation. Au sein de ces structures, « les sages-femmes assurent [...] : la surveillance médicale de la grossesse ; la préparation à la naissance et à la parentalité ; ainsi que l'accouchement et les soins postnataux concernant la mère et l'enfant pour des femmes dont la grossesse était considérée à bas risque obstétrical<sup>2</sup> ». C'est-à-dire que ces femmes n'ont pas d'antécédents médicaux particuliers et leur état de grossesse ne présente pas de risque materno-fœtal identifié, tels que définis par la Haute Autorité de Santé (HAS) (Annexe 1) (11). Les femmes doivent également répondre aux critères d'éligibilité définis par la HAS dans le cahier des charges de l'expérimentation des MDN (Annexe 2) (12).

Une étude menée à partir de l'enquête périnatale de 2010, montre que 52% des femmes dont la grossesse était à bas risque ont été l'objet d'une ou plusieurs interventions lors de leur accouchement : 24% se sont vues indiquer un déclenchement du travail, 10% ont accouché par césarienne, 15% par extraction instrumentale et 20% ont eu une épisiotomie (13).

En MDN, les interventions techniques sont très limitées il n'y a par exemple ni déclenchement du travail ni anesthésie péridurale (7). Par ailleurs, les MDN proposent un accompagnement à la naissance personnalisé. Il s'agit d'une approche globale de la prise en charge et le suivi est assuré par une seule ou deux sages-femmes (14).

### **1.3 Un premier bilan encourageant**

Une évaluation nationale de la qualité et de la sécurité des soins en MDN a été conduite en 2019. Elle a montré que les femmes suivies en MDN remplissaient effectivement les critères de bas risque (à plus de 99%). Cette évaluation retrouve 22% de transferts per-partum qui dans la grande majorité des cas ont été réalisés en dehors de tout contexte d'urgence (7).

Parmi les aspects positifs de l'évaluation, d'une part on relève que le taux d'épisiotomie y est très faible : 3,3% parmi l'ensemble des femmes ayant démarré leur suivi de travail en MDN, quelque soit le lieu final d'accouchement. Le taux d'épisiotomies des femmes ayant accouché en MDN était d'un peu moins de 2% (7). Ce taux est inférieur au taux de 12,6% d'épisiotomies retrouvé chez des

---

<sup>1</sup> Article 1 de la loi du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance

<sup>2</sup> Extrait de l'article 1 du Décret no 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance.

femmes à bas risque qui avaient planifié d'accoucher MDN en Angleterre, selon une étude de cohorte nationale (15). Et un taux de 7,7% a été retrouvé chez les femmes qui planifiaient d'accoucher en MDN en Australie, entre 2001 et 2005 (16). Le taux d'épisiotomies réalisées en France en MDN est donc inférieur au taux d'épisiotomies réalisées en MDN dans d'autres pays du monde. De plus, ce taux est surtout très inférieur au taux d'épisiotomies réalisées en maternité en France, il était d'environ 20% en 2016 (17).

D'autre part, les lésions obstétricales du sphincter de l'anus (LOSA) semblent elles aussi moins fréquentes dans les MDN françaises et retrouvées chez 0,5% des femmes ayant accouché en MDN en France en 2018 (7), or ce taux s'élève à 2,8% chez les femmes ayant accouché en MDN en Angleterre (15).

Face au niveau satisfaisant de la qualité et de la sécurité des soins qu'elles offrent, les huit MDN actuelles sont autorisées à poursuivre leur activité selon la loi de financement de la sécurité sociale du 14 décembre 2020 et dès le 23 octobre l'Assemblée nationale adoptait un texte prévoyant l'ouverture de douze nouvelles MDN.

Les pratiques des sages-femmes des MDN semblent donc favorables à la protection du périnée. Les différents types de lésions périnéales, leurs complications et les méthodes qui ont été étudiées pour les éviter vont être présentés.

## **2 L'état du périnée après l'accouchement**

### **2.1 Une classification en degrés**

Plusieurs classifications permettent de décrire les lésions périnéales qui font suite à un accouchement par voie vaginale. Nous retiendrons la classification anglo-saxonne définie par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) car elle est largement utilisée pour comparer les publications internationales. Elle est également utilisée dans les recommandations françaises de 2018 (18).

Les déchirures périnéales à l'accouchement sont classées en quatre degrés (19,20) :

- **Pas de lésions anatomiques**
- **Premier degré** : atteinte de l'épithélium vaginal ou vulvaire
- **Deuxième degré** : atteinte des muscles du périnée sans atteinte du sphincter externe de l'anus
- **Troisième degré 3** : atteinte du sphincter externe de l'anus

3a – Moins de 50% des fibres lésées

3b – Plus de 50 % des fibres lésées

3c – Rupture complète du sphincter anal externe et atteinte du sphincter anal interne  
(muscleuse rectale)

- **Quatrième degré** : Ouverture de la muqueuse rectale

En France, chez les femmes ayant accouché par voie vaginale en 2016, près de 48% ont eu un périnée intact, 51% ont eu une lésion du premier ou du deuxième degré et 0,8% ont eu une LOSA (17). Les LOSA regroupent donc les lésions des troisième et quatrième degrés (19). En 2016, les LOSA étaient retrouvées dans 2,2 % des cas d'extraction instrumentale contre 0,5% en cas d'accouchement par voie basse spontané (21).

## **2.2 L'épisiotomie**

L'épisiotomie est un acte médico-chirurgical qui consiste à sectionner le périnée lors d'un accouchement. Elle est décrite pour la première fois par Fielding Ould en 1742 pour faciliter les expulsions difficiles et entre dans la pratique courante au début du XXe siècle (22).

Une épisiotomie est l'équivalent d'une déchirure du deuxième degré car en effet l'épisiotomie médio-latérale recommandée en France est une incision qui débute au niveau de la partie médiane de la commissure labiale postérieure pour se diriger ensuite obliquement vers la tubérosité ischiatique selon un angle d'au moins 60° par rapport à la ligne médiane et sur une distance de 4 à 6 cm (23). Elle est le plus souvent réalisée à droite par commodité car les opérateurs sont le plus souvent droitiers. Sont successivement sectionnés la peau et le vagin, les muscles bulbo-caverneux et transverse superficiel, et le muscle pubo-rectal ou partie élévatrice du releveur de l'anus. L'objectif étant d'agrandir l'orifice vulvaire (23).

Le taux d'épisiotomie en France a connu une importante évolution depuis la fin du siècle dernier, durant lequel cette opération était largement répandue. En effet, ce taux qui s'élevait à près de 51% en 1998 (24) a diminué pour atteindre 47% en 2002-2003, puis 26,8% en 2010 et enfin 20% en 2016 % (17,24,25). Cette baisse drastique fait suite aux recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens français (CNGOF) en 2005, de ne pas faire d'épisiotomie systématiquement en raison de l'absence de preuves montrant son bénéfice dans la prévention des lésions sévères du périnée (25). L'analyse de la littérature ne montre effectivement pas de bénéfice à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal (Grade C) que maternel (Grade A) (Annexe 3). Par conséquent, la pratique libérale de l'épisiotomie n'est pas recommandée, dans toutes les situations obstétricales spécifiques suivantes :

- Chez une primipare (Grade B)

- En cas de manœuvres obstétricales ou lors d'une suspicion de macrosomie (Grade C)
- En cas d'extraction instrumentale (Grade B)
- En cas de variété postérieure persistante, de présentation de la face, de présentation du siège ou d'accouchement gémellaire (Accord professionnel)
- Lorsque le périnée semble sur le point de se rompre au moment de l'expulsion (Grade B)
- Les antécédents de lésions périnéales du 3<sup>e</sup> et du 4<sup>e</sup> degré et les mutilations
- En cas de rythme cardiaque « non rassurant » pendant l'expulsion
- Chez le fœtus prématuré ou atteint de retard de croissance in utero

Une étude réalisée par Chuilon A.-L. et al. à partir des données de l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2010 étudiait les variabilités des taux d'épisiotomies selon les caractéristiques des femmes et des régions. Cette étude n'a pas mis en évidence de caractéristiques obstétricales ou néonatales qui expliqueraient les différences observées (26). L'indication d'une épisiotomie au cours d'un accouchement est fonction de facteurs de risque individuels et des conditions obstétricales (Accord professionnel) (27).

Par ailleurs, l'épisiotomie causerait plus de douleur dans le post-partum que la lésion du deuxième degré qui se produit spontanément (3).

## **3 L'impact de l'accouchement sur la qualité de vie**

### ***3.1 Douleurs du post-partum***

D'après une étude prospective réalisée auprès de femmes primipares ayant accouché par voie basse, 12% des femmes présentaient des douleurs périnéales à 2 mois du post-partum. Il s'agissait de douleurs périnéales au repos, en position assise et en mouvement. Les femmes qui avaient eu un périnée intact (aucune lésion) ou une déchirure du premier degré signalaient moins de douleurs à court terme (J1 et J5 du post-partum) et à 7 semaines que celles qui avaient eu des déchirures du deuxième degré ou plus. De même, les femmes ayant eu des LOSA signalaient significativement plus de douleur 7 semaines après l'accouchement que celles qui avaient eu des traumatismes périnéaux de degrés inférieurs (28).

### ***3.2 Incontinences urinaires et anales***

Environ un tiers des femmes souffrent d'incontinence urinaire et jusqu'à un dixième des femmes présente une incontinence fécale après l'accouchement (29). De plus, selon une revue de la FOFANA Assetou

littérature, à 3 mois du post-partum le taux d'incontinence urinaire chez les femmes primipares peut atteindre 32%. La prévalence des incontinenances urinaires est plus élevée pour les accouchements avec extraction instrumentale (30). D'après une méta-analyse publiée en 2021, les facteurs de risque d'incontinence urinaire retrouvés en post-partum étaient l'incontinence urinaire durant la grossesse, l'extraction instrumentale, l'épisiotomie, les lésions périnéales et la constipation (31).

Par ailleurs, selon une revue de la littérature, la prévalence de l'incontinence anale post-natale est d'environ 20 %, dont 5 % d'incontinence fécale, avec de nombreuses variations selon les études et les définitions utilisées (21). L'incontinence anale augmente avec la sévérité des lésions comme le démontre une étude rétrospective américaine réalisée auprès de 2 858 femmes primipares ayant accouché par voie basse non instrumentale. Parmi elles, 3,6% des femmes ayant eu une déchirure du 3<sup>e</sup> degré présentent une incontinence anale 6 mois après l'accouchement ; ce taux atteint 30,8% chez les femmes ayant eu une déchirure du 4<sup>e</sup> degré (2). Cette même méta-analyse présentait comme facteurs de risque d'incontinence fécale : l'incontinence fécale pendant la grossesse, l'âge maternel supérieur à 35 ans, l'IMC prénatal supérieur à 30 kg/m<sup>2</sup>, l'accouchement vaginal instrumental, l'accouchement vaginal spontané, l'augmentation de l'ocytocine et le poids du nouveau-né supérieur à 4 000g à la naissance (31).

Dans ses recommandations pour la prévention et la protection périnéale, le CNGOF retenait les principaux facteurs associés à la survenue de LOSA suivants : la nulliparité et l'accouchement instrumental. Les autres facteurs de risque sont l'âge maternel élevé, l'antécédent de LOSA, la macrosomie, l'épisiotomie médiane, la présentation céphalique en variété postérieure, et un travail long (NP2) (19). Semblent également être associés à la survenue de LOSA : l'origine ethnique, une distance ano-vulvaire courte, une hyperlaxité ligamentaire, l'existence de vergetures importantes, l'absence de contrôle de l'expulsion ou les manœuvres pour une dystocie des épaules (21).

Pour éviter l'impact de ces complications sur la qualité de vie des femmes, les autorités sanitaires ont établi des recommandations et proposé des actes de prévention.

## **4 Différentes méthodes de protection du périnée**

La prévention des lésions périnéales est au cœur des préoccupations autant pour les équipes obstétricales que pour les femmes. Différentes méthodes ont été recherchées et évaluées pour protéger le périnée lors de l'accouchement.

## **4.1 Antepartum**

Durant la grossesse, différentes techniques dont l'objectif est de réduire les lésions périnéales sont proposées. Parmi elles, le massage du périnée, l'utilisation du dispositif Épi-No et les exercices de renforcement des muscles périnéaux sont les plus fréquemment retrouvés.

Le massage périnéal anténatal réduirait le recours à l'épisiotomie d'après une revue de la littérature publiée en 2013 (4). Suite à cette publication, le CNGOF recommande d'encourager le massage périnéal pendant la grossesse chez les femmes qui souhaitent le pratiquer (grade B). En effet, il diminuerait le taux d'épisiotomie (NP1), mais également les douleurs périnéales et l'incontinence aux gaz dans le post-partum (NP2). Pour être efficace il doit être pratiqué au moins trois fois par semaine par la femme enceinte ou son partenaire dès la 34<sup>ème</sup> semaine de grossesse (6).

L'utilisation du dispositif Épi-No ne diminue pas les LOSA et n'apporte pas de bénéfice pour la protection périnéale obstétricale (6,32,33). Ce dispositif se compose d'un appareil avec un ballon gonflable en silicone couplé à une pompe à main avec affichage de la pression (33). Il a pour objectif de préparer la naissance par voie vaginale en prénatal en entraînant les muscles du plancher pelvien pour les protéger d'une épisiotomie.

Enfin, les exercices prénataux de renforcement des muscles du plancher pelvien ne préviennent pas du risque de lésions périnéales obstétricales (NP2). Il n'est donc pas recommandé de pratiquer des exercices de renforcement des muscles du plancher pelvien pendant la grossesse pour prévenir les LOSA (grade B) (6).

Finalement, seul le massage du périnée pendant la grossesse semble assurer une protection périnéale avant l'entrée en travail.

## **4.2 Perpartum**

Durant le travail et à l'accouchement, différentes méthodes dont l'objectif est de réduire les lésions périnéales sont employées, on retrouve parmi elles le massage du périnée, l'application de compresses chaudes et humides sur le périnée, les positions verticales ou encore la poussée spontanée.

Le massage du périnée durant le second stade du travail, semble accroître le taux de périnée intact (avec un faible niveau de preuve), et réduirait les LOSA à l'accouchement (34). Cette pratique ne fait pas encore l'objet de recommandation pour la pratique clinique en France (3), toutefois l'OMS

recommande de la pratiquer pour réduire les traumatismes périnéaux et faciliter l'accouchement spontané selon les préférences de la femme et les options disponibles (35).

D'après une revue de la littérature publiée en 2017, l'application de compresses chaudes sur le périnée lors du deuxième stade du travail réduirait les lésions des 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> degrés (5,34). De plus, cette pratique semble augmenter le taux de périnée intact et diminuer les taux d'épisiotomies et de LOSA (5). Si cette pratique ne fait pas partie des recommandations pour la pratique clinique en France (18), l'OMS recommande l'application de compresses chaudes au deuxième stade du travail parmi les techniques visant à réduire les traumatismes périnéaux et faciliter l'accouchement spontané (35).

Les études ne retrouvent pas de différence significative sur les taux de traumatismes périnéaux entre des positions horizontales et verticales à l'accouchement (36). Les positions verticales comprennent la position assise dans un lit, sur un tabouret ou sur une chaise, les positions à genoux et accroupie ; les positions horizontales comprennent le décubitus dorsal, le décubitus latéral avec une jambe hyper fléchie, la position semi-assise et la position de Trendelenburg. Si les positions verticales semblent être associées à une diminution des taux de naissances instrumentales et d'épisiotomies, elles semblent également être associées à un risque accru d'hémorragies du post-partum (estimation des pertes sanguines  $\geq 500$  mL) (37). Ainsi, l'adoption de positions verticales à l'accouchement ne fait pas l'objet de recommandations en France.

Brancato et al. publiaient en 2008 une méta-analyse qui comparait la descente passive du fœtus à la poussée immédiate durant le deuxième stade du travail chez des femmes primipares. La poussée retardée semble réduire significativement le risque d'extraction instrumentale et la durée des efforts expulsifs (38). Or l'extraction instrumentale compte parmi les principaux facteurs de risque de LOSA comme indiqué précédemment (19).

Il n'existe pas de différence significative entre la poussée spontanée et la poussée dirigée, que les femmes aient eu une anesthésie péridurale ou non, sur les taux de LOSA, d'épisiotomie et d'accouchement instrumental (39). Les deux types de poussée sont comparables en termes de morbidités maternelle et fœtale.

Par ailleurs, lors d'un accouchement instrumental, la ventouse obstétricale semble générer moins de LOSA que les autres instruments (NP3) (27). En cas d'accouchement instrumental et si plusieurs instruments peuvent être utilisés, il est recommandé d'utiliser de préférence une ventouse pour diminuer le risque de LOSA (grade C) (18).

Pour résumer, durant le second stade du travail il est recommandé d'appliquer des compresses chaudes sur le périnée, de masser ce dernier et de préférer la ventouse aux forceps en cas d'extraction instrumentale.

### **4.3 Post-partum**

Après la naissance, les professionnels effectuent un examen minutieux de l'état du périnée. Ce dépistage de même que la réparation des lésions ont pour objectif d'améliorer la prise en charge de la douleur et des complications dues aux lésions. Il est par exemple recommandé de réparer les épisiotomies et les déchirures du second degré par surjet continu (grade A) pour améliorer le pronostic des femmes à court terme (18).

À moyen-terme, l'évaluation de l'état périnéal postnatal permet de dépister et traiter les déficiences et les troubles par des séances de rééducation périnéale. En France, la nécessité d'une rééducation périnéale est évaluée lors de la visite post-natale qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement. Elle permet de diminuer le taux d'incontinence urinaire 6 mois après l'accouchement, et d'augmenter la force et l'endurance de la contraction musculaire (40). Elle est recommandée pour traiter toute incontinence urinaire persistante à 3 mois du post-partum (grade A) et pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C) (41). La rééducation périnéale doit commencer à partir de deux mois après l'accouchement et n'est pas recommandée chez les femmes asymptomatiques à 3 mois du post-partum (accord professionnel).

### **4.4 Des pratiques de protection périnéale moins fréquentes en France**

#### ***Hands-on et hands-off/poised***

Le *hands-on* et le *hands-off* sont des techniques de soutien manuel du périnée à l'accouchement. Il existe différentes descriptions de ces techniques, nous retiendrons les suivantes : le *hands-on* correspond à la flexion de la tête fœtale et au maintien du périnée ; le *hands-off* signifie que l'accoucheur ne touche ni la tête fœtale ni le périnée de la femme ; la technique de *hands-poised* fait référence à l'application d'une légère pression sur la tête fœtale pour éviter une expulsion rapide sans soutien manuel du périnée (42).

Selon une méta-analyse publiée en 2019, comparant les techniques de *hands-on* et de *hands-off*, ce dernier est associé à moins de déchirures du 3<sup>e</sup> degré et à un plus faible recours à l'épisiotomie (43). De même, d'après une autre méta-analyse publiée en 2020, la comparaison des techniques de *hands-on* et *hands-off/poised* chez des femmes à bas risque obstétrical montre que le *hands-off/poised* est associé à une augmentation des taux de périnées intacts, une réduction de la douleur périnéale, une diminution du recours à l'épisiotomie et n'augmente pas le taux de LOSA (42).

Même si les données de la littérature sont rassurantes à l'égard des pratiques de *hands-off/poised*, il est actuellement recommandé de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur (Grade C) (18,35). Cette pratique semble diminuer le taux de LOSA (27). Cette manœuvre de dégagement correspond au *hands-on*. C'est la technique la plus pratiquée en France contrairement au *hands-off* et au *hands-poised* qui sont très utilisés dans les pays anglo-saxons et en Europe du Nord (44).

### **L'immersion**

L'accouchement dans l'eau s'est largement répandu depuis plusieurs décennies. Selon certaines études, les femmes qui passent le premier stade du travail en immersion dans de l'eau chaude (par exemple : le bain, la piscine), présentent des taux de lésions périnéales comparables aux femmes qui ne sont pas en immersion (45,46). Par ailleurs, il semblerait que l'immersion réduise le taux de femmes ayant recours à l'analgésie péridurale (45).

L'immersion dans l'eau chaude permet de diminuer la douleur engendrée par les contractions utérines par modification de la réponse neuroendocrinienne. Elle apporte à la femme en travail de la détente et un relâchement des tissus (47). La douleur ressentie est moins intense (48), ce qui pourrait entraîner un moindre recours à l'analgésie péridurale et donc une mobilité plus importante durant le travail (47).

D'après les recommandations de la HAS en 2018, l'immersion dans l'eau figure parmi les interventions non médicamenteuses à proposer aux femmes qui le souhaitent (49).

En France, les différentes pratiques énoncées plus haut visant à protéger le périnée semblent être réalisables en pratique courante dans les MDN.

## **4.5 Quelles pratiques de protection périnéale en MDN ?**

Concernant l'accompagnement des femmes dans les MDN françaises, on relève un taux d'accouchement dans l'eau de 31,4% (7). Ceci est favorisé par le fait que dans ces MDN chaque chambre de naissance est dotée d'une baignoire ou piscine offrant la possibilité aux femmes d'accoucher dans l'eau ou d'y passer une partie du travail.

Dans les MDN les femmes accouchent dans une grande variété de positions et principalement dans des positions verticales. Voici les positions rapportées : la position à quatre pattes (31%). accroupies ou à genoux (28%), assises (16%), debout (7%), décubitus dorsal (6%), décubitus latéral (12%) (7).

La technique de *hands-off* est retrouvée dans 77,4% des accouchements (7). Elle est donc largement pratiquée mais n'est pourtant pas enseignée durant les études de sages-femmes en France.

Devant des résultats favorables, et même inférieurs à ceux attendus en regard des résultats publiés dans la littérature internationale, il semblerait que les sages-femmes exerçant dans les MDN françaises aient développé des pratiques particulières de protection du périnée.

Ce mémoire a été mené pour étudier ces pratiques. Nous allons présenter la méthodologie et le déroulement de cette étude. Ensuite, nous décrirons les pratiques des sages-femmes de MDN avant de les analyser. Enfin, nous verrons en quoi ces pratiques sont spécifiques au mode d'activité libéral mais proposerons des pistes pour adapter certaines de ces pratiques à l'organisation hospitalière.

# Deuxième partie

## Matériel et méthodes

### 5 Problématique

Devant les résultats favorables en termes de morbidité périnéale observés dans les MDN françaises, meilleurs même que ceux observés dans les MDN naissances à l'étranger, nous avons cherché à travers ce travail à répondre à la problématique suivante : quelles sont les pratiques de protection du périnée proposées par les sages-femmes qui travaillent dans les MDN françaises ?

### 6 Objectifs

L'objectif principal était de décrire les pratiques de ces sages-femmes favorisant la protection du périnée.

Les objectifs secondaires étaient de :

- Déterminer les outils ou conseils de protection périnéale que les sages-femmes proposent aux femmes en pré ou perpartum pour prévenir les lésions périnéales.
- Décrire avec précision les positions des mains des sages-femmes à l'accouchement : *hands-on*, *hands-off* ou technique intermédiaire.
- Identifier et décrire les situations qui les incitent à contrôler manuellement la sortie de la tête fœtale.
- Comprendre le cheminement des sages-femmes et identifier les raisons qui les ont amenées à avoir une pratique moins interventionniste.

### 7 Hypothèses

Premièrement, nous avons supposé que les sages-femmes de MDN proposent un éventail de pratiques ou conseils diversifiés incluant entre autres : le massage périnéal en fin de grossesse et le recours à l'eau (bain pendant le travail, compresses chaudes et accouchement dans l'eau) pour protéger le périnée.

Deuxièmement, nous avons émis l'hypothèse que les sages-femmes de MDN ont développé une technique de *hands-off* sensiblement différente de celle décrite dans la littérature et pratiquée dans les MDN à l'étranger.

Troisièmement, la pratique française de *hands-on* et celle de *hands-off* ne seraient pas systématiques mais subjectives et ces pratiques seraient fonction de divers critères (comme par exemple la rapidité de la naissance ou les positions d'accouchement).

## 8 Type d'étude et méthodologie

Pour répondre à notre problématique, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative descriptive. Nous avons pour objectif de réaliser entre dix et quinze entretiens avec des sages-femmes travaillant dans les huit MDN françaises. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs réalisés à l'aide d'une grille d'entretien établie au préalable et qui a pu être réajustée (Annexe 4) après deux premiers entretiens-tests.

Nous souhaitons obtenir un recueil précis et détaillé des pratiques médicales des sages-femmes exerçant dans ces MDN. Pour cela, nous avons choisi d'interroger entre une et trois sages-femmes par MDN en fonction du nombre d'accouchements réalisés par chacune d'elles en 2018 (Annexe 5). Pour entrer en contact avec ces sages-femmes un premier message a été envoyé aux responsables de la commission scientifique du Collectif des MDN au printemps 2021. Cela a permis de réaliser les deux premiers entretiens. Ensuite, nous avons demandé aux sages-femmes interrogées de diffuser dans leur réseau notre étude et notre requête d'entretien. Après relance, nous avons contacté directement les MDN et les sages-femmes à partir des coordonnées disponibles sur leurs sites internet respectifs pour pouvoir atteindre le nombre d'entretiens initialement fixé.

Ces entretiens ont été réalisés sur la base du volontariat auprès d'un échantillon construit de manière raisonnée, incluant des sages-femmes travaillant dans chacune des huit MDN.

Ils ont été réalisés en face à face à Paris et sous forme de webconférence avec les sages-femmes des 7 autres MDN. Ces entretiens ont duré entre 38 minutes et 1h20, avec une moyenne d'une heure.

Au total, 13 entretiens ont eu lieu avec des sages-femmes des huit MDN (Annexe 6). Ils se sont tenus à Paris pour deux d'entre eux, par voie téléphonique pour deux d'entre eux et les 9 autres par webconférence (via l'application Zoom®). Ils ont été réalisés entre le 31 juillet et le 29 décembre 2021, soit une période de 5 mois.

Enfin, nous avons atteint le phénomène de saturation des données car l'analyse des derniers entretiens n'a pas permis de mettre en évidence de nouveaux sujets mais permettait de soutenir et renforcer les informations obtenues.

Les verbatims retranscrits ont été relus à plusieurs reprises puis ils ont été codés de manière thématique à l'aide de différents classements sous le logiciel Word. Les thèmes une fois rassemblés ont fait l'objet d'une relecture globale à la recherche de thèmes transversaux.

Les entretiens sont pseudonymisés (un pseudonyme a été attribué à chaque sage-femme), ils ont été enregistrés avec l'accord des sages-femmes puis retranscrits intégralement.

# Troisième partie

## Résultats

### 9 Des parcours professionnels très variés

#### 9.1 Expériences diverses et un métier de choix

Les sages-femmes interrogées ont emprunté différentes voies avant leur exercice en MDN. Plusieurs d'entre elles ont quitté la métropole durant leurs études ou plus tard, ce qui leur a permis de découvrir un public différent, des protocoles différents et finalement un mode d'exercice différent. Ainsi, dix sages-femmes ont étudié ou exercé en Belgique, à Mayotte, à la Réunion, en Guyane, en Suisse ou au Québec.

Trois d'entre elles ont exercé une autre profession avant d'être sage-femme : infirmière, chercheuse et ergonome.

Les sages-femmes interrogées ont montré une certaine détermination à exercer ce métier. En effet, trois d'entre elles ont été diplômées en Belgique après une première tentative en France et sont ensuite revenues en France après leurs études, une quatrième a intégré le cursus grâce à une passerelle.

*« J'étais quand même bien déterminée pour faire ce métier de sage-femme. »*

*Léane 34 ans, SF depuis 9 ans, études en Belgique*

Pour certaines, la volonté de devenir sage-femme, était murement réfléchi et exprimée depuis l'enfance.

*« J'avais la volonté de faire SF depuis mes 14 ans. Et puis avant l'obstétrique me travaillait déjà puisque j'hésitais entre gynécologue-obstétricien et sage-femme. » Christiane 35 ans, SF depuis 11 ans*

#### 9.2 Des lieux d'exercice variés

Ces sages-femmes ont également exercé dans différents types de structures. Ainsi, après avoir été salariées, elles ont commencé une carrière en libéral. Les activités pratiquées préalablement leur ont permis de développer et d'approfondir différentes compétences : la communication et l'adaptation à une hiérarchie en clinique, la rapidité dans l'exécution des tâches et la gestion de plusieurs situations complexes simultanément à l'hôpital, et une importante autonomie dans les dispensaires à Mayotte et dans l'exercice libéral.

*« Et j'ai travaillé aussi un peu dans un dispensaire (à Mayotte), c'est des dispensaires où il y a que des SF [...] on est quand même habilitées à faire des ventouses en urgence si besoin au dispensaire enfin y a quand même de la liberté pour les SF du fait qu'il n'y ait pas d'autres options en fait donc voilà. » Léa 31 ans, SF depuis 7 ans*

*« J'étais en clinique, donc on avait aussi les gynécos qui étaient dans les parages et qui pressaient un peu et quand ils savaient qu'il y avait une de leurs patientes qui était en travail. » Léane 34 ans, SF depuis 9 ans*

En outre, les expériences en dehors de la France métropolitaine ont apporté un autre regard sur la prise en charge et l'accompagnement des couples.

*« Moi j'ai fait un stage en Suisse pendant mes études, dans une MDN (...) donc du coup ça m'a appris qu'on pouvait quand même aussi faire autrement que ça marchait aussi. Enfin voilà en fait je trouve qu'à chaque fois ça donne une sorte d'éclairage, ça donne des ouvertures on se rend compte que ça donne une richesse. » Clara 49 ans, SF depuis 7 ans*

*« J'avais été au Sénégal pendant 2 mois pendant mes études et c'est là aussi que j'avais appris plein de trucs parce que les patientes elles n'avaient pas de péri. » Magalie 31 ans, SF depuis 8 ans*

### **9.3 Autres diplômes et formations**

Les sages-femmes interrogées ont soulevé l'importance de mettre à jour leurs connaissances et leurs pratiques, notamment celles qui sont spécifiques à l'exercice en MDN. Les formations citées portaient sur la réanimation néonatale, l'examen clinique du nouveau-né, l'analyse du rythme cardiaque fœtal, le sommeil et les pleurs du nouveau-né, l'allaitement, l'hémorragie du post-partum, l'accouchement et les manœuvres en cas de dystocie.

*« Après on a des formations obligatoires de mise à niveau des situations d'urgence qui sont nécessaires pour les sages-femmes de MDN et ça c'est bah tu dois connaître l'analyse du RCF, la réa néonate et l'HPP, qu'on essaye de faire tous les ans » Léane 34 ans, SF depuis 9 ans*

Par ailleurs, elles disposent de diplômes complémentaires en sophrologie, homéopathie, acupuncture, gynécologie préventive, hypnose, rééducation périnéale et allaitement. Elles ont également assisté à d'autres formations non diplômantes comme la méthode Bonapace, le massage du nouveau-né ou le yoga.

Certaines sages-femmes ont exprimé la volonté d'obtenir d'autres diplômes mais ne peuvent se le permettre du fait de leur manque de disponibilité dû à l'accompagnement global entre autres.

# 10 La protection du périnée

## 10.1 Pendant la grossesse

### Le massage du périnée

Les sages-femmes interrogées ne semblent pas convaincues de l'efficacité du massage périnéal pendant la grossesse. Elles ne le proposent pas systématiquement et dans la majorité des cas ce sont les femmes qui demandent l'avis des sages-femmes sur cette méthode. Néanmoins, elles le proposent tout de même, non pas dans un but de protection du périnée mais pour permettre aux femmes de découvrir et se familiariser avec la région périnéale. C'est d'ailleurs aux femmes qui appréhendent le plus l'expulsion et les lésions lors de l'accouchement qu'elles le recommandent. Selon les sages-femmes, très peu de femmes réalisent ce massage en raison du manque de conviction de son efficacité d'une part et de l'inconfort induit par la distension abdominale en fin de grossesse d'autre part. Enfin, les enquêtées décrivaient souvent cette technique de massage : verser quelques gouttes d'une huile végétale entre le pouce et l'index et masser le périnée par des mouvements circulaires en partant de la fourchette vulvaire.

*« Oui je leur parle du massage du périnée en leur disant que ça peut pas faire de mal, que ça ne va pas prévenir à 100% des déchirures mais ça peut leur permettre d'appréhender cette zone de leur corps, de mieux la connaître, de se rendre compte de l'élasticité des tissus etc, d'exercer des pressions dessus, et qu'elles iront à leur rythme tout au long du 9<sup>e</sup> mois. » Prisca 40 ans, jeune diplômée*

### Le dispositif Épi-No

L'utilisation du dispositif Épi-No est déconseillée par la majorité des sages-femmes interrogées qui n'en voient pas l'intérêt. D'après certaines il serait même délétère. Il entraînerait des éraillures à court terme et un affaiblissement du périnée à plus long terme. C'est principalement les femmes qui évoquent cette méthode et recherchent l'avis d'un professionnel.

*« Aller faire une préparation avec le dispositif Épi-No pour moi c'est un non-sens parce qu'aller faire des étirements du périnée alors même que tu n'as pas l'imprégnation hormonale c'est bon pour te faire une déchirure avant même d'avoir accouché en fait. » Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

## **La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)**

*« Qu'est-ce que c'est le périnée ? » Mailys*

*« Qu'est-ce que vous imaginez que vous allez ressentir ? » Christiane*

L'importance de la transmission d'informations aux femmes durant la grossesse est retrouvée dans tous les entretiens. Lors des multiples discussions, les femmes et les couples vont apprendre la physiologie de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Cela semble indispensable pour permettre l'autonomie des couples. Selon les sages-femmes, les échanges durant les séances de PNP permettent de rassurer les craintes des femmes, ce qui leur permettrait d'envisager plus sereinement la suite de leur grossesse (exemple du massage périnéal). Les femmes devraient donc bénéficier d'un discours adapté à leurs besoins.

*« La prépa pour nous c'est le gros gros gros morceau, c'est le plus important qui va conditionner la réussite de la naissance. » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

Amener la conscience du périnée est un autre sujet prépondérant qui émerge des entretiens. Les sages-femmes encouragent les femmes à regarder, toucher et sentir leur périnée. Elles leur expliquent les modifications physiologiques qui se produisent durant le travail et l'accouchement, ainsi les femmes apprennent que leur périnée sera dans un état différent, car modifié par une imprégnation hormonale.

Par ailleurs, les sages-femmes expliquent par différentes images qu'il ne sera par exemple pas nécessaire de pousser lors de l'accouchement, elles leur expliquent que leur « corps est fait pour accoucher » et que c'est un processus naturel. Elles décrivent les sensations d'étirements qu'elles pourront ressentir à l'accouchement et rassurent sur le caractère normal et physiologique des sensations et des inquiétudes.

*« On leur demande qu'est-ce que vous imaginez que vous allez ressentir ? Et puis moi ce que je leur transmets aussi, c'est que c'est normal on sent que ça brûle, l'étirement comme quand on étire là fort [étirer sa bouche avec ses doigts] ça brûle et puis on a l'impression que tout va exploser, que notre corps va pas ressortir intègre du tout, et donc voilà moi je leur dis bien que même si elles ont cette sensation-là au moment la naissance et bien on a énormément de périnées intacts, et même pour un premier » Christiane 35 ans, SF depuis 11 ans*

Enfin, durant la grossesse, les femmes sont encouragées à avoir une bonne hygiène de vie, à maintenir ou entamer une activité sportive. Cela afin de favoriser la mobilité durant la grossesse et d'éviter une prise de poids excessive. Les sages-femmes interrogées anticipent et encouragent la mobilité des femmes, la mobilité sera également requise pendant le travail et notamment pour permettre l'engagement du fœtus et sa naissance dans une position favorable (en occipito-pubien).

## **10.2 Pendant le travail**

### **Promotion de la mobilité**

Selon les enquêtées, le fait que les femmes aient la possibilité de bouger comme elles le souhaitent durant le travail est favorable aux femmes et aux fœtus. Pour certaines cela est un moyen de gérer la douleur des contractions, à travers la prise de position antalgique. C'est, selon quelques sages-femmes, la meilleure prévention de présentations fœtales dystociques. En effet, les positions prises par la femme permettraient au fœtus de s'engager dans des variétés de présentation favorables car eutociques. Elles rapportent qu'elles observent un nombre infime de variétés postérieures à l'expulsion. Ces dernières sont associées à des dégagements laborieux de la tête fœtale et sont donc plus susceptibles d'entraîner des lésions périnéales.

Les sages-femmes ne peuvent accompagner que des femmes sans analgésie péridurale, c'est « une énorme différence » rapportent-elles en comparaison à la prise en charge proposée à l'hôpital. Cela permet aux femmes de suivre leurs sensations, de prendre parfois des positions asymétriques surprenantes et invraisemblables mais permettant une bonne évolution du travail.

*« Les OS en fait elles vont tourner pendant le travail vu que la patiente se mobilise, finalement au moment l'expulsion il n'y en a plus beaucoup. » Prisca 40 ans, jeune diplômée*

*« Mais bon la prévention de l'OS c'est la mobilité pendant la grossesse et pendant le travail. »*

*Jessica 44 ans, SF depuis 19 ans*

### **Un accompagnement de choix**

Les sages-femmes parlent très fréquemment de l'accompagnement des couples, en effet, les femmes suivies sont très fréquemment accompagnées d'un partenaire. Ce dernier assiste également aux différentes étapes que traversent les femmes, des séances prénatales au post-partum. Il est un partenaire essentiel et sa présence est primordiale auprès de la femme qui est en travail. Il est souvent le premier à soutenir la femme en travail et également celui qui va mettre en œuvre et rappeler les différents moyens analgésiques découverts pendant la grossesse.

Les sages-femmes de MDN sont aussi un soutien de taille car elles bénéficient d'une relation de confiance avec les couples initiée par la première rencontre durant la grossesse.

Entourée de leurs accompagnants et d'un climat favorisant l'intimité, les femmes seraient plus à l'aise pour prendre des positions plus instinctives et s'exprimer spontanément, sans se soucier des convenances.

*« Mais on savait lui (le conjoint) comme moi qu'il fallait pas la toucher, lui parler, la regarder, on était là au cas où et on était loin » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

*« [...] quand t'es polie et que tu me parles gentiment « Ah Morgane tu peux me donner un peu d'eau s'il te plaît ? » bon ben t'accouches pas quoi. Et a un moment quand j'entends « De l'eau !! » eh ben voilà là t'accouches ! On veut voir la femme sauvage donc on leur dit « Vas-y quoi, t'as le droit de crier, t'as le droit de taper du pied, t'as le droit de bouger dans tous les sens », voilà et on est là à son service». Morgane*

*« Oui la communication se fait facilement d'autant plus qu'on suit les femmes depuis le début de la grossesse. » Justine 44 ans, SF depuis 20 ans*

### **Comme dans une bulle**

Les sages-femmes interrogées ont également exprimé le climat au sein des chambres de naissance durant le travail et l'accouchement. Elles mettent en place différents éléments pour favoriser la sécrétion d'ocytocine chez la femme et lui permettre de se sentir comme dans une bulle, déconnectée du monde de la programmation, de l'organisation, de la gestion...

Les sages-femmes souhaitent que les femmes « débranchent » leur néocortex et qu'elles retrouvent des comportements primitifs et instinctifs dans le but d'augmenter la sécrétion d'ocytocine. Elles décrivent alors que parfois elles se mettent en retrait pour permettre aux couples de retrouver leur intimité. Ils disposent également d'outils développés pendant la grossesse pour préparer ce moment (encouragements qu'elles aiment entendre, parfums et objets rassurants...).

Pour que la femme crée puis reste dans sa bulle, il faut soustraire toute source de stimulation auditive et visuelle. Ainsi, dans les chambres de naissance, les échanges verbaux sont rares et de faible volume. Lorsque les sages-femmes le peuvent, elles communiquent volontiers avec les conjoints car elles ne veulent pas faire « sortir la femme de sa bulle ». C'est le langage non-verbal qui prime. De même, les lumières sont tamisées et il fait très sombre.

Il fait également chaud, et l'ambiance est calme, zen et paisible. D'après les enquêtées, la femme est à l'abri des sources extérieures de stress, il incombe aux accompagnants de protéger la « bulle », ils la mettent à l'abri de toute stimulation du néocortex et subviennent aux besoins de la femme.

*« Alors nous on ne leur parle pas, enfin moi je leur parle pas aux femmes pendant le travail sauf quand elles le demandent et qu'elles ont besoin d'être rassurées mais nous l'environnement c'est très serein, très silencieux mais sécurisant, très intime en fait, le couple nous on les prépare pour qu'ils soient maximum autonomes (...) en fait nous on est là uniquement si ça va pas et dans les moments où c'est un peu dur, où c'est un peu intense, où ils ont besoin de soutien un peu plus, un peu plus prononcé quoi mais franchement on n'agit pas beaucoup et on ne parle pas beaucoup. »*

*Magalie 31 ans, SF depuis 8 ans*

*« Pareil on parle très peu [...] moi je dis vraiment des phrases très simples parce que je sais qu'elle ne comprend plus rien mais elle entend quelque chose de doux et c'est bon. [...] Par contre tant que nous on n'a pas peur, elle est tranquille quoi. » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

### **L'effet de l'eau chaude**

Le recours à l'eau chaude durant le travail est très fréquent selon les sages-femmes interrogées, la grande majorité des femmes qu'elles accompagnent ont recours au bain pendant le travail. L'effet attendu et observé est la détente, qui permet à la fois aux femmes d'être soulagées et aux tissus d'être relâchés.

### **Comment évaluer l'évolution du travail**

D'après les sages-femmes interrogées, c'est un faisceau d'arguments qui témoigne de l'évolution du travail et de la progression du fœtus. La dynamique et l'intensité des contractions utérines, le comportement des femmes, leurs positions, les sons émis, tous ces aspects se modifient et permettent aux sages-femmes de comprendre une modification ou une stagnation du travail. Les femmes annoncent par exemple le début d'une sensation de poussée transitoire, l'arrivée de leur enfant sur le périnée et les sons qu'elles produisent sont de plus en plus graves.

Les femmes sont informées durant la grossesse du déroulement physiologique du travail, elles savent ainsi quels éléments en dehors du toucher vaginal permettront d'attester du bon déroulement du travail. Il est d'ailleurs couramment proposé aux femmes de s'auto-examiner afin de se rendre compte par elles-mêmes de la progression du fœtus et cela a souvent pour effet de les encourager et de les motiver.

De plus, les sages-femmes s'informent également à travers ce qu'elles-mêmes voient et sentent. En effet, l'apparition d'une ligne violette qui prolonge le sillon inter-fessier mène à penser que la dilatation cervicale est bien avancée, elles observent aussi la couleur et la consistance des sécrétions vaginales. De même, lorsque le sacrum bombe sous leur main lors d'une contraction elles présument que le fœtus est en train de s'engager dans le bassin maternel. Ces signes qu'elles observent leur permettraient de se passer de l'examen vaginal qu'elles réalisent très peu.

Toutes ces pratiques qui évoluent avec l'expérience permettent aux sages-femmes de développer leur sens clinique.

*« C'est l'observation des femmes et donc on se rend compte que quand elles commencent à faire tel son, où elles se mettent dans telle position avec telle dynamique de contraction, qu'il commence à y avoir une ligne rouge qui apparait et qu'il commence à y avoir des sécrétions sanguinolentes au niveau de la vulve on se dit ok ce bébé n'est pas très loin il va pas tarder à naître. » Maggy 36 ans, SF depuis 11 ans*

## 10.3 À l'expulsion

### *Le hands-off/poised*

Le *hands-off/poised* défini dans l'introduction de ce travail, est la technique de protection périnéale proposée par l'ensemble des sages-femmes. En effet, il semblerait que l'expérience accumulée en MDN, les dissuade d'intervenir directement lors de l'expulsion et notamment lors du dégagement de la tête fœtale en étant confiantes, sereines et disponibles.

Certaines sont en *hands-off* tout au long de l'expulsion, les mains « dans le dos » ou à distance du périnée de la femme pour observer et sécuriser l'arrivée du nouveau-né. Elles peuvent proposer des changements de position si le fœtus ne semble plus progresser dans le bassin, ou proposer de détendre sa mâchoire pour ne pas pousser lorsque la tête fœtale semble progresser rapidement.

*« Non, je vais pas toucher, par contre je vais peut-être l'aider à mettre un peu les genoux en dedans tu vois, serrer un peu les jambes, (...) mais je ne touche pas le bébé ni le périnée. » Béatrice 30 ans, SF 7 depuis ans*

*« D'ailleurs le hands-off permet de faire les choses dans n'importe quelle position, ça permet d'accompagner une naissance sans avoir de stress dans n'importe quelle position. » Clara 49 ans, SF depuis 7 ans*

*« À l'expulsion je suis assise à côté de la femme ou du couple, si elle n'a pas besoin et qu'elle pousse et que le bébé il descend et tout je dis rien (...) Je fais toujours off jusqu'au cou. Et si tout va bien tu fais off tout le temps. » Jessica 44 ans, SF depuis 19 ans*

*« Hands-off, je ne touche jamais (...) non vraiment hands-off-hands-off parce que bah la peau elle blanchit, elle déchire, ben voilà ça fera une déchirure et c'est tout quoi. » Léa 31 ans, SF depuis 7 ans*

D'autres sages-femmes, et cela concerne la majorité des enquêtées, préparent et proposent aisément d'appliquer des compresses chaudes et humides sur le périnée au moment de son ampliation. Lorsque les sages-femmes comprennent que le fœtus est engagé dans le bassin maternel et qu'il semble progresser entre le détroit moyen et le détroit inférieur, elles apportent une bassine d'eau chaude près de la femme et y insèrent des compresses ou des gants de toilette. Elles déclarent exercer une contre-pression à l'arrivée de l'enfant en posant une main contenant les compresses chaudes sur le périnée ce qui correspond au *hands-poised* défini précédemment. D'après ce qu'elles rapportent, ce geste permettrait de soulager la femme qui n'hésite pas à exprimer le bienfait ressenti ou à le réprouver expressément. Mais cela leur permet également d'évaluer et de sentir la progression du futur nouveau-né sous leur main.

*« [...] moi je mets pas du gras et je masse pas en fait, je touche pas le périnée. Le seul truc que je peux toucher c'est vraiment ça c'est-à-dire avoir un appui dessous. » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

*« [...] d'ailleurs quand on pose une compresse chaude sur le périnée en fait du coup on a la main sur la vulve à plat et ça ça permet vraiment de sentir comment la tête du bébé appuie. » Clara 49 ans, SF depuis 7 ans*

*« Mais moi je ne considère pas que ce soit toucher, en fait tu vois c'est une aide, mais moi j'interviens pas avec mes doigts quoi enfin voilà je ne rentre pas trop dans le vagin de cette femme ou je ne touche pas à la tête de ce bébé pour l'aider à faire ses manœuvres donc pour moi je fais un vrai hands-off » Magalie 31 ans, SF depuis 8 ans*

Il apparaît également que la préparation du matériel pour l'accouchement est minime, elle consiste à rapprocher le pack d'accouchement près de la femme. Le matériel n'est pas ouvert de manière systématique mais en termes de protection périnéale seules les compresses paraissent nécessaires.

Enfin, certaines sages-femmes interviennent plus communément pour « accompagner les épaules » lors de la restitution notamment lorsque la naissance a lieu sous l'eau.

Par ailleurs, le manque de visibilité du périnée au moment de l'accouchement, compte tenu du climat décrit plus haut, souligné par l'ensemble des professionnels interrogés ne semble pas perturber leur pratique ni les inquiéter davantage. S'ajoute au faible éclairage recherché, les différentes positions prises par les femmes qui ne permettent pas toujours de voir le périnée au moment de l'expulsion. C'est ainsi que les sages-femmes rapportent ne pas forcément voir l'ampliation du périnée ni la formation d'une lésion. Elles déclarent que devant les faibles taux de lésions dont la plupart ne nécessite pas de suture et devant les positions physiologiques prises par les femmes, elles ne sont pas très inquiètes. Certaines s'interrogent sur le fait d'être incitée à intervenir plus souvent lorsque le périnée est exposé plus clairement.

*« Je vois jamais ça, enfin j'ai rarement le nez sur le périnée je suis de temps en temps de côté vu que si on n'y met plus les mains ça ne sert à rien de regarder » Francis 45 ans, SF depuis 21 ans*

### **Le temps de l'accouchement, la poussée**

Les sages-femmes ont souligné également l'importance de respecter le temps nécessaire aux différentes étapes : au fœtus de descendre, au réflexe expulsif de se mettre en place, au périnée de se distendre, au nouveau-né de faire sa restitution...

*« C'est beaucoup plus doux pour elle, pour eux de faire ça à leur rythme » Léane, SF depuis 9 ans*

*« On attend la contraction suivante pour que le reste du corps vienne » Béatrice, SF depuis 7 ans*

*« On laisse faire on attend » Clara, SF depuis 7 ans*

*« [...] et là courageusement j'attends les mains dans le dos » Jessica, SF depuis 19 ans*

Elles y trouvent des avantages pour l'enfant à naître et pour la femme. Respecter le rythme des contractions et de l'arrivée en douceur du nouveau-né permettrait aux fœtus de mieux tolérer la descente dans la filière pelvienne et l'expulsion. Et ce serait moins délétère pour le périnée qui a le temps de se distendre puis de se rétracter en fonction de l'appui de la tête fœtale.

Elles attendent parfois jusqu'à 5 minutes la contraction qui permettra la sortie du reste du corps après le dégagement de la tête. Elles précisent que lorsqu'une difficulté est pressentie elles interviennent. Autrement il n'y a pas de durée-limite pour une naissance.

*« Ce qui fait que le périnée il s'est bien distendu au moment de la tête et là il a ce moment où hop il se rétracte un peu puisqu'il est au niveau du cou puis il va se ré-étirer pour les épaules mais du coup je trouve que cette élasticité de va-et-vient que c'est favorable pour le périnée » Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

La poussée qu'elles proposent n'est ni immédiate, ni retardée car l'examen vaginal étant peu réalisé, le délai entre le passage à dilatation complète et les premières envies expulsives n'est pas évalué. Il s'agit plutôt d'une poussée-réflexe : les femmes poussent lorsqu'elles en ressentent l'envie et il s'agit d'un réflexe donc elles ne peuvent le contrôler.

*« Alors j'ai plutôt tendance à leur proposer de ne pas pousser (rires). C'est-à-dire d'accompagner la contraction qui pousse pour elle donc je leur dis c'est ton utérus et ton bébé qui poussent, toi tu laisses faire voilà juste tu accompagnes, tu restes dans l'ouverture et le relâchement au maximum, après quand elles arrivent au réflexe expulsif de toute façon elles peuvent pas retenir hein (...) voilà elles expulsent leur bébé mais c'est quelque chose d'incontrôlable. » Maggy 36 ans, SF depuis 11 ans*

*« [...] Je les incite à essayer de laisser faire le plus possible, relâcher les fesses, y en a elles vocalisent, elles crient, y en a elles soufflent comme la tempête avec la bouche pour voilà pour pas se crispier. Et puis par moment, des fois c'est plus fort qu'elles voilà, ça leur donne envie de pousser mais moi j'essaie de leur dire, fais comme tu peux, tu peux laisser faire voilà, ta contraction elle est suffisante, ton bébé il avance tout seul, tu n'as pas besoin de pousser pour le faire avancer. »*

*Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

Les sages-femmes disent encourager et rassurer les femmes durant la poussée. Grâce à leur expérience, elles ont appris à reformuler leurs encouragements, elles encouragent les femmes à laisser la contraction entraîner la naissance. Les femmes sont incitées à aller doucement voire à souffler (haleter, faire la cigale, relâcher la mâchoire) lorsque la tension au niveau du périnée semble s'élever très rapidement. Les sages-femmes rapportent que lorsque les femmes suivent leurs sensations expulsives, la naissance a lieu rapidement. Toutefois, même si la naissance tardait à se

faire, il n'y a pas d'échéance à respecter après s'être assuré que le fœtus pouvait supporter la progression dans le bassin maternel (absence d'anomalies du RCF à risque d'acidose) et après avoir évalué la fatigue maternelle.

Ces sages-femmes considèrent que l'auscultation intermittente est un mode de surveillance qui permet de s'assurer que l'enfant à naître va bien sans entraver la mobilité des femmes. Elles déclarent également avoir peu d'anomalies du RCF, ce qu'elles relie à l'absence de stress maternel durant le travail.

### **Les positions à l'accouchement**

Les sages-femmes confirment le fait que les femmes prennent principalement des positions verticales à l'accouchement, comme constaté dans le rapport des MDN de 2018. Il s'agit principalement de la position à quatre pattes, suivie des positions à genoux et accroupie. Ces positions sont prises spontanément par les femmes guidées par leurs sensations et leur confort. Elles prennent régulièrement des positions asymétriques et changent de positions fréquemment ou sont invitées à le faire en cas de suspicion de dystocie. Elles peuvent changer de position jusqu'à très tard, par exemple entre la sortie de la tête et le dégagement des épaules. Selon les sages-femmes, la position qui semble la plus avantageuse pour la protection du périnée est d'abord celle que la femme prend spontanément, elle correspond souvent au *quatre pattes* où le périnée paraît moins distendu.

*« On change beaucoup de positions pendant la poussée. [...] C'est rare qu'elles accouchent dans la position où elles ont commencé à pousser. Donc nous on relève dans nos grilles comment elles accouchent à la fin [...] bien souvent elles vont commencer à pousser à genoux, après ça avance plus donc du coup elles vont se mettre sur le côté [...] Comme ça ça permet si jamais à un endroit du bassin ça coince ben tu changes de position ça se décoince. » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

*« Je dirais le quatre pattes. Je trouve que c'est là où le périnée est le plus relâché et elles peuvent mettre leurs jambes vraiment l'une à côté de l'autre. » Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

### **L'accouchement dans l'eau**

L'accouchement dans l'eau est très fréquent, pour les sages-femmes interrogées cela correspond approximativement à la moitié ou au tiers des femmes qu'elles accompagnent. Elles rappellent qu'elles sont plus nombreuses à passer par la baignoire à un moment du travail. Ce sont ensuite les femmes qui choisissent l'endroit où elles accouchent et encore une fois l'eau est appréciée pour ce qu'elle procure comme sensation de bien-être et de soulagement pour la femme. Les sages-femmes

ne proposent pas aux femmes d'accoucher dans l'eau en vue de protéger le périnée. Cependant, selon elles, les femmes sont soulagées donc les tissus se relâchent, elles ne relèvent toutefois pas de différence notable en faveur d'une protection du périnée.

De plus, les femmes qui accouchent dans l'eau gardent leur mobilité, on y retrouve toutes les positions mentionnées précédemment.

### **L'épisiotomie**

Les enquêtées disposent pour la plupart d'une paire de ciseaux qui permettrait la réalisation d'une épisiotomie au moment de l'expulsion. La paire n'est pas sous leur main mais elle est rapidement disponible si besoin. Elles ont pour la plupart réalisé très peu d'épisiotomies durant leurs carrières, certaines se sont investies et engagées à ne pas réaliser d'épisiotomie très tôt dans leur carrière. Elles estiment que sa réalisation n'est pas nécessaire et déclarent préférer une lésion spontanée qui dans la majorité des cas ne nécessite pas d'être suturée. Elles n'en trouvent pas d'indications dans leur pratique en MDN car, si l'épisiotomie peut s'avérer pertinente lors d'une extraction instrumentale, cette intervention n'a pas lieu en MDN. De plus, n'objectivant pas d'anomalies du RCF, elles ne ressentent pas la nécessité de réaliser une épisiotomie pour accélérer la naissance d'un fœtus à risque d'acidose. Enfin, lorsque la situation ne respecte plus les critères de l'accouchement physiologique, elles assurent transférer les femmes rapidement. Les femmes transférées ont parfois besoin d'une aide instrumentale ou d'une épisiotomie. C'est ce qui pourrait expliquer le faible taux d'épisiotomies relevé dans nos MDN me signalent-elles.

*« On n'en a pas (paire de ciseaux), et honnêtement je me sens pas du tout stressée de me dire et si je dois en faire une je n'ai pas de ciseaux. Je me sens pas stressée de ça parce que, voilà avec l'expérience je me rends compte que quand elles sont dans des positions physiologiques, eh bien si elle est accroupie peut-être qu'il faudra juste qu'elle se relève qu'elle se remette accroupie pour que les choses bougent. Et puis franchement chez nous les femmes sentent très bien les choses. [...] Je me pose même pas la question parce que je pense que c'est loin d'être un élément sécuritaire en fait, ça fait pas partie des choses indispensables. » Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

*« J'ai fait sortir des ciseaux à épisio donc oui on en a bien sûr, on s'en sert pas, on n'en fait pas ou exceptionnellement [...] moi je dis aux femmes, pour moi c'est mutilant l'épisio donc j'en fais pas. Mais je leur dis bien, si vraiment il y a une urgence vitale pour ton bébé c'est le seul cas où je me permettrais de faire quelque chose [...] Je vais pas la transférer pour une ventouse alors que je vois la tête et qu'il faut qu'il naisse tu vois donc voilà. » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

## **Ne plus faire mais savoir et savoir-faire**

Les sages-femmes déclarent pratiquer le *hands-off/poised*, néanmoins, dans les situations d'urgence, les gestes appris, répétés puis révisés durant les temps de formation continue restent indispensables. Dans l'urgence, elles se disent rassurées de savoir repasser en *hands-on* et pouvoir mettre en œuvre des manœuvres de dégagement. Elles se mettent régulièrement à jour en matière de réanimation néonatale.

Si ces sages-femmes semblent acquérir et développer une certaine maîtrise de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement, la conscience de la responsabilité de leur accompagnement croît avec l'autonomie de leurs pratiques. Ainsi, elles précisent ne pas rien faire mais être présente et observer. Elles ont à cœur d'assurer la sécurité des couples et des nouveau-nés par leur présence à leur côté et leurs savoirs. La confiance en l'accompagnement qu'elles proposent, croît aussi avec leurs expériences, de même que la détection d'une anomalie due à un caractère inhabituel.

*« Après si on a un dégagement de tête qui m'inquiète un peu parce que je sens la dystocie des épaules derrière ou machin ça peut m'arriver de dégager. » Mailys 34 ans, SF depuis 11 ans*

*« De garder mon cerveau de profession médicale et de SF c'est ce qui fait que je suis une SF et je suis pas une doula. C'est que moi j'ai cette connaissance médicale, cette surveillance médicale, ces responsabilités qui m'incombent. » Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

## **11 À l'origine de ces pratiques**

### **11.1 Se former pour exercer en MDN**

Selon la plupart des sages-femmes interrogées, la formation initiale permet aux sages-femmes jeunes diplômées d'être à l'aise avec la pathologie, elles seraient habituées à prendre en charge et accompagner des femmes qui ont pour projet d'accoucher avec une analgésie péridurale etc... C'est aussi le constat qu'elles font de leur propre parcours, certaines regrettaient leur manque d'expérience auprès de femmes qui avaient un projet d'accouchement naturel. Ainsi, à la sortie du diplôme les sages-femmes déclarent qu'elles savaient faire et maîtriser tous les gestes techniques inhérents à la pratique du métier mais avaient plus de difficultés à laisser faire et observer.

*« J'ai une formation française j'ai appris à étirer le périnée, faire passer les épines, moucher bébé, faire la restitution surtout, soi-disant pour protéger le périnée donc après bon voilà [...] les études de SF qui m'ont plutôt appris la pathologie. » Maggy 36 ans, SF depuis 11 ans*

*« Franchement quand je suis arrivée à la MDN j'ai vraiment découvert tout un pan de la naissance qui pour moi était inexistant, je savais pas que ça pouvait se passer comme ça à ce point-là ! »*

*Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

## **11.2 L'expérience**

Selon les sages-femmes l'une des principales sources qui influence leurs pratiques c'est l'expérience. En effet, elles adaptent leur paroles, conseils, discours en fonction du retour des femmes et de leur singularité. Elles apprennent à faire confiance à leur sens clinique qu'elles ne cessent de développer, et ont confiance en ce que disent et font les femmes. Pour certaines, leur propre expérience de l'accouchement a permis de renforcer cette confiance.

*« Plus on aura vu de situations et plus on saura. » Prisca 40 ans, jeune diplômée*

*« J'ai beaucoup appris d'elles (les femmes) en fait beaucoup plus que ce que j'ai pu apprendre dans les bouquins et que ça m'a permis d'adapter mes conduites à tenir, mes interventions en fonction d'elles, de vraiment de faire du cas par cas (...) les femmes qui sont juste incroyables et qui sont une source de connaissances sans même le savoir » Maggy 36 ans, SF depuis 11 ans*

*« On apprend tous les jours en fait même vieille sage-femme je continuerai d'apprendre hein. »*

*Christiane 35 ans, SF depuis 11 ans*

## **11.3 Les discussions entre sages-femmes : échanges d'expériences**

Un autre facteur qui influence les pratiques de ces sages-femmes est la discussion et les échanges entre collègues. D'une part, lorsqu'elles se racontent leurs récits d'accouchements, cela leur permet de discuter du vécu pour la sage-femme et pour les couples, et permet de discuter l'accompagnement proposé ou envisagé et de recevoir un avis extérieur à la situation *a posteriori*. D'autre part, les sages-femmes organisent des réunions au moins hebdomadaires qui leur permettent de découvrir les différents dossiers, de vérifier l'éligibilité des couples inscrits, de réfléchir de manière collégiale à certaines situations plus singulières. Elles se nourrissent de ces transmissions entre sages-femmes.

*« Et nous on est très bonnes comme ça, c'est-à-dire que tous les récits d'accouchements pourquoi on en parle tout le temps, parce que c'est la meilleure façon pour nous toutes d'apprendre et que moi dans des situations d'urgence, je me suis rappelée effectivement ce que m'avait dit des collègues, et qui avait marché. » Morgane 40 ans, SF depuis 16 ans*

*« Vraiment l'échange, alors ça c'est un autre truc qui est génial dans une MDN c'est qu'on est libérales mais on travaille en équipe avec des gens qui pensent plus ou moins à peu près comme nous hein, mais du coup ça permet vraiment d'échanger, de revenir sur des situations, de discuter, d'apprendre aussi de situation des autres. » Clara 49 ans, SF depuis 7 ans*

*« [...] j'ai eu beaucoup de discussions avec elle (SF qui accompagnait des naissances à domicile) et d'enrichissement sur la pratique et je pense que je mets beaucoup plus d'attention à faire du hands-off depuis que j'ai fait des naissances avec elle. » Léane 34 ans, SF depuis 9 ans*

De plus, elles assistent également à des congrès, des séminaires etc. Nous avons énoncé plus haut que les enquêtées assistent fréquemment à des séances de formation continue, elles se forment également avec des sages-femmes qui ont plus d'expérience dans l'accompagnement physiologique des naissances (accouchements à domicile ou en MDN).

*« On s'est formées aussi pour faire tourner les bébés, ça marche super bien à ce que racontent les québécoises. » Morgane, 40 ans, SF depuis 16 ans*

*« J'essaye de lire des témoignages quand c'est possible, de faire des formations, là on devait avoir une formation avec Jacqueline Lavillonnaire. » Béatrice 30 ans, SF depuis 7 ans*

## **11.4 Une pratique réglementée**

Les pratiques des sages-femmes sont limitées par le cadre légal, en effet, à plusieurs reprises elles répondaient en se référant au cahier des charges. C'était notamment le cas pour les critères d'éligibilité des femmes suivies en MDN, le temps de transfert en urgence et la présence d'une sage-femme de soutien pour la naissance.

Elles paraissent bien informées des différentes recommandations françaises, de celles de l'OMS et des publications scientifiques au sujet des pratiques qu'elles proposent. C'est parfois pour répondre aux questions des femmes que les enquêtées ont recours à la littérature scientifique. De plus, elles admettent s'en saisir plus souvent lorsque celle-ci va dans le sens de ce qu'elles font ou pensent.

*« Alors il y a les données scientifiques qui sont importantes à prendre en compte, je pense que les recommandations de la HAS en 2017 sur l'accouchement physio ont fait beaucoup de bien à tout le monde, ça nous a confortées dans l'idée que ce qu'on faisait c'était bien et qu'on pouvait continuer à aller dans ce sens. » Justine 44 ans, SF depuis 20 ans*

## **11.5 Vers un accompagnement toujours plus physiologique**

Il ressort des entretiens qu'avec le temps, les sages-femmes recherchent et se dirigent vers une pratique orientée vers la physiologie. Elles interviennent de moins en moins pour être plus dans l'observation et l'écoute des femmes et des couples. Elles cultivent une confiance en la physiologie, en leur travail, en les femmes.

*« Alors bah du coup économie des gestes et laisser faire, je pense c'est la grande leçon dans les accouchements physio hein. » Francis 45 ans, SF depuis 21 ans*

*« J'ai appris à faire confiance à la physiologie je pense (rires), où je me suis rendue compte qu'en fait on avait besoin de rien et ça c'est une grosse prise de conscience hein ! De ne plus dire enfin, en fait avant moi je sortais de garde et je disais oui j'ai fait, tout le monde trouvait ça génial moi j'ai fait naître 3 bébés machin bah non en fait maintenant j'accompagne j'ai plus un rôle d'interventionniste j'ai un rôle d'accompagnant. » Magalie 31 ans, SF depuis 8 ans*

Ainsi, ces résultats révèlent des pratiques de protection périnéale communes et essentiellement fondées sur des techniques ayant fait leur preuve dans le monde scientifique, ces pratiques sont possibles par le mode de prise en charge proposé dans ces MDN.

# Quatrième partie

## Analyse des résultats et discussion

Les résultats principaux de cette étude sont que, pour protéger le périnée à l'accouchement, les sages-femmes qui exercent en MDN pratiquent le *hands-off*, elles appliquent des compresses chaudes sur le périnée lors de son ampliation, elles ne dirigent pas les efforts expulsifs et font la promotion de la mobilité jusqu'à la naissance.

### 12 Forces et limites de l'étude

Nous avons pour objectif dans cette étude de décrire les pratiques des sages-femmes des MDN françaises, nous tenions pour cela à interroger au moins une sage-femme par MDN ce qui a été le cas. Cela permet de dresser un premier tableau le plus complet possible des pratiques observables dans l'ensemble des MDN françaises.

De plus, les entretiens ont été riches et malgré la distance géographique et les moyens utilisés (webconférence, avec parfois quelques pertes de connexion) les sages-femmes ont pris le temps de bien renseigner les aspects interrogés. C'est d'ailleurs ce que promettait l'une des sages-femmes « [...] et on va toutes te faire le coup parce qu'on est passionnées, on a envie de transmettre ça » Morgane, 40 ans, SF depuis 16 ans, MDN depuis 5 ans.

Par ailleurs, les sages-femmes interrogées avaient entre 30 et 49 ans, avec une moyenne de 38 ans, n'ayant pas fait leurs études à la même époque et ayant des parcours très différents, l'expérience des unes et des autres a permis de développer des pratiques spécifiques et d'avoir des visions différentes de la profession, de son évolution et de son exercice (Annexe 7).

Les sages-femmes qui ont participé à cette étude l'ont fait volontairement, ce qui représente un biais car seules les sages-femmes les plus motivées par la question se sont manifestées auprès de nous pour répondre à nos questions.

## **13 Des pratiques possibles à l'hôpital**

### **13.1 S'entourer pour mettre au monde**

Ces sages-femmes libérales qui accompagnent les femmes durant le travail sont entièrement disponibles pour elles sur le modèle une femme/une sage-femme ou *one-to-one*. Cette disponibilité physique et mentale permet d'agir au rythme des femmes et de leurs sensations. En 2017, Bohren et al. publiaient une méta-analyse dans la Cochrane Library, qui montrait que les femmes qui disposaient d'un accompagnement continu accouchaient plus souvent par voie basse spontanée, avaient un meilleur vécu de leur accouchement et avaient moins recours à une analgésie (50). Ainsi, l'ACOG recommandait en 2017 de favoriser le soutien continu *one-to-one*, de même que le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en 2014 (51). En France, la HAS recommande également que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement (grade A) (52) mais l'organisation des soins ne le permet qu'exceptionnellement.

Il convient de rappeler que les femmes accompagnées en MDN appartiennent à un groupe dit à bas risque obstétrical. C'est un argument supplémentaire présenté par les sages-femmes pour justifier leurs pratiques peu interventionnistes et le respect des différents temps de la physiologie de l'accouchement.

### **13.2 Encourager la PNP**

Les sages-femmes proposent aux femmes et aux couples des séances de PNP individualisées. Ces séances leur permettent de s'informer sur le déroulement physiologique des événements mais également d'expliquer les signaux et les différents scénarii possibles.

La HAS recommande la PNP pour préparer les couples à la naissance et à l'accueil de leur enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes des futurs parents (53). Selon les sages-femmes interrogées, cette préparation conditionne la réussite et la satisfaction de l'accouchement et aide au début de la parentalité. Cependant, en métropole en 2016, les séances de PNP sont suivies par 77,9% des femmes primipares et seulement 33,8% des femmes multipares (17). Ceci a néanmoins progressé depuis l'enquête de 2010 qui retrouvait respectivement des taux de 74% et 28,6%.

La PNP semble bénéfique aux femmes et aux couples qui seraient mieux préparés aux différentes éventualités et donc mieux préparés à les accepter. D'après les témoignages des sages-femmes, un

travail fondamental et indispensable dans le parcours des femmes en MDN a lieu lors des séances de PNP. Ce sont des moments essentiels de transmission et d'échanges qui permettent aux femmes de s'informer et de trouver des réponses à leurs interrogations, leurs peurs, leurs appréhensions. Elles prennent connaissance des pratiques des sages-femmes et se sentiraient plus en confiance.

### **13.3 Les recommandations de la HAS confrontées à la réalité**

L'organisation de l'accueil des femmes en maternités en France ne permet actuellement pas de suivre le modèle une sage-femme pour une femme. Toutefois, afin d'assurer la sécurité des soins et de prendre en compte la douleur des patientes, des moyens sont mis en œuvre. L'enregistrement du tracé cardiotocographique (CTG) en continu pendant le travail et sa projection en dehors de la salle d'accouchement permet de pallier le manque de disponibilité des professionnels aux côtés des femmes. Le recours à l'analgésie péridurale (APD) permet entre autres de pallier l'impossibilité d'assurer un soutien continu et de recourir à des moyens non pharmacologiques qui sont plus chronophages.

L'enregistrement du tracé CTG est une technique qui peut entraver la mobilité des femmes. C'est pourquoi les sages-femmes de MDN qui pratiquent le *one-to-one* privilégient l'auscultation intermittente. Il s'agit d'écouter le RCF durant une contraction et immédiatement après, pendant au moins une minute. Cette auscultation est répétée plusieurs fois de suite en cas de changement significatif tel que par exemple la rupture spontanée des membranes, l'augmentation de l'intensité des contractions utérines, etc... Elle est accompagnée de la palpation du pouls maternel pour différencier les deux (grade C). Pendant le deuxième stade du travail, l'auscultation intermittente est proposée toutes les cinq minutes selon les modalités citées précédemment (52).

De plus, les sages-femmes accompagnent les femmes dans leur projet de naissance, ce sont des femmes qui souhaitent accoucher de manière moins technicisée et s'y sont donc préparées. Les sages-femmes proposent des moyens non pharmacologiques pour accueillir et accepter la douleur des contractions (acupuncture, shiatsu, l'immersion dans l'eau chaude, l'application de compresses chaudes sur le sacrum...). Tout cela implique de pouvoir être présente et à l'écoute des besoins des femmes. C'est dans ce contexte qu'elles mettent en place la protection du périnée, en observant les femmes, en leur proposant des postures différentes, en appliquant des compresses chaudes sur le périnée, en encourageant les femmes à prendre le temps de laisser progresser la tête fœtale sans pousser, en accompagnant et en rassurant les femmes dans leurs sensations.

Par ailleurs, il émerge des entretiens qu'en tant que sage-femme il peut être difficile de se défaire de certaines pratiques comme par exemple : indiquer la position d'accouchement, tenter d'assouplir les tissus périnéaux manuellement ou de réaliser une épisiotomie.

Finalement, dans une maternité classique, il peut être envisageable, lorsque la gestion du service le permet, de proposer d'appliquer des compresses chaudes sur le périnée à l'expulsion (35) et d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables lors du second stade du travail (AE) (44).

## **14 Les sensations douloureuses pendant le travail**

### ***14.1 Le rôle protecteur de la douleur***

Les femmes accompagnées en MDN ressentent les contractions. Les sages-femmes aménagent les chambres de naissance et adaptent leurs pratiques afin d'éviter toute autre stimulus qui serait désagréable ou douloureux pour la femme. Par exemple, le nombre de touchers vaginaux est très limité pendant le travail, 54% des femmes ayant accouché en MDN en 2018 n'avaient eu qu'un seul ou aucun toucher vaginal (7).

À plusieurs reprises les enquêtées ont expliqué que les manœuvres qu'elles avaient l'habitude de réaliser à l'hôpital ne sont plus envisageables avec les femmes qu'elles accompagnent en MDN, cela engendrerait une forte douleur que les femmes manifesteraient plus vivement et vigoureusement. Il s'agit par exemple de tester l'élasticité du périnée avec l'index durant le second stade du travail.

Maïtie Trélaün est une sage-femme qui a pratiqué durant plusieurs années l'accompagnement global à la naissance et des accouchements à domicile. Dans son ouvrage *J'accouche bientôt. Que faire de la douleur ?* elle cite le Dr Brand qui a étudié l'utilité de la douleur physique. Selon lui, « la douleur est un mécanisme biologique prévu pour nous avertir et nous protéger des dégâts infligés à l'organisme. [...] C'est cette sensation pénible qui alerte l'ensemble de l'organisme et le pousse à agir » (54) (page 24). L'auteure évoque l'utilité informative de la douleur, elle nous préviendrait dès lors des atteintes à l'intégrité corporelle (54).

Il semble intéressant de se demander si certaines manœuvres réalisées lorsque les femmes sont sous anesthésie, qui ne sont donc pas ressenties douloureuses, peuvent être délétères et porter atteinte à l'intégrité périnéale. Sous APD, certains actes seraient certainement évités si la femme les ressentait et ces gestes pourraient donc être délétères. Le corollaire de cela serait que les femmes « dans leurs sensations » adopteraient des comportements protecteurs de l'intégrité corporelle.

## **14.2 S'adapter à la douleur des contractions utérines**

Dans son ouvrage, Ina May Gaskin évoque le besoin d'intimité. Selon elle, pour permettre un travail efficace, il faut : un lieu confortable et une lumière tamisée. Cette ambiance doit réguler les processus hormonaux (55). De plus, Maïtie Trélaïn explique qu'un climat de sécurité et de confiance, pendant le travail, entraîne la femme dans un cercle vertueux : la sécrétion d'ocytocine entraîne une sécrétion d'endorphines. Ces dernières vont à leur tour permettre à la femme de se détendre et de « lâcher-prise » (54) (page 45). Ce cercle vertueux est inhibé par la sécrétion des hormones du stress qui inhibent la sécrétion d'ocytocine et vont finalement modifier la perception de la douleur (54).

Dans les MDN, les sages-femmes et les couples tentent de recréer un climat d'intimité au sein des chambres de naissance, et les femmes ont accès à divers moyens pour soulager leur douleur (immersion dans un bain chaud, massages et point d'acupression, soutien et accompagnement...).

En France, 82,6% des femmes ont recours à une APD (17). Elle apparaît comme le meilleur moyen pour soulager la douleur durant le travail (52). Cependant, les femmes qui bénéficient de l'APD ne sont souvent plus en mesure de se déplacer ni de se mobiliser sans aide car les sensations sont également réduites.

## **15 Autonomie des sages-femmes**

### **15.1 Accompagnement global : avantages et contraintes**

La notion d'accompagnement global à la naissance « signifie que le suivi de grossesse, de l'accouchement et de l'après naissance est fait par une seule et même personne : une sage-femme référente pour donc un couple de futurs parents ». Il s'agit avant tout d'un accompagnement à la naissance personnalisé et d'une approche globale dans la prise en charge (14). La HAS recommande que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne (11). Ce mode de suivi est proposé par les sages-femmes de MDN.

D'un point de vue médical, l'accompagnement global permet d'offrir une prise en charge adaptée. Les sages-femmes connaissent mieux les femmes et leurs demandes ou projets de naissance, la confiance réciproque installée au cours du suivi de grossesse permet aux femmes d'exprimer librement ce qu'elles ressentent et ce qu'elles traversent d'une part, d'autre part elle permet aux sages-femmes d'obtenir des informations pour adapter le suivi. D'après les sages-femmes

interrogées, cette relation qui s'établit avec les couples permet ensuite aux femmes gagner de confiance en elles et en leurs capacités.

Les sages-femmes interrogées se disent disponibles, à la fois physiquement car elles sont désormais plus présentes aux côtés des femmes qu'elles accompagnent durant le travail mais également mentalement car elles n'ont pas d'autres activités médicales (autres patientes, gestion administrative...) au même moment.

En questionnant les raisons qui les ont amenées à travailler en MDN, toutes les sages-femmes ont mentionné le fait de vouloir prendre plus de temps avec les couples et le souhait d'accompagner les naissances de manière physiologique. Elles veulent développer cet aspect du métier. Certaines ont évoqué la possibilité de poursuivre le suivi à plus long terme, ce qui leur permet d'ajuster leurs pratiques et d'enrichir leur expérience.

D'un point de vue logistique, les sages-femmes libérales ont souvent évoqué la manière dont elles géraient leur planning pour que les femmes aient une sage-femme disponible dès leur entrée en travail. Une répartition en binôme ou trinôme leur permet de ne pas être d'astreinte 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Néanmoins, le système d'astreinte reste contraignant et nécessite de rester à proximité de la MDN. Cela implique la programmation d'activités que l'on peut facilement annuler si une femme se mettait en travail.

Mais malgré le caractère contraignant de leur mode d'exercice, les sages-femmes ont toutes tenu un discours enthousiaste et qui défendait leurs pratiques. Elles se disent passionnées par leur mode d'exercice et trouvent que c'est dans cela que la profession prend ou retrouve le plus son sens.

## **15.2 Autonomie et responsabilité**

*« On est quand même les garantes de la physiologie » Béatrice*

Les enquêtées ont souvent eu une grande autonomie dans leur pratique, c'est essentiellement le cas de celles qui avaient travaillé dans des petites structures. De même, elles sont nombreuses à s'être formées à l'étranger durant leurs études ou après, pour développer une approche plus physiologique de la naissance. De la même manière, elles accueillent des sages-femmes étrangères plus expérimentées sur la physiologie lors de journées de formation au sein des MDN.

Certaines sages-femmes ont changé de regard sur la profession de sage-femme, d'autres ont toujours eu une vision de la sage-femme d'accompagnement global voire ont fait leurs études dans ce but. Elles souhaitent que la formation soit plus orientée vers la physiologie. Ainsi les sages-femmes jeunes et moins jeunes seraient en capacité d'accompagner sans trop d'appréhension des

naissances moins technicisées. En réponse aux demandes des femmes, des filières physiologiques ont ouvert leurs portes, de nouvelles MDN devraient voir le jour et les femmes peuvent choisir d'accoucher en plateau technique ou à domicile. Il paraît légitime de souhaiter que la formation des sages-femmes, prenne en compte ces évolutions. Les sages-femmes de MDN sont volontaires pour accueillir les étudiantes sages-femmes et mettent l'accent sur l'importance de la transmission de leur savoir-faire aux générations futures.

Les sages-femmes exerçant en MDN ont un statut libéral. Toutefois, elles ont l'opportunité de travailler au sein d'une équipe du fait de l'organisation de la MDN. Elles organisent et participent à des réunions professionnelles, pluridisciplinaires, et d'autres avec les familles. C'est une richesse, déclaraient certaines sages-femmes, qui disaient profiter de leur autonomie.

Quelques sages-femmes ont souligné le fait que cette autonomie augmentait avec la conscience de la responsabilité qui leur incombe. Même si elles peuvent demander l'avis de collègues voire celui des médecins de la maternité partenaire, chaque décision leur revient mettant en jeu la vie d'une femme et de son enfant. Pour maintenir le haut niveau médical de leurs pratiques, les sages-femmes effectuent des formations et des mises à jour régulièrement. Ainsi, à la formation continue classiquement suivie par les sages-femmes, elles ajoutent des formations plus spécifiques à l'accompagnement de la physiologie auprès de professionnels plus expérimentés.

### ***15.3 L'autonomie limitée à la physiologie***

Durant l'expérimentation, les sages-femmes ont prouvé que leurs pratiques respectaient le cadre légal et réglementaire. Elles doivent se conformer aux critères de la HAS, au cahier des charges puis aux accords avec les maternités partenaires. Les critères d'éligibilité ont été respectés dans plus de 99% des cas en 2018, les transferts comme vu plus haut se font très rapidement et les soins de salutogénèse sont assurés. Ce sont des soins qui ont pour objectif de renforcer la santé et de limiter les interventions et leur iatrogénie associée (7). L'étude citée précédemment à partir des résultats de l'ENP de 2010 s'intéressait aux femmes à bas risque et parmi elles, 10% avaient accouché par césarienne, 15% à l'aide d'une extraction instrumentale et 20% avaient eu une épisiotomie (13). Chez les femmes qui avaient planifié d'accoucher en MDN, ces taux étaient respectivement de 3%, 6,5% et 3,3% (7). La mise en œuvre du concept de salutogénèse semble favorable pour les femmes suivies en MDN qui présenteraient de meilleures issues obstétricales que les femmes à bas risque accouchant en maternité classique.

Le respect du cadre légal et réglementaire démontre l'intérêt des sages-femmes exerçant en MDN pour la sécurité des femmes et des nouveau-nés comme elles l'ont déclaré durant les entretiens. Les sages-femmes considèrent ce cadre est nécessaire.

Toutefois, quelques sages-femmes regrettent certaines limites imposées par la loi et par les accords avec leur maternité partenaire. Certaines souhaiteraient élargir les critères de bas risque en s'adaptant aux situations physiologiques. Par exemple, elles sont limitées à accueillir des nouveau-nés dont le poids de naissance est inférieur à 4 000g, elles souhaiteraient que certaines caractéristiques soient prises en compte comme la taille des parents et souhaiteraient favoriser le recours à des courbes personnalisées pour évaluer les risques liés à la macrosomie à la naissance. D'autres critères cités étaient l'aide médicale à la procréation et le suivi de grossesse pour terme dépassé. Les critères d'éligibilité pourraient donc être plus larges selon elles, sur le modèle des MDN à l'étranger qui ont fait leur preuve, d'autant plus que les MDN françaises sont attendantes donc en cas d'identification de situations à risque pour la femme ou l'enfant le transfert est rapide.

C'est d'ailleurs l'une des explications du faible taux d'épisiotomie proposée par certaines, en effet, la capacité de pouvoir décider rapidement de transférer permettrait d'éviter un certain nombre d'épisiotomie. À l'étranger, dans certains cas les MDN ne sont pas rattachées à une structure hospitalière (c'est le cas des FMUs), le geste apparaît alors comme une réponse rapide et efficace lorsqu'il n'est plus temps de se déplacer et qu'il faut accélérer la naissance.

Les sages-femmes interrogées soutiennent le fait qu'il n'y a pas d'indication à réaliser des épisiotomies en MDN. Le taux d'épisiotomies chez les femmes ayant été transférées est effectivement plus élevé que celui des femmes ayant accouché en MDN. Cela pourrait s'expliquer, d'une part, par la nécessité d'une extraction instrumentale (33% chez les femmes transférées) (7). Cet acte, qui pourrait entraîner la réalisation d'une épisiotomie, n'est pas réalisé en MDN. D'autre part, les femmes transférées étaient majoritairement des primipares (86%). Or, l'ENP de 2016 montrait que 35% des primipares avaient eu une épisiotomie alors que ce taux s'élevait à 9,8% chez les multipares (17).

## **16 Validation des hypothèses**

Notre première hypothèse concernant les pratiques de protection périnéale en pré et per partum est validée. En effet, les sages-femmes préconisent ou font appel à des méthodes diversifiées dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée (le massage périnéal durant la grossesse, l'application de compresses chaudes, l'accouchement par voie basse spontanée). De plus, leurs pratiques n'ont

pas uniquement pour objectif de protéger le périnée, il s'agit tout d'abord de soulager les femmes comme c'est le cas lors du recours à l'eau chaude.

Notre seconde hypothèse qui supposait des techniques de *hands-off* propres aux sages-femmes françaises est en partie validée. Rares sont les sages-femmes qui décrivent le *hands-off* complet tel qu'il est décrit dans la littérature scientifique. Elles pratiquent majoritairement le *hands-poised* à l'aide de compresses ou de gants chauds et humides qu'elles préparent presque systématiquement. Soit, elles les appliquent sur le périnée, soit elles se tiennent prêtes à le faire.

Notre troisième hypothèse est validée, les sages-femmes interrogées ne pratiquent pas le *hands-on* mais elles pratiquent le *hands-off* et plus largement le *hands-poised* en fonction notamment de la rapidité de la naissance, de l'accès au périnée, et du souhait des femmes.

# Conclusion

Pour conclure, la demande croissante d'une prise en charge spécialisée et plus tournée vers la physiologie trouve des réponses dans les différents modes d'accompagnement à la naissance : filières physiologiques, plateaux techniques, accouchements à domicile et accouchements en MDN. Ces dernières existent depuis plusieurs décennies à l'étranger. Plus récentes en France elles ont néanmoins montré un haut niveau de qualité et de sécurité des soins. Les sages-femmes de MDN proposent un accompagnement global et assurent des séances de PNP durant lesquelles elles transmettent, échangent et préparent les couples à la naissance et à (re)devenir parents. Les femmes accompagnées en MDN sont sélectionnées suivant des critères stricts dits de bas risque.

Les pratiques des sages-femmes concernant la protection périnéale semblent différentes de ce qui est proposé en maternité classique. Ces pratiques semblent être le *hands-off/poised* avec l'application de compresses chaudes sur le périnée lors de l'expulsion, la poussée spontanée et le moindre recours à l'épisiotomie. Mais plus largement, la préparation à l'accouchement, le climat de sécurité qui règne durant la naissance, la possibilité pour la femme de bouger spontanément et de ressentir l'arrivée de son enfant contribueraient aussi à favoriser la protection périnéale. Les sages-femmes interrogées ont exprimé leur souhait de transmettre leurs pratiques, ce que ce mémoire contribue, nous l'espérons, à faire.

Dans la mesure où les pratiques françaises semblent différentes de celles rapportées dans la littérature internationale, il paraît pertinent de poursuivre leur étude afin de compléter et d'enrichir les données actuellement disponibles, par des approches quantitatives et qualitatives, conduites auprès des décideurs, des professionnels, des femmes et des couples.

# Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. CONSTITUTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ [Internet]. Sect. Introduction juill 22, 1946 p. 1/18. Disponible sur: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
2. Fenner DE, Genberg B, Brahma P, Marek L, DeLancey JOL. Fecal and urinary incontinence after vaginal delivery with anal sphincter disruption in an obstetrics unit in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2003;189(6):1543-9.
3. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 avr 2008;137(2):152-6.
4. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 30 avr 2013;(4):CD005123.
5. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, et al. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 sept 2019;240:93-8.
6. Schantz C. Quelles interventions au cours de la grossesse diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):922-7.
7. Chantry A, Sauvegrain P, Roelens I, Guiguet-Auclair C, Goyet S, Vendittelli F. Rapport d'étude sur la qualité des soins prodigués en maisons de naissance. Analyse des données 2018 par le groupe de recherche sur les maisons de naissance. 2019 p. 60.
8. Vision Mission & Values | midwiferyunitnetwork.org [Internet]. [cité 4 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.midwiferyunitnetwork.org/vision-mission-values/>
9. Rayment J, Rocca-Ihenacho L, Newburn M, Thaelts E, Batinelli L, Mcourt C. The development of midwifery unit standards for Europe. *Midwifery*. juill 2020;86:102661.
10. Scarf VL, Rossiter C, Vedam S, Dahlen HG, Ellwood D, Forster D, et al. Maternal and perinatal outcomes by planned place of birth among women with low-risk pregnancies in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*. juill 2018;62:240-55.
11. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007 mai [cité 6 avr 2022] p. 147. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/suivi\\_et\\_orientation\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_en\\_fonction\\_des\\_situations\\_a\\_risque\\_identifiees\\_-\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/suivi_et_orientation_des_femmes_enceintes_en_fonction_des_situations_a_risque_identifiees_-_argumentaire.pdf)
12. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges relatif à l'expérimentation des maisons de naissance [Internet]. 2014 [cité 6 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier\\_charges\\_maisons\\_naissance\\_230914.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/cahier_charges_maisons_naissance_230914.pdf)
13. Coulm B, Blondel B, Vilain A, Rey S. Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 7 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/grossesses-a-bas-risque-interventions-obstetricales-selon-les-caracteristiques>

14. L'Accompagnement Global à la Naissance (AGN) en maison de naissance [Internet]. [cité 6 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.mdncalm.org/laccompagnement-global-a-la-naissance-agn/>
15. Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, et al. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*. 23 nov 2011;343:d7400.
16. Laws PJ, Tracy SK, Sullivan EA. Perinatal Outcomes of Women Intending to Give Birth in Birth Centers in Australia. *Birth*. 2010;37(1):28-36.
17. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, et al. Enquête nationale périnatale-Rapport 2016-Situation et évolution des naissances et des établissements depuis 2010 [Internet]. France métropolitaine; 2017 oct. Disponible sur: [http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf)
18. Ducarme G, Pizzoferrato AC, de Tayrac R, Schantz C, Thubert T, Le Ray C, et al. Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. sept 2019;48(7):455-60.
19. Thubert T, Cardaillac C, Fritel X, Winer N, Dochez V. Définitions, épidémiologie et facteurs de risque des lésions périnéales du 3e et 4e degrés. *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):913-21.
21. Fritel X, Gachon B, Desseuve D, Thubert T. Incontinence anale et lésions obstétricales du sphincter anal, épidémiologie et prévention. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 avr 2018;46(4):419-26.
22. Maillet R, Martin A, Riethmuller D. Collège national des gynécologues et obstétriciens français - Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? [Internet]. Vol. Tome XXVIII. 2004 [cité 3 avr 2022]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_livres/2004\\_Go\\_021\\_maillet.pdf](http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_maillet.pdf)
23. Marty N, Verspyck E. Déchirures périnéales obstétricales et épisiotomie : aspects techniques. *RPC prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 déc 2018;46(12):948-67.
24. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 avr 2012;41(2):151-66.
25. Episiotomie : recommandations du CNGOF pour la pratique clinique (decembre 2005). *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mars 2006;34(3):275-9.
26. Chuilon AL, Le Ray C, Prunet C, Blondel B. L'épisiotomie en France en 2010 : variations des pratiques selon le contexte obstétrical et le lieu d'accouchement. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 sept 2016;45(7):691-700.
27. Masson E. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? *RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF [Internet]. EM-Consulte*. [cité 19 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1263545/quelles-interventions-au-cours-du-degagement-dimin>
28. Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—A prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 avr 2008;137(2):152-6.

29. Woodley SJ, Lawrenson P, Boyle R, Cody JD, Mørkved S, Kernohan A, et al. Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 7 mai 2020;2020(5):CD007471.
30. Thom DH, Rortveit G. Prevalence of postpartum urinary incontinence: a systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2010;89(12):1511-22.
31. Hage-Fransen MAH, Wiezer M, Otto A, Wieffer-Platvoet MS, Slotman MH, Nijhuis-van der Sanden MWG, et al. Pregnancy- and obstetric-related risk factors for urinary incontinence, fecal incontinence, or pelvic organ prolapse later in life: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* 2021;100(3):373-82.
32. Brito LGO, Ferreira CHJ, Duarte G, Nogueira AA, Marcolin AC. Antepartum use of Epi-No birth trainer for preventing perineal trauma: systematic review. *Int Urogynecol J.* 1 oct 2015;26(10):1429-36.
33. Kamisan Atan I, Shek K, Langer S, Guzman Rojas R, Caudwell-Hall J, Daly J, et al. Does the Epi-No® birth trainer prevent vaginal birth-related pelvic floor trauma? A multicentre prospective randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2016;123(6):995-1003.
34. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2017 [cité 20 mars 2022];(6). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.u-paris.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub3/full>
35. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [cité 20 mars 2022]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK513809/>
36. Rocha BD da, Zamberlan C, Pivetta HMF, Santos BZ, Antunes BS. Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Rev esc enferm USP [Internet].* 14 sept 2020 [cité 20 mars 2022];54. Disponible sur: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/ftGqgMsj3xwJXG778pQDHZc/?lang=en>
37. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 25 mai 2017;5:CD002006.
38. Brancato RM, Church S, Stone PW. A Meta-Analysis of Passive Descent Versus Immediate Pushing in Nulliparous Women With Epidural Analgesia in the Second Stage of Labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 1 janv 2008;37(1):4-12.
39. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 26 mars 2017;3:CD009124.
40. Sigurdardottir T, Steingrimsdottir T, Geirsson RT, Halldorsson TI, Aspelund T, Bø K. Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence?: An assessor-blinded randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* mars 2020;222(3):247.e1-247.e8.
41. 2015 CNGOF\_RPC : Post-partum | Gynerisq [Internet]. [cité 20 mars 2022]. Disponible sur: [http://gynerisq.fr/bibliotheque\\_docs/2015-cngof\\_rpc-post-partum/](http://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/2015-cngof_rpc-post-partum/)
42. Huang J, Lu H, Zang Y, Ren L, Li C, Wang J. The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery.* août 2020;87:102712.

43. Pierce-Williams RAM, Saccone G, Berghella V. Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 3 juin 2019;1-9.
44. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales - ARGUMENTAIRE [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 18 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)
45. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2018 [cité 22 mars 2022];(5). Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.u-paris.fr/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full>
46. Eckert K, Turnbull D, MacLennan A. Immersion in Water in the First Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth.* 2001;28(2):84-93.
47. Benfield RD, Hortobágyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper MM, Newton ER. The Effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Biological Research For Nursing.* 1 juill 2010;12(1):28-36.
48. da Silva FMB, de Oliveira SMJV, Nobre MRC. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery.* 1 juin 2009;25(3):286-94.
49. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)
50. Continuous support for women during childbirth - PubMed [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28681500/>
51. Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#latent-first-stage-of-labour>
52. Karine P. Accouchement normal: accompagnement de la physiologie et interventions médicales Recommandation de bonne pratique [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales)
53. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 avr 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite)
54. Trélaün M. J'accouche bientôt: que faire de la douleur ? 2e éd. revue et augmentée. Gap: Éd. le Souffle d'or; 2012. 230 p. (Naître & grandir).
55. Gaskin IM, Bernet-Rollande C. Le guide de la naissance naturelle: retrouver le pouvoir de son corps. Paris: Mama éd; 2012. 323/496 p. (Naissances).

# Annexes

## Annexe 1 : Types de suivi et structures recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Période préconceptionnelle ou 1 <sup>re</sup> consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
<b>Âge</b> (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1	Unité d'obstétrique si facteur isolé
<b>Poids</b> (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m <sup>2</sup> et supérieur ou égal à 40 kg/m <sup>2</sup> pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
<b>Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle</b> (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
<b>Risque professionnel</b> (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
<b>Antécédents familiaux</b> - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 <sup>er</sup> degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
<b>TOXIQUES</b>		
<b>Sevrage alcoolique</b>	A1	À adapter en fonction des conséquences
<b>Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel</b> (exposition avérée)	A2	À adapter
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES</b>		
<b>Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux</b>		
<b>Traumatisme du bassin ou du rachis</b> (fracture déplacée)	A2	À adapter
<b>Chirurgies, pathologies cardiaques</b> (avec retentissement hémodynamique) dont <b>Marfan, Ehlers-Danlos et autres</b>	B	À adapter
<b>Pathologie rétinienne</b> (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
<b>Hémorragie cérébrale, anévrisme</b>	B	À adapter
<b>Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques</b>		
<b>Usage de drogues illicites</b> (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) <b>et substituts</b> (méthadone) <b>et sevrage</b>	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
<b>Hypertension artérielle</b>	B	À adapter
<b>Diabète</b>	B	À adapter
<b>Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire</b>	B	À adapter
<b>- Affections thyroïdiennes équilibrées</b> (selon la pathologie) <b>hors maladie de Basedow</b>	A1	Unité d'obstétrique
<b>- Maladie de Basedow</b>	B	À adapter
<b>Épilepsie traitée ou non traitée</b>	A2 précoce	À adapter
<b>- Asthme ou pathologie pulmonaire</b> (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
<b>- Asthme modéré, ancien, contrôlé</b>	A	Unité d'obstétrique
<b>Maladies inflammatoires digestives</b> (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter
<b>Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :</b> <b>- mère homozygote</b>	B	À adapter
<b>- mère hétérozygote</b>	A2	Unité d'obstétrique
<b>Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun</b>	B	À adapter
<b>Maladies de système et maladies rares</b> (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
<b>- Néphropathie</b>	B	À adapter
<b>- Uropathie</b>	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
<b>Affection hépatique</b> (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
<b>Chimiothérapie et radiothérapie</b>	A2	Unité d'obstétrique
<b>Maladies psychiatriques sévères</b> (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : <b>schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères</b>	A2 précoce	À adapter

<b>Maladies infectieuses</b>		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES</b>		
<b>Pathologies utéro-vaginales</b>		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter
<b>Chirurgie cervico-utérine</b>		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE</b>		
<b>Antécédents médicaux</b>		
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
<b>Antécédents obstétricaux</b>		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
<b>Fausse couches répétées au cours du 1<sup>er</sup> trimestre :</b>		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
- avec étiologie SAPL	B	À adapter en fonction de la récurrence
<b>Fausse couches tardives au cours du 2<sup>e</sup> trimestre</b>	B	
<b>Accouchement prématuré</b>	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) ( plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 <sup>e</sup> percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B	À adapter
<b>Antécédents liés à l'enfant à la naissance</b>		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
<b>Antécédents liés à l'accouchement précédent</b>		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

**Durant la grossesse (de la 2<sup>e</sup> à la 7<sup>e</sup> consultation - du 4<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> mois)**

Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
<b>TOXIQUES</b>		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
<b>FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX</b>		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
- au 1 <sup>er</sup> trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
<b>MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES</b>		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie foetale
Rubéole	B	À adapter si pathologie foetale
Infection à cytomégalo virus	B	À adapter si pathologie foetale
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	À adapter si survenue durant 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse
Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie foetale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie foetale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-foetales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
<b>FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX</b>		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
<b>FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES</b>		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter

Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter
Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
<b>FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX</b>		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prœvia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

### Consultation du 9<sup>e</sup> mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX</b>		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

## Annexe 2 : Critères d'éligibilité des femmes suivies en maisons de naissance (cahier des charges - HAS)

Les critères d'éligibilité seront évalués à la fin de l'expérimentation.

Les femmes suivies en maisons de naissance sont des femmes à bas risque pour la grossesse et l'accouchement qui souhaitent accoucher dans ce type de structure.

Une grossesse à bas risque est une grossesse qui ne présente pas de situations à risques *a priori* telles que définies dans la recommandation de bonne pratique de la HAS (septembre 2007) « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (cf. annexe 3).

Les femmes doivent avoir été informées des critères d'éligibilité pour accoucher en maison de naissance, du suivi de la grossesse en maison de naissance (nombre de consultations, honoraires, etc.), des modalités d'accouchement, de la prise en charge de la femme en *post-partum* (et notamment l'absence d'hébergement), de la prise en charge et du suivi du nouveau-né, des modalités de transfert de la femme avec la maternité partenaire dans le cas où surviendrait une complication en *pré*, *per* ou *post-partum* ainsi que des modalités de transferts du nouveau-né et des modalités de retour à domicile. Ces éléments doivent être mentionnés dans le document d'information remis à la femme (cf. 2.7 du présent cahier des charges).

Il est préférable de s'inscrire dans une maison de naissance en début de grossesse avec un délai maximal d'inscription en maison de naissance de 28 semaines d'aménorrhée.

Compte tenu du retour à domicile précoce, la patiente doit obligatoirement bénéficier d'un environnement permettant un accompagnement et un soutien.

### Annexe 3 : Gradation des recommandations - échelle proposée par la HAS

Gradation des recommandations	
Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p><b>Niveau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li><li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li></ul>	<p><b>A</b></p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p><b>Niveau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li><li>• Études comparatives non randomisées bien menées</li><li>• Études de cohorte</li></ul>	<p><b>B</b></p> <p>Présomption scientifique</p>
<p><b>Niveau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Études cas-témoins</li></ul>	
<p><b>Niveau 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Études comparatives comportant des biais importants</li><li>• Études rétrospectives</li><li>• Séries de cas</li></ul>	<p><b>C</b></p> <p>Faible niveau de preuve</p>

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture.

## Annexe 4 : Grille d'entretien finale

### Caractéristiques générales

#### Caractéristiques socio-professionnelles

*La sage-femme se présente librement.  
Compléter en demandant les infos manquantes.*

- parcours professionnel depuis le BAC :
- travail à l'hôpital, si oui combien de temps, dans quel(s) service(s) ?
- le nom de la MDN et nb de sage-femme :
- formations et diplômes :

### L'accompagnement des femmes durant la grossesse

Que proposez-vous aux femmes que vous accompagnez pendant la grossesse pour prévenir des lésions du périnée à l'accouchement ?

- Selon la réponse, demander ce qu'elle pense du massage périnéal, *pensez-vous qu'il est recommandé par les sociétés savantes ?*
- Décrivez-vous une technique particulière ?
- À quelle fréquence le recommandez-vous ? et avec quel produit ?
- Formulez-vous ces propositions systématiquement ou selon les femmes ?
- Enfin est-ce une demande que les femmes vous font souvent ou est-ce un sujet que vous abordez, vous ?
- Jusqu'à quel moment recommander le massage du périnée ?

### Pendant le travail

- Quel matériel est dans la salle durant le travail ? *ballon, liane, piscine...*
- Qu'est-ce qui est sinon à votre disposition immédiate **et/ou plus loin** ? *ex : kit d'urgence*

### Votre pratique lors de l'accouchement

- Quel matériel préparez-vous pour l'accouchement ?  
Et s'il y a éventuellement besoin de faire une épisiotomie, où sont placés les ciseaux au moment de l'accouchement ?  
Sont-ils ouverts ?  
Sont-ils posés sur une table de manière visible ou invisible pour les yeux des femmes ?
- Comment décririez-vous l'atmosphère durant l'accouchement ?  
La communication est simple ou bien elles sont plutôt comme dans une bulle ?
- Proposez-vous aux femmes de pousser ?  
Pourquoi ?  
Si oui, quel type de poussée et à quel moment ?
- Pour la phase d'expulsion précisément, préparez-vous d'autres choses : compresses chaudes, bassine d'eau chaude ? huile ? paraffine ? huile de massage ? huiles essentielles dans l'eau du bain ?
- De manière générale, pratiquez-vous plutôt le hands-on ou le hands-off au moment de la descente du mobile fœtal dans la filière ?

### Concernant la phase d'expulsion :

- Pouvez-vous me décrire ce que vous faites pour accompagner cette phase très précisément ?  
(Quelle que soit la technique et selon la phase exacte)
- Quelle est finalement votre technique de hands-off ? ou de hands-on ?

#### *Questions de relance :*

- *Hands-on ou hands-off au moment du petit couronnement*
- *Hands-on ou hands-off au moment du grand couronnement*
- *Test de l'élasticité du périnée en passant le doigt entre les grandes lèvres et la tête ?*

- Flexion de la tête ? parfois/ toujours / jamais ?
  - Accompagnement des épaules dans certaines situations ?
  - Que faites-vous quand vous voyez blanchir la peau du périnée ?
  - Que faites-vous quand vous voyez que la peau du périnée se déchire ?
  - Au total, en résumé faites-vous un vrai hands-off ? ou un hands-off aménagé avec le périnée touché de temps à autre (ne serait-ce que pour se rassurer ou vérifier)
- Pratiquez-vous la manœuvre de mouchage du périnée ? parfois/ toujours / jamais ?
  - Considérez-vous qu'il s'agisse d'un « vrai hands-off » comme le décrivent vos collègues anglo-saxonnes ou d'un hands-off aménagé « à la française » ?
  - Avez-vous toujours la même attitude quelle que soit la position adoptée par la femme ? si non, comment vous adaptez-vous ?
    - sur le côté ?
    - à 4 pattes ?
    - debout, accroupie, assis ?
    - allongée sur le dos ?
    - et en cas d'accouchement dans l'eau ?
  - Avez-vous toujours la même attitude quelle que soit la variété de présentation ?
- Est-ce que certaines variétés de présentation vous incitent à proposer une position plus qu'une autre ou influencent votre pratique lors de l'expulsion (hands-on, contrôler la vitesse de sortie) ?*

### **Concernant l'accouchement dans l'eau :**

- Est-ce que vous pratiquez personnellement beaucoup d'accouchement dans l'eau ?
- Quels avantages y trouvez-vous pour la protection du périnée ?
- Quelle(s) source(s) ?
- Observations cliniques ?
- Discussions entre collègues ?
- Recommandations de sociétés savantes ?
- Quelles positions prennent les femmes qui accouchent dans l'eau et que faites-vous ?

### **Retour au cas général :**

- Quelles positions sont le plus souvent prises par les femmes ?
- Avec votre expérience, selon vous, quelle position permet la meilleure protection du périnée (ou positions) ? Pourquoi ?
- Concernant l'épisiotomie, l'avez-vous déjà pratiquée en MDN et si oui à quelle fréquence ? Et dans quelles indications la pratiquez-vous ?
- Comment expliqueriez-vous que le taux d'épisiotomies en MDN françaises est 2 à 3 fois inférieur au taux d'épisiotomies réalisées en MDN à l'étranger (Angleterre et Australie) ?
- Par rapport aux accouchements que vous avez pu réaliser en milieu hospitalier ou l'idée que vous vous en faites, en quoi votre pratique de la protection du périnée en MDN pendant la phase d'expulsion se différencie-t-elle ?
- Pourquoi une telle pratique peut sembler difficile à mettre en œuvre à l'hôpital ? *Vous sentez-vous plus libre, plus autonome en MDN ?*
- Concernant le rôle de la sage-femme d'appui, à quel moment sa présence est le plus requis et pourquoi ? Vous inspirez-vous de recommandations internationales ? *Par ex : est-ce elle qui apporte les ciseaux pour une éventuelle épiso ? Est-ce elle qui décide de les préparer ?*

} selon le temps restant

### **Questions plus générales**

- Y a-t-il des critères qui influenceraient votre pratique : la parité, un antécédent d'épisiotomie ou de déchirure sévère, un contexte particulier ? périnée dit friable ? surpoids ou obésité ? un bébé estimé menu ou le contraire ?
- S'il y a une urgence à l'accouchement et que vous décidez de transférer la femme, quel est votre temps de transfert ?

## L'évolution de votre pratique

- Comment décririez-vous l'évolution de votre pratique à l'accouchement depuis votre diplôme ?
- Qu'est-ce qui influence le plus votre pratique ? *expérience clinique*, les données de différentes études ou autres (*comme bilan avec des collègues ou faire des accouchements à l'étranger*) ?

### **Questions à poser si la sage-femme est concernée\* :**

- \*Depuis votre séjour à l'étranger, qu'avez-vous modifié dans votre pratique ?
- \*Votre formation en ... a-t-elle influencé votre pratique (suivi du travail et accouchement) ?

## Choisir de travailler en MDN

- Enfin, depuis quand travaillez-vous en MDN et qu'est-ce qui vous y a amenée ?
- Durant vos études, aviez-vous eu la possibilité d'effectuer des accouchements en type 1, 2 et 3 ?  
*Aviez-vous à ce moment une attirance pour les petites structures, l'accompagnement de grossesse à moindre risque ?*

## Caractéristiques personnelles

- Année de naissance :
- Année du diplôme de sage-femme :

**Annexe 5 : Répartition prévue des entretiens en fonction du nombre d'accouchements en réalisés 2018 dans chaque MDN**

Maison de naissance	Nombre d'accouchements réalisés en 2018	Nombre d'entretiens envisagé	Nombre d'entretiens réalisés
Le Calm à Paris	112	3	3
Le temps de naître en Guadeloupe	59	1	2
Manao à la Réunion	44	1	1
Doumaïa à Castres	31	1	1
Pham à Bourgoin Jallieu	65	2	2
Manala à Sélestat	84	2	2
La Maison à Grenoble	73	2	1
Un nid pour naître à Nancy	38	2	1

## **Annexe 6 : Liste des enquêtées**

Morgane : 40 ans, sage-femme depuis 16 ans, 5 ans en MDN

Léane : 34 ans, sage-femme depuis 9 ans, 3 ans en MDN

Béatrice : 30 ans, sage-femme depuis 7 ans, 2 ans en MDN

Clara : 49 ans, sage-femme depuis 7 ans, 6 ans en MDN

Léa : 31 ans, sage-femme depuis 7 ans, 4 ans en MDN

Mailys : 34 ans, sage-femme depuis 11 ans, 7 ans en MDN

Jessica : 44 ans, sage-femme depuis 19 ans, 5 ans en MDN

Francis : 45 ans, sage-femme depuis 21 ans, 5 ans en MDN

Magalie : 31 ans, sage-femme depuis 8 ans, 2 ans en MDN

Maggy : 36 ans, sage-femme depuis 11 ans, 1 an en MDN

Prisca : 40 ans, sage-femme depuis < 1 an, < 1 an en MDN

Justine : 44 ans, sage-femme depuis 20 ans, 3 ans en MDN

Christiane : 35 ans, sage-femme depuis 11 ans, 1 an en MDN

## **Annexe 7 : Caractéristiques socio-démographiques des sages-femmes**

	<b>Observation</b>
<b>Âge</b>	
30 à 34 ans	5
35 à 39 ans	2
40 à 44 ans	4
45 à 49 ans	2
Total	13
<hr/>	
<b>Exercice hors France métropolitaine</b>	
Oui	9
Non	4
Total	13
<hr/>	
<b>Années d'expérience</b>	
Jusqu'à 7 ans	4
8 à 11 ans	5
Plus de 11 ans	4
Total	13
<hr/>	
<b>Années d'expérience en MDN</b>	
Jusqu'à 2 ans	5
3 à 5 ans	6
Plus de 5 ans	2
Total	13
<hr/>	

## **Annexe 8 : Entretien avec Magalie**

**Magalie :** Moi je suis Magalie je suis sage-femme depuis 2013. Moi j'ai fait mes études en Belgique. Et ensuite je suis restée en Belgique où j'ai travaillé à l'hôpital j'ai fait un petit peu tous les services, j'ai fait : suites de couches, néonats et salles de naissance. Et ensuite je suis rentrée en France, j'ai travaillé dans une clinique ça ne m'a pas du tout plu et du coup je me suis lancée dans le libéral. Et depuis xxx je travaille à la maison de naissance de xxx.

**Moi :** Ok.

**Magalie :** et maintenant en global, on a un cabinet à xxx et sinon la maison de naissance c'est notre plateau technique entre guillemets.

**Moi :** D'accord ok.

**Magalie :** Voilà.

**Moi :** Est-ce que t'as des choses particulières à me dire sur ton parcours après le bac, est-ce que t'as fait d'autres formations en plus ou à côté depuis ton bac ?

**Magalie :** Alors j'ai fait un an de médecine à Paris et puis après je me suis lancée directement en Belgique, j'ai fait 4 ans d'école. Des formations particulières... après c'est surtout côté sage-femme, je suis formée en hypnose. Alors c'est pas DU mais c'est des formations comme ça et puis après j'ai d'autres formations continues, massage bébé, je suis formée aussi en « shiatsu et maternité », j'ai fait une formation approfondie en gynéco...

**Moi :** J'ai pas compris, j'ai fait une formation « ... et maternité » ?

**Magalie :** Shiatsu, shiatsu c'est en fait si tu veux c'est un peu comme de l'acupuncture sans aiguille où on appuie avec les doigts.

**Moi :** Ok d'accord merci.

**Magalie :** Voilà après je me forme régulièrement à tout ce qui est réa-bébé, gestes d'urgence en extrahospitalier, j'ai fait il y a 2 ans je pense pour toutes les manœuvres, tu vois dystocie des épaules, siège etc pour me remettre enfin parce que finalement nous on n'a pas énormément d'urgence à la maison de naissance donc on connaît notre patho parce qu'on a travaillé à l'hôpital mais des fois faut se remettre un petit peu à jour.

**Moi :** Ok

**Magalie :** Et en Belgique j'étais référente réa-néonats, réa bébé quoi, vu que j'avais travaillé en néonats voilà, après je vois pas ce que je peux te dire d'autre voilà. Je fais de temps en temps, enfin une fois par an j'essaye de me former quoi, là tu vois je viens de me former à l'examen clinique du nouveau-né et là je fais encore une formation ce mois-ci où je me forme à tout ce qui est sommeil et pleurs du bébé voilà.

**Moi :** Oui, alors moi mon sujet c'est la protection du périnée donc à l'accouchement en maison de naissance. Est-ce qu'à ce sujet-là tu proposes des choses aux femmes pendant la grossesse, est-ce que tu leur proposes de faire des choses pendant la grossesse ?

**Magalie :** Alors *rires*, nous on part du principe que..., mais on a des bons résultats en tout cas, moins on fait mieux c'est. Alors après nous on, enfin on parlera de l'accouchement à proprement dit, ce qu'on fait etc mais en fait à la maison de naissance on touche tellement pas les périnéés, on dirige tellement pas les poussées, qu'en fait c'est comme ça pour moi qu'on protège le périnée. Après bah bien sûr la question du massage du périnée elle se pose toujours, enfin la plupart de nos patientes nous pose la question après moi voilà je suis assez enfin moi j'ai été enceinte aussi j'ai eu un petit garçon et là je suis enceinte de mon deuxième et pour mon premier je m'étais dit quand même je vais faire mon massage du périnée, en fait j'ai trouvé ça très désagréable et très dur à faire en fin de grossesse avec ton gros bide-là, moi j'ai trouvé que c'était l'enfer donc depuis que je l'ai vécu moi, enfin en fait j'ai dit aux patientes de ne pas se mettre la pression et pour le coup moi j'ai fait 3 jours de massage du périnée je pense et j'ai eu un périnée intact.

**Magalie :** Y a pas que ça qui protège le périnée.

**Moi :** Et t'as eu ? ça a *buggé*. Et t'as dit t'as fait 3 jours de massage et t'as eu un périnée intact c'est ça ?

**Magalie :** Oui j'ai fait 3 jours et j'ai eu un périnée intact, oui c'est ça donc bon voilà enfin je veux dire c'est pas, voilà moi j'ai pas eu une preuve très probante voilà du massage et en fait moi ce que je leur dis aux patientes parce que je trouve que c'est intéressant dans le sens où cette zone bah du périnée, de la vulve etc à la fin bah déjà on la voit plus trop et donc moi je le propose si c'est pas désagréable si c'est possible etc je leur dis de le faire bah plus pour se réapproprier cette zone après pour le faire en couple voilà j'ai plus ce discours-là que « Ah bah oui à partir de 36 semaines il faut que tu fasses ton massage » non ça je leur dis pas.

**Moi :** Oui là ça *bugge*, du coup je disais celles qui le font est-ce qu'elles le font avec des huiles, est-ce que tu proposes des huiles, une méthode ?

**Magalie :** Alors moi du coup je leur propose des huiles enfin je leur propose pas des huiles je leur dis huile végétale et ce que vous avez à la maison huile de coco, huile d'amande douce voilà, mais je t'avoue qu'en méthode, pour la méthode moi je leur dis juste que ça doit... Oui les méthodes en fait moi je leur dis en gros tu fais ce que tu peux parce que je trouve que c'est pas évident mais après je leur dis de faire une pince avec 2 doigts et de masser vraiment sur toute la zone voilà après je leur parle pas trop d'étirements, d'appuyer tout ça en fait je trouve ça tellement désagréable que voilà mais après je leur dis tu fais jusqu'à toi ce que tu penses être bon pour toi et ce qui est supportable aussi quoi voilà.

**Moi :** Très bien et est-ce que tu trouves qu'il y en a beaucoup qui le font au final ou pas ?

**Magalie :** Bah pas trop enfin en fait je pense qu'il y a la moitié de mes patientes qui me demandent et sur la moitié qui le fait, franchement il y en a peut-être, il y en a une de temps en temps qui l'a vraiment bien fait parce que c'était un peu sa phobie d'avoir une déchirure mais franchement il y en a plein qui abandonnent aussi dans le sens où elles me disent oui c'est pas évident et puis il y en a le mari il est ok et puis il y en a d'autres enfin c'est pas trop voilà enfin ça dépend comment ils sont à l'aise aussi dans leur couple et la sexualité etc donc voilà.

**Moi :** Ok très bien du coup maintenant pendant le travail, est-ce que tu peux me dire le matériel dont tu disposes dans la salle de travail, dans les chambres de travail ?

**Magalie :** Alors nous on a une chambre, ça ressemble vraiment à une chambre quoi ça ne ressemble pas à une salle d'accouchement, donc on a un grand lit deux places en fait si tu veux avec un matelas qui est quand

même assez dense parce que comme ça les patientes elles peuvent se mettre dessus et avoir un appui pour l'accouchement tu vois c'est pas un truc dans lequel tu t'enfonces, qui sert après une fois qu'on réinstalle avec bébé. On a, après en fait tout est caché nous on a un grand meuble type buffet de salle à manger avec plein de boîtes où on a une boîte tu vois pour l'accouchement avec les premiers ustensiles dont on a besoin donc par exemple les pinces Kocher, un clamp, des ciseaux, une petite poire d'aspiration voilà les trucs de base quoi. Vraiment nous on a que les trucs de base on fait pas grand-chose, on s'installe pas comme des dingues là comme à l'hôpital ça c'est pas du tout le cas ! Après bah bien sûr on a les boîtes pour les urgences donc on a pour poser une perf, pour faire une DA-RU qu'on ne fait jamais en soit hein mais on a tout ce qu'il faut pour, pour les sutures, pour sonder et pour le bébé. On a aussi une petite boîte d'accueil bébé ou en fait on a une couche, un thermomètre, un clamp, un mètre-ruban pour faire le PC et on a une grosse boîte aussi avec saturomètre et tout ce qui est matos de réa. Voilà mais ça c'est un peu caché. On a un peson aussi pour le peser, on a une lampe chauffante pour le bébé, on a une table à langer qu'on utilise jamais enfin moi la table à langer elle me sert pour mettre les draps que je chauffe avant d'accueillir le bébé. Et puis sinon on a des ballons, on a des tapis on a une espèce de liane artisanale qu'on accroche à la porte de la salle de bain pour qu'elle puisse se suspendre ça marche très bien, on fait un nœud derrière-là ça marche très très bien en fait on a ça parce qu'on ne pouvait rien accrocher au mur en haut parce que c'est des faux plafonds

**Moi :** Ok

**Magalie :** comme le plafond de la clinique tu sais c'est les carrés-là, qui s'en vont comme il y a beaucoup à l'hôpital enfin bon bref voilà et on a une baignoire aussi mais c'est une baignoire enfin c'est gonflable, c'est une piscine gonflable qu'on met et qu'on enlève si besoin. Et après eh bien on a tout ce qui est, bah on a un monito quand même et puis on a tout ce qui est pour écouter de la musique, diffuseur d'huiles essentielles des petites lampes de sel, des choses pour faire une ambiance un peu tamisée et voilà après il y a une salle de bain où il y a des douches toilettes et éviers voilà en gros c'est ça quoi. Et après on a plein d'huiles enfin tu vois on a de l'huile d'avocat, on a des huiles végétales, on a des huiles essentielles à diffuser pendant le travail, on a un gros package d'homéo aussi. Ah oui ça je t'ai pas dit je me suis formée en homéo aussi

**Moi :** Ok

**Magalie :** bon ça c'est un détail mais

**Moi :** Bah non mais du coup tu t'en sers pas mal, t'en sers beaucoup de l'homéopathie ?

**Magalie :** Oui oui

**Moi :** À quel moment, tout le temps ?

**Magalie :** Un peu tout le temps, pour les maux de grossesses pour la prépa à l'accouchement, pour l'après aussi, franchement, pour les montées de lait un peu difficile, pour tout franchement pour le bébé, pour tout le monde je m'en sers.

**Moi :** Et quand tu dis pour la prépa à l'accouchement c'est-à-dire ?

**Magalie :** Bah c'est plus l'action pour les contractions et le col, je prépare pas spécialement le périnée *rires*

**Moi :** Ok

**Magalie :** Après ça m'arrive de donner certaines choses pour après si la cicatrisation elle est un peu lente ou quoi ça ça m'arrive aussi, donc voilà pour le matos je t'ai tout dit en fait on n'a pas grand grand-chose, on a

FOFANA Assetou

tout pour faire les soins d'urgence principaux et puis après ça ressemble à une chambre basique quoi, ça change de l'hôpital.

**Moi** : Ok j'imagine, et par rapport à l'accouchement tu m'as parlé de tout le matériel dont tu disposais, est-ce que les ciseaux dont tu parlais ce serait pour faire une éventuelle épisio ou c'est que pour le cordon ?

**Magalie** : Alors on a des ciseaux pour une éventuelle épisio, d'autres ciseaux quoi pas du tout petit comme pour le cordon mais en fait on l'utilise jamais jamais jamais enfin moi j'ai jamais fait d'épisio.

**Moi** : Et ils sont pas loin, les ciseaux ?

**Magalie** : Oula ! moi ils sont au fond de la boîte *pires*

**Moi** : D'accord.

**Magalie** : Franchement je les prends jamais à côté de moi jamais.

**Moi** : Ok très bien, comment est-ce que tu décrirais l'atmosphère à l'accouchement, est-ce que la communication avec les femmes elle est facile ou est-ce qu'elles sont plutôt dans leur bulle, on évite de parler ?

**Magalie** : Alors nous on ne leur parle pas enfin moi je leur parle pas aux femmes pendant le travail sauf quand elles le demandent et qu'elles ont besoin d'être rassurées mais nous l'environnement c'est très serein, très silencieux mais sécurisant, très intime en fait. Le couple nous on les prépare pour qu'ils soient maximum autonomes, on leur donne plein de petites choses pour qu'ils puissent gérer ensemble en fait et que ce moment leur appartienne, en fait nous on est là uniquement si ça va pas et dans les moments où c'est un peu dur, où c'est un peu intense, où ils ont besoin de soutien un peu plus prononcé quoi mais franchement on n'agit pas beaucoup et on ne parle pas beaucoup.

**Moi** : Ok et est-ce que toi tu proposes aux femmes de pousser ?

**Magalie** : Non jamais.

**Moi** : Ok.

**Magalie** : Oui c'est bizarre mais vu qu'elles ont un réflexe de poussée qui vient naturellement, vu qu'elles ont pas de péri donc en fait nous on le voit à l'évolution du travail il y a un moment où on a des efforts expulsifs qui apparaissent et on leur dit rien en fait, voilà après on les rassure parce que souvent elles vont dire « J'ai l'impression que je vais à la selle » ou « ça me pousse dans les fesses » et ben on va leur dire et souvent elles le verbalisent, elles disent « Ah là là c'est la première fois que je sens que ça pousse » et ben on les encourage dans ce sens-là mais jamais j'ai fait pousser une patiente jamais.

**Moi** : D'accord ok et est-ce que du coup vu qu'elles poussent en fait selon leurs sensations, des fois ça arrive qu'elles poussent en bloquant, en poussant, en soufflant, en criant ? elles font comme elles sentent

**Magalie** : Oui alors ça ça dépend d'une femme à une autre il y en a qui sont quand même dans la puissance et ... [bug] la contraction aussi et franchement c'est rare qu'on ait des poussées hyper intenses, enfin c'est intense dans les sensations mais c'est pas intense dans l'effort physique quoi je trouve.

**Moi** : Ok d'accord très bien, pour la phase d'expulsion précisément, est-ce que tu prépares des choses comme des compresses chaudes, de l'huile ?

**Magalie** : Oui alors moi le seul truc que je fais et je le dis à mes patientes en prépa c'est que je fais toujours chauffer de l'eau et je mets des gants de toilette dedans dans ma petite bassine là et je propose, donc ça peut

FOFANA Assetou

être moi, ça peut être le papa, ça peut être la femme, des fois la femme elle a pas envie qu'on la touche mais elle par contre si elle met sa main avec le gant et ben ça lui fait du bien. Donc vraiment c'est en fonction d'elle mais oui ça je prépare presque toujours sauf quand c'est trop rapide et que j'ai pas le temps, ou quand elles sont dans l'eau vu que le bain est assez chaud, généralement je fais pas forcément mais ça m'arrive quand même de prendre un gant de toilette pour justement tenir un peu cette pression de la tête des fois qui leur paraît hyper intense et le fait de mettre ma main alors j'appuie pas comme une malade hein c'est juste un soutien, mais le fait qu'il y ait un contact avec quelque chose sur toute la vulve ça leur fait du bien souvent mais c'est la seule chose que je fais. J'utilise pas d'huile, j'utilise rien.

**Moi :** D'accord, de manière générale du coup est-ce que tu dirais que tu pratiques du hands-on ou du hands-off, quand le bébé il est engagé dans le bassin, durant la descente en fait ?

**Magalie :** Bah je ne touche jamais moi en fait, donc je suis toujours en hands-off.

**Moi :** Ok donc petit couronnement, grand couronnement tout le temps ?

**Magalie :** Non, j'ai touché parce que j'ai eu une dystocie des épaules dans le bain alors j'ai touché mais vraiment ça me, enfin ça m'arrive quand il y a un souci mais je ne touche jamais, la plupart du temps je ne fais pas de toucher pendant le travail, ça peut m'arriver tu vois une primi où c'est un peu long, où à un moment elle a un peu désespéré et moi je sais plus trop où elle en est parce que bah des fois les phases du travail on a beau les connaître et on a beau être dans l'observation etc des fois c'est pas hyper clair, donc ça peut m'arriver d'examiner mais franchement c'est hyper hyper rare et c'est pareil une fois qu'il y a l'expulsion enfin que la tête est sortie on touche pas pour la restitution on attend entre, enfin on attend une contraction. Et après, des fois entre la tête et la naissance on a 5 minutes voilà, mais la seule chose que je fais moi c'est que je rattrape le bébé si la patiente elle est debout ou accroupie un petit peu loin du sol voilà c'est tout mais ça arrive aussi que ce soit le papa enfin voilà. Donc non on touche pas hein ce périnée. On le touche jamais en fait *rites*.

**Moi :** Ok et tu n'interviens pas quand tu vois le périnée blanchir ou le périnée qui se déchire ?

**Magalie :** Alors en fait le truc c'est qu'à la maison de naissance on travaille dans le noir, enfin c'est très très sombre très tamisée et elles prennent des positions où c'est pas très confortable pour nous sage-femme enfin tu sais on n'est pas sur son périnée donc on le voit pas forcément, bah des fois on est derrière elles parce qu'on met le gant de toilette etc mais oui. Et donc je sais plus ce que tu me demandais...

**Moi :** Par rapport au fait qu'on voit pas le périnée du tout s'il se blanchit et tout.

**Magalie :** Ah oui on voit pas forcément le périnée et pour le coup on n'a pas beaucoup de déchirures en fait, on en a mais souvent c'est très superficiel c'est des petites D1 quoi.

**Moi :** Ok très bien, petite question est-ce que tu considères que tu fais du vrai *hands-off*, ou alors un hands-off un peu à la française ? Est-ce qu'on peut se dire qu'il y a des méthodes de *hands-off* différentes où est-ce que le *hands-off* c'est le *hands-off* ?

**Magalie :** Après pour moi le *hands-off* c'est *hands-off*, je ne touche pas et pour le coup moi je, enfin après si, il y en a qui vont considérer que même mettre des gants c'est toucher...

**Moi :** Ah d'accord .

**Magalie** : mais moi je ne considère pas que ce soit toucher, en fait tu vois c'est vraiment enfin c'est une aide mais moi j'interviens pas avec mes doigts quoi, enfin voilà je ne rentre pas trop dans le vagin de cette femme ou je ne touche pas à la tête de ce bébé pour l'aider à faire ses manœuvres donc moi pour moi je fais un vrai hands-off mais voilà.

**Moi** : Ok est-ce que t'as toujours la même attitude peu importe la position de la femme, donc qu'elle soit sur le côté, à 4 pattes, accroupie, dans tous les cas c'est hands-off ? même allongée sur le dos ?

**Magalie** : Oui, oui oui je change pas d'attitude, je pense pas.

**Moi** : Très bien, est-ce que t'as toujours la même attitude aussi quelle que soit la variété de présentation ou est-ce que tu vas proposer une position plus qu'une autre, intervenir plus que d'habitude ?

**Magalie** : Bah alors moi vraiment pour le coup je laisse mes patientes se mettre comme elles veulent. J'interviens pas, alors parfois je vais leur dire, elles vont se mettre souvent dans la piscine c'est surtout dans la piscine, elles vont se mettre un peu sur le dos parce que, enfin sur le dos j'entends elles sont assises quoi

**Moi** : Oui oui.

**Magalie** : et du coup tu sens que la poussée elle est pas hyper efficace alors que si elle se mettait à 4 pattes en 2 secondes il serait sorti ce bébé donc ça m'arrive de leur proposer ça mais sinon après elles se mettent vraiment comme elles veulent. Bah c'est pour ça que tu vois l'autre jour j'ai eu ma petite difficulté aux épaules là c'est parce qu'elle était sur le dos et en fait finalement je l'ai fait se mettre à 4 pattes et ça a été.

**Moi** : Ok d'accord.

**Magalie** : Mais voilà après on a des bébés qui sortent OS, souvent on le sait hein qu'ils vont sortir en OS vu les sensations de la maman, vu la durée de la poussée quand c'est un 2e et qu'elle commence à pousser quand même un peu plus longtemps on se dit bien qu'il y a quelque chose qui se passe.

**Moi** : Ok

**Magalie** : Mais non j'ai pas une attitude différente, je laisse faire.

**Moi** : Très bien concernant l'accouchement dans l'eau, est-ce que toi personnellement tu en accompagnes beaucoup ?

**Magalie** : Oui oui je pense qu'on a, bah là tu vois en novembre j'ai eu 7 accouchements et j'en ai, attends je compte j'en ai 4 qui ont accouché dans l'eau franchement je pense que c'est 1 sur 2 à peu près. Bah ça dépend des périodes hein, j'ai des mois où il y en a 0 qui va accoucher dans l'eau et puis des mois où elles vont, mais oui l'utilisation de la baignoire on utilise quasiment à chaque fois alors ça peut être juste pour le travail au moment où c'est un peu dur, bah de se mettre dans l'eau ça aide la patiente à gérer des contractions. Mais elles accouchent pas forcément dans l'eau. Mais quand même c'est très régulier.

**Moi** : Ok très bien, est-ce que toi tu trouves qu'il y a des avantages pour la protection du périnée dans le fait d'accoucher dans l'eau ?

**Magalie** : Bah je pense que oui et le fait que le bain soit chaud, enfin et pour le coup, là dans l'eau tu peux pas du tout toucher au périnée, ça ça le protège dans ce sens-là je crois parce qu'en fait on n'y a pas vraiment accès au périnée dans l'eau pour le coup donc en ce sens-là je pense que ça le protège et puis bah l'eau chaude ça va permettre de dilater quand même bien les tissus et voilà.

**Moi :** Très bien est-ce qu'à ce sujet-là par rapport aux avantages tu t'es basée sur des discussions avec les collègues, des recommandations, des observations cliniques ?

**Magalie :** Bah alors nous on le voit enfin en fait on apprend à chaque fois qu'on suit les patientes tu vois.

**Moi :** oui oui

**Magalie :** Franchement on le voit, on voit que c'est plus fluide, on voit et bien sûr on en parle avec les collègues, après les recommandations par rapport à ça il n'y en a pas autant que ça puisque en France on le voit le bien si t'as rompu ta poche déjà tu peux pas y aller à plein d'endroits donc du coup c'est difficile d'avoir des vraies recos par rapport à ça, nous après à la maison de naissance oui ça fait partie de nos pratiques, basées sur notre clinique, basée bah voilà sur les conseils, des conseils au début et puis moi en Belgique on utilisait beaucoup la baignoire aussi.

**Moi :** Ah oui.

**Magalie :** Dans mon hôpital-là qui était un gros hôpital hein on faisait quand même presque 4000 accouchements par an c'était un niveau III, on avait une néonatal, une réa etc et ben on avait une baignoire dans toutes les salles d'accouchement.

**Moi :** Ok dans toutes les salles ?

**Magalie :** Oui, oui oui *rites* du coup tu imagines quand je suis rentrée en France voilà...

**Moi :** Est-ce que les femmes elles prennent toutes les positions quand elles sont dans le bain ? Elles prennent quoi comme positions préférentiellement ?

**Magalie :** Bah dans le bain c'est quand même un peu plus limité dans le sens où bah t'as moins d'appui, c'est moins facile, tu peux pas faire un vrai 4 pattes dans le bain par exemple donc elles vont être plus soit assises au début tu vois pour se dire « allez je récupère un petit peu je profite des quelques minutes de répit là » .

**Moi :** Oui ok.

**Magalie :** Et puis après elles se mettent à genoux, elles sont contre le boudin de la piscine ou alors parfois accroupies mais bon elles tiennent pas très longtemps parce que le sol de la piscine tu sais il est mou quoi c'est une piscine gonflable hein donc c'est pour ça que nous le bain on essaye de leur proposer sur la fin en fait, parce qu'on prône quand même la mobilisation pendant le travail et quand t'es dans le bain bah y a quand même un peu moins de mobilité possible selon moi. Après souvent on les met dans le bain quand c'est bien avancé donc elles font la fin du travail et en soit si elles se mettent à genoux ça suffit pour travailler la gravité mais voilà .

**Moi :** D'accord, je retourne au quel général, donc plus trop dans l'eau, de manière générale quelles sont les positions qu'elles prennent le plus ?

**Magalie :** Je pense 4 pattes, à genoux bah tu vois un peu accoudé au lit, sur le tapis ça on en a beaucoup et on a le tabouret d'accouchement je sais pas si tu vois comment c'est mais donc on a un tabouret d'accouchement et on en a quand même pas mal qui accouchent dessus.

**Moi :** Un tabouret troué, percé ?

**Magalie :** Oui tout à fait

**Moi :** D'accord très bien et selon toi, quelles seraient la ou les positions qui seraient le plus protecteur du périnée, ou qui permet la meilleure protection du périnée ?

**Magalie :** Bah vraiment pour le coup nos patientes qui sont à 4 pattes j'ai l'impression que c'est là où ça le protège le mieux, mais là c'est vraiment pas basé sur des études ou quoi c'est juste sur ma clinique sur moi

**Moi :** Oui oui c'est ça (*ma question*).

**Magalie :** Bah moi je pense que le 4 pattes ou à genoux où y a pas, il y a moins de pression sur ce périnée au départ en fait donc je pense que ça le protège, ça le protège dans ce sens-là quoi.

**Moi :** Ok donc l'épisio tu m'as dit t'en pratiques pas. Si tu devais en pratiquer ce serait sur quelle indication tu penses ?

**Magalie :** Bah moi tu vois en prépa quand je leur en parle aux patientes je vais leur dire moi l'épisio je la ferais si le bébé il est en souffrance vraiment sur la fin et que c'est la seule solution quoi et que j'ai un périnée qui retient à fond et que c'est pas le moment de transférer parce que tu sais nous on peut transférer à l'hôpital, enfin quand t'as la tête à la vulve c'est pas là que tu transfères mais franchement en fait ça nous arrive jamais *rites* parce que souvent les bébés ils nous montrent des signes aussi un peu avant et pour le coup vu qu'elles poussent d'elles-mêmes, on les dirige pas franchement on a des poussées que les bébés supportent vraiment très bien donc voilà mais moi franchement à part ça j'ai pas d'autres indications en fait pour moi c'est uniquement si le bébé va pas bien.

**Moi :** Ok

**Magalie :** Parce que tu vois j'ai déjà eu des mamans où la tête restait au couronnement pendant un moment parce que c'est le périnée qui retenait mais en fait avec la patience si le bébé va bien etc on prend notre temps quoi.

**Moi :** Ok très bien, pour préparer mon synopsis pour mon mémoire j'avais lu des études et je me suis rendue compte que le taux d'épisiotomie en maisons de naissance françaises d'après une étude il était 2 à 3 fois inférieur au taux d'épisiotomie réalisé en MDN à l'étranger en Angleterre et en Australie, et du coup je me suis demandée vu qu'elles sont en avance ces MDN-là, pourquoi en France on avait moins d'épisiotomie en MDN ?

**Magalie :** Après je sais pas, tu sais l'épisiotomie, enfin je pense que c'est très pratique-dépendant moi j'ai des collègues là, j'en ai une elle en a fait une l'autre fois bon c'est très rare hein, genre sur l'année sur 100 accouchements on doit en avoir une quoi, mais je pense que maintenant c'est rentré aussi dans les mœurs qu'en fait l'épisio elle sert pas à grand-chose quoi et c'est un acte... nous nos patientes dans leur projet de naissance elles ont toutes « Je veux pas d'épisio quoi » donc il y a ça aussi on respecte ça, on en parle avec elles et moi vraiment j'ai confiance en notre pratique aussi et vu qu'on fait rien à ce périnée bah ça se passe très bien en fait. Pour le coup, là c'est pareil c'est pas basée sur des faits scientifiques mais c'est du bon sens en fait, moins tu le touches ce pauvre périnée... Moi je me souviens à l'hôpital c'était l'enfer, on touchait beaucoup on faisait plein de trucs en fait et le fragilisait et après tu vois moi je suis très, je suis plein de compte Instagram etc sur l'accouchement physio etc dont des australiens et tout ça et en fait c'est pas du vrai hands-off hein qu'ils font non plus.

**Moi :** Ok d'accord... *étonnée*

**Magalie :** Bah il y a plein de fois où je me fais la réflexion, « Ah oui bon elle touche quoi » enfin vraiment pour le coup...

FOFANA Assetou

**Moi :** Et qu'est-ce qu'elles font ?

**Magalie :** Bah elles font, parfois elles font pousser les patientes, des fois elles touchent la tête du bébé, mais regarde tu vois mais elles vont juste regarder au niveau du périnée voir enfin tu vois genre je regarde si ça passe enfin tu vois ?

**Moi :** Oui donc elles touchent un peu.

**Magalie :** Pour moi c'est pas du *hands-off* quoi.

**Moi :** D'accord ok.

**Magalie :** Et donc du coup peut-être qu'elles ont l'intervention plus facile mais tu vois ça dépend vraiment enfin tu sais d'une collègue à une autre même au sein de la même MDN on n'a pas les mêmes pratiques. Moi j'ai des collègues je trouve qu'elles touchent trop mais parce que moi ma pratique c'est de ne pas toucher, ou elles vont diriger les poussées donc ça dépend vraiment de chacune nos pratiques quoi.

**Moi :** Oui c'est hyper intéressant ce que tu viens de me dire parce que tu vois là la question que je t'ai posée par rapport français et anglo-saxon quand j'y ai réfléchi avec mes directrices pour moi c'était plus dans le sens à l'école française on fait des TV toutes les heures etc donc les sages-femmes françaises qui font du *hands-off* elles ont peut-être un *hands-off* un peu interventionniste, et là en fait ce que tu me dis c'est que d'après tes *lectures* etc c'est plus les sages-femmes de l'étranger qui font quelquefois de temps en temps des interventions, alors que c'était pas du tout dans ce sens-là mais ok.

**Magalie :** Non non mais c'est intéressant, après je te dis j'ai pas, j'en sais rien je suis pas non plus, je sais pas comment ils pratiquent spécialement mais vraiment pour le coup je trouve que souvent c'est voilà c'est elles touchent plus quoi.

**Moi :** Oui bah du coup j'irai plus chercher de ce côté-là oui. Ok donc je reviens à mon sujet mais merci beaucoup je suis très intéressée, par rapport aux accouchements que t'as pu réaliser en milieu hospitalier en quoi ta pratique de protection du périnée là en MDN pour l'expulsion elle est différente ?

**Magalie :** Bah parce qu'à l'hôpital déjà je dirigeais les poussées, je touchais le périnée alors pas énormément mais franchement je touchais quand même enfin ça m'est arrivé d'amplifier avec mes doigts le périnée moi quoi je trouve quand je dis ça je me dis Oh là là mais laisse tomber, je faisais la restitution aussi ce que je ne fais plus du tout et souvent c'est là que ça craque, pour moi je trouve que c'est à la sortie des épaules où ça pète en fait. Du coup voilà moi j'ai vraiment arrêté ça et quand j'y repense je me dis mais c'est horrible ce que je faisais en fait le bébé il n'a pas besoin de nous, la maman non plus et en fait on intervient beaucoup trop et puis bah la position gynéco aussi à l'hôpital il y a 98% des patients qui sont en position gynéco.

**Moi :** Oui ok du coup la position, la péri et puis tout le reste, ok.

**Magalie :** Bah du coup enfin tu vois je sais pas mais vous on vous l'apprend comme ça aussi, tu aides pour la restitution après moi j'avais quelques collègues qui faisaient pas grand-chose mais franchement la plupart du temps tout le monde touchait quoi et puis quand t'as le gynéco qui arrive alors là c'est l'enfer bon bref donc voilà.

**Moi :** Ok et pourquoi une telle pratique donc de moins d'intervention ça peut sembler difficile à mettre en œuvre aujourd'hui à l'hôpital ? Si je décide de faire comme toi à l'hôpital, à quoi je vais être confrontée, pourquoi ça peut être compliqué ?

**Magalie :** Bah à l'hôpital déjà on n'a pas le temps, donc ça doit aller vite ça doit, enfin et dans le sens où on respecte pas déjà la physiologie de base et puis les patientes elles ont aussi beaucoup une péri donc ça fait la différence hein, elles sentent rien donc forcément bah parfois on a le besoin pour qu'elles expulsent leur bébé d'appuyer sur ce périnée, pour appuyer sur les releveurs pour qu'elles sentent quelque chose quoi donc je pense qu'il y a ça aussi et puis après faut une ouverture d'esprit et que ça se mette un peu plus en place, mais ça j'avais bon espoir d'arrêter cette position gynéco quoi en fait alors s'il y a besoin d'interventions bien sûr c'est plus simple etc mais finalement on éviterait plein d'interventions en mettant les patients à 4 pattes par exemple, des dystocies et tout ça enfin ça à 4 pattes s'est résolu tout ça.

**Moi :** Avec une péri peu dosée oui c'est possible.

**Magalie :** Bah oui c'est ça mais il faut des bonnes péri, il faut des patientes préparées à ça aussi, il y en a plein aussi qui disent qu'elles ne veulent rien sentir aussi donc ça joue hein.

**Moi :** Oui c'est vrai oui.

**Magalie :** Donc voilà, et je pense qu'il y a ce côté entre guillemets rentabilité à l'hôpital où rien que le temps, enfin on est toujours voilà. Enfin moi j'ai été à l'hôpital, alors en Belgique c'était pas du tout le cas parce qu'on était carrément en nombre c'était génial quand on avait allez 3 patientes en travail et un déclenchement on était débordées quoi.

**Moi :** Ok

**Magalie :** En France là où j'étais des fois j'avais 8 patientes pour moi, laisse tomber on était 2 c'était l'enfer, donc il y a ça aussi, il y a toute l'organisation pour les soignants quoi en fait qui ferait la différence d'avoir le temps. Et la formation aussi je pense parce que quand on est formées on nous forme à ça aussi et pas trop à la physio.

**Moi :** Oui surtout sur les dernières années oui et je voulais te demander est-ce que tu te sens plus libre et plus autonome du coup sur ce point-là en maison de naissance ?

**Magalie :** Ah bah oui *rires* moi il y a personne qui vient voir ce que je fais hein donc alors du coup c'est une grosse responsabilité plus qu'à l'hôpital je pense enfin je peux pas me reposer sur le médecin je peux pas voilà mais en même temps vu que c'est de la physio c'est mon champ de compétences en fait, et mon expertise et je fais que ça donc du coup j'ai confiance en ma pratique quand on a des cas un peu différents de d'habitude on a de quoi discuter avec nos collègues de la maison de naissance, avec le staff de l'hôpital si on veut voilà, donc c'est intéressant et oui je suis beaucoup plus autonome c'est clair et net.

**Moi :** Très bien ok des questions plus générales maintenant, est-ce qu'il y a des critères qui influenceraient ta pratique comme la parité, un antécédent de déchirure sévère, le surpoids ?

**Magalie :** Alors nous tu sais on a des critères déjà à la maison de naissance donc par exemple des patientes qui ont un un IMC trop élevé on ne les prend pas, si par exemple il y a eu une déchirure et bah par exemple un périnée complet parce que ça arrive quand même parfois un antécédent, nos patientes elles doivent quand même voir un gynéco pendant la grossesse qui doit leur proposer une césarienne si elles veulent et après elles acceptent ou pas et puis après sinon c'est ok pour la MDN, y a pas de souci mais ça doit se faire comme ça et moi en fait j'ai pas peur enfin je sais pas comment dire vu comment on pratique. On a plein de primi aussi et on voit que ben on n'a pas non plus des masses de déchirures ou alors vraiment des déchirures très

superficielles et du coup je fais confiance en tout ça et c'est triste mais souvent quand les patientes elles viennent pour un 2<sup>e</sup> ou un 3<sup>e</sup> et qu'elles nous racontent leur accouchement mais je me dis bah oui mais, en fait je leur dis pas bien sûr mais elles le comprennent assez vite au cours de la prépa etc mais en fait tout ce qu'elles ont eu c'est en grande partie à cause de l'intervention en fait.

**Moi** : Hum.

*[Expérience amicale retirée]*

**Moi** : Oui je voulais te demander, est-ce que tu peux me dire le temps de transfert des femmes si jamais il y avait une urgence, qu'il fallait transférer le plus rapidement possible en combien de temps vous transférez ?

**Magalie** : Du coup entre guillemets nous on est au rez-de-jardin et c'est au premier étage donc on avait fait des simulations et on met à peu près 4-5 minutes en courant tu vois avec le brancard etc après il y a toute la préparation bon on peut aller très vite hein mais il y a la préparation, la mise sur le brancard, le fait d'arriver en salle etc, mais on peut aller vraiment très vite c'est pas loin du tout en fait on a 2 couloirs à passer et puis en fait on a les ascenseurs et on arrive très vite en salle.

**Moi** : Ok parfait maintenant concernant l'évolution de ta pratique, comment tu décrirais l'évolution de ta pratique de l'accouchement depuis ton diplôme ?

**Magalie** : Oula bah en fait j'ai appris, enfin j'ai appris à faire confiance à la physiologie je pense, où je me suis rendue compte qu'en fait on avait besoin de rien et ça c'est une grosse prise de conscience hein ! De ne plus dire enfin, en fait avant moi je sortais de garde et je disais oui j'ai fait, tout le monde trouvait ça génial moi j'ai fait naître 3 bébés machin bah non en fait maintenant j'accompagne en fait j'ai plus un rôle d'interventionniste j'ai un rôle d'accompagnant tu vois vraiment pour le coup alors après bien sûr ça m'arrive d'intervenir dans le sens où bah s'il y a une hémorragie ben c'est moi qui vais mettre la paire, c'est moi qui vais sonder, c'est moi qui vais monter la patiente et j'ai les connaissances pour le faire et l'expertise. Mais pour le coup oui j'interviens plus quoi j'interviens presque plus et ça oui ça change, tu vois les touchers j'en fais plus, je suis beaucoup moins dans la technique et mais par contre je sais à peu près et je pense que si j'avais à côté de moi une collègue qui veut examiner je pense que je serais pas trop à l'ouest niveau toucher d'après mon observation. Donc j'ai vraiment développé cette clinique de la physiologie des phases du travail, du comportement des femmes, de l'attitude, des positions qu'elles prennent mais ça en même temps quand tu te formes et que t'es à l'hôpital tu le vois presque pas ça. Moi j'avais été en Afrique, j'avais été au Sénégal pendant deux mois pendant mes études et c'est là aussi que j'avais appris plein de trucs parce que les patientes elles n'avaient pas de péri voilà.

**Moi** : Ah ok bien

**Magalie** : et pour le coup par contre elles avaient des épisio tout le temps c'était l'enfer et si tu coupais pas

**Moi** : Au Sénégal à cette époque ?

**Magalie** : Oui. Mais c'était l'enfer si tu coupais pas la sage-femme responsable-là elle te butait quoi, du coup moi je coupais jamais parce que j'aimais pas après je suturais les épisio des sages-femmes de là-bas parce que ça m'entraînait mais moi je coupais pas et quand il y avait une déchirure c'était l'enfer pour elles, c'était « Ah mais tu te rends compte ça aurait pu être beaucoup plus grave » mais comme quoi les pratiques c'est hyper différent et voilà et bon et c'était aussi révision utérine presque à toutes les femmes parce qu'elles

FOFANA Assetou

avaient peur de l'hémorragie donc voilà c'est une autre pratique ça c'est incomparable. Mais en tout cas pour dire que là-bas j'ai appris beaucoup sur la clinique pendant le travail, la physiologie, les positions etc, j'ai appris beaucoup là-bas mais en Belgique à l'hôpital où elles ont, et encore elles ont moins de péri qu'en France bah t'as pas le temps en fait enfin tu vois le côté *one-to-one* une patiente/une sage-femme c'est quand même ça fait la diff' quoi.

**Moi :** Oui c'est clair et qu'est-ce qui influence le plus ta pratique ?

**Magalie :** Qu'est-ce qui influence le plus ma pratique dans quel sens du coup c'est par rapport à ?

**Moi :** Est-ce que c'est plutôt l'expérience clinique que tu te fais, les données des différentes études ou plutôt les collègues ... ?

**Magalie :** Vraiment moi pour le coup ce qui influence le plus ma pratique je crois c'est juste déjà la confiance que j'ai en les femmes, le pouvoir d'accoucher, en ces bébés et que tout va bien et voilà et en fait plus j'ai d'accouchements plus je suis convaincue en fait enfin tu vois pour le coup j'ai pas besoin de, alors je me renseigne bien sûr je regarde les études après sur la physio il y en a mais c'est pas non plus on n'a pas les mêmes sources des études mais en fait plus j'avance dans ma pratique dans ma clinique plus je suis convaincue en fait tout simplement de tout ça quoi et je le vois parce que quand j'étais au début en maison de naissance t'as tout à déconstruire entre guillemets tu te dis non mais attends laisse tomber. Moi j'avais l'habitude de toucher, j'avais l'habitude de faire ça et en fait il y a tout à, donc en xxx j'étais pas la même qu'aujourd'hui tu vois mais à force j'ai appris quoi *rires*.

**Moi :** Très bien du coup les petites dernières questions, est-ce que ta formation en hypnose a influencé ou a une influence sur ta pratique actuelle de l'accouchement ?

**Magalie :** Je pense dans le sens où pendant le travail quand je leur parle je n'utilise que des choses positives enfin ça m'arrive d'ailleurs de les aider à certains moments avec des petites techniques en hypnose. Mais c'est surtout qui m'a beaucoup aidé c'est pour la communication tu vois non violente dans le sens utiliser des choses positives, enfin mais même à l'hôpital ça ça m'aidait hein parce que même quand t'as pas le temps en fait tu peux rassurer les gens rien qu'avec ton vocabulaire et ce que tu leur dis et ça c'est quand même quelque chose qu'on n'est pas formées, alors moi en Belgique j'avais quand même des cours de communication non-violente et c'était trop cool et c'est ça qui m'a un peu sensibilisée à l'hypnose aussi à tout ce côté-là. Et ça ça ne demande pas plus de temps ça s'apprend mais ça ne demande pas plus de temps de parler de façon positive, de faire visualiser des choses aux patientes pour qu'elles se sentent bien voilà ça demande pas plus de temps et ça aide dans la compliance pour les soins, ça aide pour plein de choses donc voilà.

**Moi :** Ok, qu'est-ce qui t'a amenée à travailler à la MDN ?

**Magalie :** Bah en fait j'ai fait un an à l'hôpital, ça m'a pas du tout plu en France et après je me suis mise en libéral. Et un jour il y avait une annonce sur le site de l'ordre pour la maison de naissance et je m'étais dit, moi mon rêve absolu c'était voilà suivre mes patientes et de les accompagner pour leur accouchement et de faire le post-partum, de faire vraiment du suivi global et bah voilà je savais qu'à la maison de naissance ça allait m'amener vers ça et voilà, après avec tous les inconvénients que ça a aussi hein c'est très très chronophage, énergivore tout ce que tu veux. Et là tu vois je suis enceinte de mon 2<sup>e</sup> et je sais que je vais pas

continuer enfin en tout cas-là pendant la période petit enfant, mon fils il a un an et demi, là je sais que je vais un peu faire une petite pause parce que c'est très prenant mais c'est tellement cool. Enfin au début je faisais MDN et je faisais encore quelques gardes à l'hôpital parce que j'avais commencé tout juste le libéral, niveau finance c'était pas fou mais sortir d'une garde de l'hôpital après la MDN tu voyais quoi vraiment tu vrillais tu te disais mais enfin ça c'est pas possible quoi tu peux pas faire ça c'est compliqué quoi. Oui c'est ça et tu vois moi après j'ai eu des grosses prises de conscience mais difficiles parce que tu te dis, alors je pense pas avoir été maltraitante proprement dit mais oui j'ai forcé des choses mais tu vois pour moi maintenant rien que rompre une poche des eaux ou déclencher comme des malades ça c'est forcer le destin quoi.

**Moi :** Oui mais à l'hôpital on y est contraintes. Je voulais savoir est-ce que déjà quand tu étais dans tes études tu avais déjà cette attirance pour les petites structures ou pas forcément ?

**Magalie :** Bah pour tout ce côté physio oui et après notre formation en Belgique elle est plus orientée vers la physio que vous en France aussi, alors on voit de la patho etc mais pour le coup en Belgique les gynécos ils sont un peu plus présents qu'en France, alors ça dépend des endroits bien sûr mais du coup on est plus orienté et pour le coup moi je suis tombée aussi dans un hôpital où on était très physio.

**Moi :** Ok le type III dans lequel tu étais ?

**Magalie :** Oui en fait bah déjà à partir du moment où t'as une baignoire dans toutes les salles, moi mes patientes elles avaient un bain avant d'avoir leur péri, même celles qui voulaient une péri mais au moins elles avaient une péri à 5-6 cm et on avait pas besoin de mettre du synto mais c'est *des petits trucs* tu vois mais en fait une péri à un doigt large parce que ça on l'a vu, vu et revu moi en France c'était voilà et une péri à 4-5 cm, un col tout mince et le travail est déjà avancé ça fait la diff' quoi, ça fait la diff sur les interventions, sur les sensations sur tout ça quoi. Donc, alors après c'était physio mais les patientes étaient quand même en position gynéco, c'était pas de la physio moi de toute façon avant je trouvais certains trucs physio et maintenant bah non en fait je trouve pas du tout physio mais voilà, en Belgique ils sont un petit peu plus ouvert à ça quand même mais en France ça vient moi je perds pas espoir (*pires*).

## DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université de Paris 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.