



Les Dossiers de la Maïeutique

www.dossiers-de-la-maieutique.fr

Les Dossiers de la Maïeutique (2014) 1(2), 56-65

Le dégagement de la tête fœtale - réflexion sur la pratique de la sage-femme en Grande Bretagne et en France

[The delivery of the fetal head - reflection on the practice of midwives in Great Britain and France]

Maria Goncarencu, Christine Morin

Contact – Maria Goncarencu - maria.goncarencu@gmail.com

Soumission initiale le 18 mai 2014 - Soumission révisée le 14 juin 2014 - Accepté pour publication le 16 juin 2014

RESUME

Introduction : Dans le cadre de mon programme de formation de sage-femme, j'ai eu l'occasion de faire un stage clinique de trois semaines dans une maternité en Grande Bretagne. La préparation à ce stage m'a fait découvrir la philosophie de la pratique réflexive (Schön, 1983) et cette approche m'a encouragée à me poser des questions plus précises sur les différences potentielles de pratique entre la sage-femme pratiquant en France ou en Grande Bretagne. Ces deux pays ont adopté les principes d'une pratique basée sur données probantes, ou médecine factuelle ou "evidence based practice", et ceci est démontré par l'existence de la Haute Autorité de Santé (HAS) en France et le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en Grande Bretagne qui publient chacun des guides de pratique, y compris des guides de conduite à suivre pendant la grossesse.

Objectif : Ce stage a eu pour objectif d'observer des différences potentielles et d'y réfléchir de façon systématique afin d'explorer les bases de la pratique de la sage-femme française. L'observation a été spécifiquement centrée sur la prise en charge pendant le travail, et plus particulièrement pendant la phase d'expulsion.

Méthode de réflexion : Les principes de la réflexion sur action, identifiés par Schön (1983), ont été adoptés. L'observation de pratiques différentes a été suivie de prise de notes, d'une exploration systématique de la littérature et d'un questionnement des sages-femmes qui ont encadré le stage afin de mettre en évidence leurs perspectives et les raisons qui leur permettaient de justifier leur pratique. Ce processus a enfin mené à une remise en question de certaines connaissances précédemment acquises.

Résultats : Le stage d'observation s'est déroulé dans une maternité assurant environ 4000 accouchements par an, dont plus ou moins 150 ont lieu soit dans un "Birth Centre" (BC) soit dans des "Midwifery-led Units" (MLU). Les sages-femmes assurent un service intégré domicile-maternité afin d'offrir une surveillance globale de la grossesse, de l'accouchement et des suites des couches. Ce stage a permis d'observer le travail et l'accouchement de quatorze femmes, dont neuf au BC et cinq à la maternité. Neuf de ces femmes ont accouché spontanément par voie basse, huit au BC, dont six dans l'eau, et une à la maternité. Contrairement à la pratique du soutien du périnée "hands on" auquel j'avais été habituée en France, j'ai pu observer la pratique du "hands off" pour sept de ces neuf accouchements. Aucune épisiotomie n'a été pratiquée; six déchirures et trois périnées intacts ont été observés. La revue de la littérature entreprise dans le cadre de la pratique réflexive a permis d'identifier un essai randomisé contrôlé (McCandlish *et al.*, 1998) et une revue systématique (Aasheim *et al.*, 2011), mais ces deux études identifient que les données probantes disponibles à ce jour ne permettent pas encore de recommander l'une ou l'autre pratique.

Discussion et conclusion : Il s'agit ici d'un stage de courte durée par une étudiante sage-femme pendant la dernière année de ses études. Inévitablement son expérience précédente a donc été limitée à ses stages cliniques et elle manque donc d'expérience et de recul. Quoiqu'il en soit, ce stage a pu mettre en évidence des différences relativement importantes de pratique de la sage-femme pendant le travail et l'accouchement.

L'approche réflexive, récemment introduite dans les objectifs du mémoire du nouveau référentiel de formation des sages-femmes en France, fait partie de l'approche normale des étudiants en Grande Bretagne. Bien que cette approche ait été une nouveauté pour l'étudiante auteur de cet article, elle a encouragé une exploration de la littérature qui a permis de mettre en évidence un manque de données probantes insuffisantes pour justifier l'une ou l'autre approche concernant le soutien du périnée au moment de l'expulsion. A la fin de ses études et à l'entrée dans sa vie active, autonome et responsable de sage-femme, cette expérience encore limitée de la pratique réflexive apparaît comme intéressante et potentiellement utile dans le cadre de son développement professionnel continu futur.

ABSTRACT

Introduction : In the context of my midwifery training, I had the opportunity to undertake a three week clinical placement in a maternity unit in Great Britain. The preparation for this experience made me discover the philosophy of reflective practice (Schön, 1983) and this approach led me to ask specific questions about the potential differences that may exist between midwives practising in France or in Great Britain. The two countries have adopted the principles of evidence based practice as demonstrated by the creation of the

High Health Authority (Haute Autorité de Santé - HAS) in France and the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in Great Britain. They both publish practice guidelines, including guidelines for care during pregnancy and birth.

Objective : This placement aimed to enable the observations of different practices and to reflect systematically on these so as to explore the bases of the practice of French midwives. The care during labour, and more specifically during the second stage of labour, was selected for this observation and reflection.

Reflective practice : The principles of reflection on action (Schön, 1983) were selected and used to reflect on the differences observed during this clinical placement. Observed differences were written down in the form of notes and followed by a systematic exploration of the literature as well as the questioning of the midwife mentors so as to elicit their points of view and determine the basis for their practice. This process led to the reconsidering of previously accepted knowledge.

Results : The maternity unit in which this clinical placement took place cares for about 4000 women a year, 150 of whom give birth either in the Birth Centre (BC) or in Midwifery-led Units (MLU). Midwives provide an integrated community and hospital service to ensure continuity of care during pregnancy, labour and the postnatal period. Fourteen women were observed during labour and delivery, including nine in the BC and five in the maternity unit. Nine of these women had a spontaneous vaginal delivery, eight in the BC, six were water births, and one in the maternity unit. Contrary to the "hands on" practice previously observed in France, the "hands off" approach was used for seven of these nine deliveries. No episiotomy was performed; six women had a perineal tear and three an intact perineum. The exploration of the literature undertaken in the context of reflective practice identified one randomised controlled trial (McCandlish *et al.*, 1998) and a systematic review (Aasheim *et al.*, 2011). However, these two studies concluded that the findings were not robust enough to recommend one or the other practice.

Discussion and conclusion : This paper reports the experience of a short clinical placement by a student midwife during the last year of her course. Inevitably her previous experience has been limited to the clinical placements undertaken in the course of her studies and she therefore probably lacks experience and perspective. Nonetheless, this placement has enabled her to witness relatively important differences in the practice of the midwife during labour and delivery. The reflective practice, recently introduced in the aims and objectives of the final written assignment that forms an essential part of the training of student midwives in France, is normal practice for students in Great Britain. Although this approach was new for the student author of this paper, it has encouraged her to explore literature and to come to the realisation that the information presently available is insufficient to recommend one or the other method of perineal care at the time of delivery.

At the end of her course and as she begins her career as an autonomous and accountable practitioner, this still rather limited experience of reflective practice seems interesting and potentially useful in the context of her future continuous professional development.

Mots clés : soutien du périnée, accouchement, pratique réflexive, France, Grande Bretagne - **Keywords** : perineal support, delivery, reflective practice, France, Great Britain

Introduction

La France et le Royaume Uni sont tous deux états membres de l'Union européenne (EU) et donc signataires de la Directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (Parlement européen & Conseil européen, 2005) qui comprend la profession de sage-femme.

L'objectif principal de l'Union européenne est la libre circulation des biens, des personnes et des services. Pour assurer la libre circulation des professionnels appartenant à des professions spécifiques (médecins, infirmières, pharmaciens, opticiens, kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes et architectes), sept directives sectorielles avaient été signées par les états membres au fil des années et enfin reprises dans la Directive 2005/36/CE. Cette directive comprend deux aspects principaux : l'éducation et la pratique. L'accouchement normal est spécifiquement identifié comme relevant de la pratique de la sage-femme par la directive européenne et est une des compétences essentielles identifiées par la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) (Parlement européen & Conseil européen, 2005; ICM, 2013).

Il existe cependant des différences entre la France et le Royaume Uni, par exemple au niveau de la formation initiale et continue, la pratique, la recherche, la régulation de la profession ainsi que l'organisation, la législation et le financement des soins de santé.

Education initiale et continue, et recherche

En France, la formation de la sage-femme suit un cursus de cinq ans, dont une première année commune aux études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme et quatre années spécifiques de maïeutique. Au Royaume Uni, la formation est soit de trois ans pour l'entrée directive ou de dix-huit mois pour les candidats qui sont déjà infirmiers en soins généraux. Dans les deux pays, l'éducation est universitaire, mais avec la distinction que les écoles de sages-femmes sont le plus souvent encore situées au sein d'hôpitaux en France, alors qu'elles sont toutes intégrées à l'université au Royaume Uni.

La formation initiale exige un travail de fin d'études en France, ce qui n'est pas le cas au Royaume Uni. Il n'existe pratiquement pas de filières universitaires de maïeutique en France alors que ceci est courant au Royaume Uni où toutes les universités qui proposent une formation initiale proposent aussi une formation continue. Bien que souvent de type multidisciplinaires, les options de formation continue accessibles à la sage-femme sont beaucoup plus nombreuses au Royaume Uni, avec accès à des diplômes, maîtrises et doctorats par modules, par recherche ou par publication. En 2013, le Royal College of Nursing établissait une liste de plus de 220 infirmières et 24 sages-femmes professeurs d'université, dont neuf sont aussi recteurs, l'équivalent de président d'université (Royal College of Nursing, 2014). Certaines de ces sages-femmes dirigent des équipes de recherche en maïeutique alors que ceci n'est pas encore le cas en France malgré

un niveau académique plus élevé à l'accès aux études initiales. Les travaux de fin d'études des étudiants en formation initiale représentent pour le moment la majorité de l'activité de recherche en France, contrairement au Royaume Uni où elle est essentiellement le domaine des sages-femmes qualifiées. Des sages-femmes chercheurs, par exemple Jennifer Sleep et Mary Renfrew, avaient d'ailleurs déjà été auteurs de plusieurs chapitres du prestigieux ouvrage sur la pratique basée sur données probantes il y a plus de vingt-cinq ans (Chalmers *et al.*, 1989; Chalmers *et al.*, 1989).

La directive européenne sur la pratique de la sage-femme a fait référence à la pratique basée sur recherche (European Economic Community, 1980) et puis sur données probantes (Parlement européen & Conseil européen, 2005). Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) fut créé au Royaume Uni en 1999 et son équivalent français, la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2004. Ils publient tous deux des recommandations pour la pratique des professionnels de santé, y compris la surveillance de la grossesse, et en particulier la surveillance du travail et de l'accouchement (www.has-sante.fr et <http://www.nice.org.uk>).

Stage clinique optionnel au Royaume Uni

Dans le cadre de la dernière année de mes études de sage-femme, j'ai choisi de faire un stage clinique optionnel de trois semaines à l'étranger et, plus spécifiquement, dans une maternité du sud-ouest de l'Angleterre, du 18 mars au 7 avril 2013.

Cette maternité, centre de référence régional, assure environ 4000 accouchements par an, et est intégrée dans un "Centre for Women's Health" (Centre pour la santé des femmes). Ce dernier comporte une maternité, des blocs opératoires, un service de gynécologie et de néonatalogie, ainsi qu'un espace pour les accouchements à bas risque - le "Birth Centre" (BC).

Un nouveau modèle de soins, développé à partir de 2007, vise à promouvoir la continuité de la surveillance et le choix du lieu d'accouchement. Les femmes à bas risque peuvent choisir d'accoucher dans le BC, si elles habitent près de la maternité ou dans des "Midwifery Led Units" (MLU), structures pour naissance physiologique qui ne sont pas rattachées à un hôpital, si elles habitent dans des endroits plus éloignés. Le BC est séparé du bloc accouchement de la maternité, a trois salles de travail/naissance, y compris une avec un lit en demi-lune et deux autres avec baignoires d'accouchement et le nécessaire pour un maximum de confort pour la parturiente et son partenaire. Le BC et les MLU assurent environ 150 accouchements par an.

Les sages-femmes assurent un service intégré, c'est-à-dire le suivi global à domicile et en maternité, pour les femmes qui accouchent aussi bien à la maternité qu'au BC. Les femmes qui désirent accoucher dans le BC, dans une MLU ou à domicile, en font la demande pendant la

grossesse. Elles doivent remplir les critères de sélection pour le bas risque adoptés par le service pour y être admises.

À l'admission au BC, la sage-femme s'assure que la femme est bien en travail spontané, à terme, avec un fœtus en présentation céphalique, un examen clinique général et obstétrical normal (température, tension artérielle, pouls, bandelette urinaire, palpation abdominale et estimation des pertes vaginales). Elle s'assure également que la femme ne présente pas de risque pré-existant, que l'estimation de poids fœtal à la palpation et le RCF sont normaux. L'enregistrement du RCF se fait par appareil Doppler portatif, de manière discontinue; il n'y a pas de tococardiocardiogramme au BC.

L'accouchement au BC est qualifié d'accouchement actif ("active birth"), c'est-à-dire que la femme participe activement à son accouchement, avec un projet de naissance bien défini et sans recours à une analgésie péridurale. D'autres formes d'analgésie sont disponibles : la diamorphine (5 mg en injection intramusculaire) et le protoxyde d'azote 50%/50% (Entonox). En cas de désir ou de nécessité de péridurale, la femme est transférée au bloc accouchements. Celui-ci comprend dix salles de naissance, dont une avec baignoire d'accouchement. Chaque salle dispose d'une table de réanimation néonatale. Il y a également deux salles de pré-travail. Ce service de maternité emploie 92 sages-femmes, dont 32 "community midwives". Cinq sages-femmes sont présentes en salle de naissance, avec quatre autres "community midwives" disponibles sur appel en cas de besoin.

Une "Matron" qui assure la coordination des unités de la maternité est de permanence dans le service. Elle est prévenue en cas de problème, et selon les situations propose les conduites à suivre avant qu'il ne soit fait recours à un médecin. Les "Matrons" ont également pour rôle de guider les sages-femmes dans leur pratique quotidienne et de les inciter à l'améliorer sur base de données probantes.

Les "community midwives" sont les sages-femmes qui travaillent surtout hors de la structure hospitalière, bien qu'elles soient aussi employées par le National Health Service (Service National de la Santé). Comme les sages-femmes offrent un service hôpital & domicile intégré dans cette maternité, elles peuvent travailler dans les deux secteurs, bien que certaines puissent être plus centrées dans un secteur que dans l'autre. Comme la grossesse est perçue comme une expérience physiologique, la sage-femme peut en assurer le suivi de façon autonome. La surveillance prénatale des femmes en bonne santé se fait normalement en dehors du milieu hospitalier, soit à domicile, soit dans les locaux de santé primaire où les sages-femmes qui travaillent en petites équipes ont un cabinet de consultation. Les femmes apprennent à connaître toute l'équipe afin d'encourager le suivi continu et global de la surveillance prénatale, intrapartale et postnatale, bien que le nombre de femmes qui disent avoir vu la même sage-femme pendant toute leur grossesse reste insuffisant à 34% (Care Quality Commission, 2013). Par ailleurs, la même enquête montre que le nombre de

femmes à qui la sage-femme a proposé un accouchement à domicile, dans un BC ou un MLU, est en augmentation.

Les sages-femmes sont seules pour la prise en charge des femmes pendant le travail et l'accouchement. Il n'y a pas d'auxiliaires de puériculture ou d'aides-soignantes. L'accompagnement de la femme pendant le travail se fait selon le principe du "one to one care" (une sage-femme par femme). Cette approche permet le soutien continu de la sage-femme qui accompagne la femme et son partenaire; ceci permet une gestion de la douleur autre que par moyens médicamenteux (aide à la respiration, encouragement, soutien, mobilisation...).

Objectifs spécifiques du stage

L'occasion d'observer des pratiques qui peuvent être différentes des pratiques dont on a l'habitude permet de remettre en question certains aspects théoriques ou pratiques précédemment acceptés. Afin de mieux cibler cette réflexion *sur* action, l'observation de la pratique des sages-femmes a été centrée sur la prise en charge pendant le travail, et plus particulièrement pendant la phase d'expulsion. Pour préparer cette expérience, un entretien téléphonique a été organisé avec une sage-femme francophone qui a étudié et pratiqué en Grande Bretagne; ceci a mis en évidence le fait qu'il existait des différences importantes entre les pratiques de la sage-femme des deux pays.

Méthode - la "pratique réflexive"

Le stage a été préparé de façon à en retirer le maximum d'information sur la pratique de la sage-femme au Royaume Uni et d'engager une "pratique réflexive" sur les différences de pratique observées entre les stages cliniques en France et en Angleterre.

La "pratique réflexive" est une approche éducative proposée par Schön, en 1983, dans son ouvrage maintenant classique "The Reflective Practitioner". Schön avait remis en question l'épistémologie de l'agir professionnel. A la question de connaître ce que les professionnels avaient besoin de savoir, il répondait qu'il était encore plus intéressant d'explorer le savoir dont ils font preuve dans leur agir professionnel d'où le sous-titre de son livre "How professionals think in action" ou "Comment les professionnels pensent en action". Schön et son collègue Argyris ont démontré que

"la pratique professionnelle n'est pas un domaine d'application de théories élaborées en dehors de cette pratique, mais bien le lieu de production constante de solutions nouvelles à des problèmes nouveaux et un lieu de développement de compétences professionnelles. [...] (Ceci remet) radicalement en cause la logique applicationniste : le professionnel n'est pas un applicateur de principes théoriques ni de schémas a priori, ni de règles méthodologiques...; il construit son savoir professionnel par l'action et la réflexion dans et sur l'action. Les professionnels sont

en fait considérés comme des "praticiens réflexifs" c'est-à-dire des praticiens capables de délibérer sur leurs propres pratiques, de les objectiver, de les partager, de les améliorer et d'introduire des innovations susceptibles d'accroître leur efficacité" (Paquay & Sirota, 2001).

Il a été décidé d'aborder cette expérience sous l'axe de la réflexion, activité qui contextualise les connaissances théoriques reçues face à une expérience qui peut les remettre en question et permet donc leur modification et le développement de nouvelles idées (Schön, 1983).

La pratique réflexive consiste à se laisser "surprendre" par des différences observées afin de remettre en question certaines connaissances acquises ou façons de penser et/ou d'agir. Il s'est donc agi ici d'une réflexion *sur* action qui comprend l'observation ou l'action, la surprise et la remise en question a posteriori, plutôt qu'une réflexion *dans* l'action où le processus a eu lieu pendant l'agir professionnel lui-même.

Cette "réflexion *sur* action" permet la progression de novice à expert, en passant par les différentes étapes du praticien : novice, débutant, compétent, performant et expert (Benner, 1984) et augmente la responsabilité professionnelle (Malkin, 1994).

Dans le cadre de ce stage, la prise en charge de la phase d'expulsion avait été sélectionnée pour observation. L'observation de différences allait être accompagnée de prise de notes, puis suivie de questionnement des sages-femmes dont la pratique avait été observée, et ensuite une revue de la littérature sur le sujet. Ceci est une approche éducative plutôt qu'une étude de recherche. L'observation des pratiques et le questionnement des sages-femmes qui agissent comme superviseurs cliniques sont des pratiques normales dans le contexte des stages cliniques d'étudiants sage-femme au Royaume Uni; les sages-femmes britanniques qui allaient encadrer ce stage clinique se seraient donc aussi attendues à cette approche de la part d'une étudiante française. Cette approche n'a donc pas exigé l'approbation d'un comité d'éthique.

Observations

Afin d'observer la pratique autonome de la sage-femme, des femmes pour qui la sage-femme peut offrir l'entièreté de la surveillance, c'est-à-dire des femmes en bonne santé, en travail spontané à terme d'une grossesse simple et physiologique, avec une présentation céphalique, ont été observées. Dans le cadre de ce stage, cette observation a aussi inclus des sages-femmes et des étudiants sages-femmes en salle de naissance et dans le BC. La phase d'expulsion a été sélectionnée dans le cadre de la réflexion *sur* action.

Les observations faites ont permis de mettre en évidence des différences de pratique lors de mes stages en France et pendant le stage d'observation au Royaume Uni. Ces observations m'ont encouragée à explorer la littérature

scientifique disponible sur certains sujets pour arriver à une réflexion sur les pratiques basées sur données probantes et enfin suggérer une remise en question de certaines de mes "croyances" personnelles.

Toutes les femmes qui ont été approchées à l'admission pour consentir à mon observation de leur prise en charge pendant le travail et l'accouchement l'ont acceptée. Elles avaient toutes bénéficié d'une prise en charge exclusive par une sage-femme pendant la grossesse. Chaque femme a eu l'opportunité de discuter de son plan de naissance avec sa sage-femme pendant la grossesse. Le dossier grossesse dispose d'un espace dédié à la retranscription des échanges entre la femme et la sage-femme concernant notamment le lieu d'accouchement, les attentes, désirs et craintes de la femme. Les choix sur les positions d'accouchement, l'analgésie, le type de délivrance souhaité (dirigée ou naturelle) y sont également consignés. Dans le cadre de mes observations, j'ai noté que les sages-femmes ont porté une attention particulière à cette partie du dossier.

Certaines différences de pratique ont retenu mon attention :

1. Le RCF est évalué par auscultation intermittente pour les femmes en bonne santé à terme d'une grossesse normale, à l'admission et pendant le travail, aussi bien en salle de naissance que dans le BC.
2. Si un enregistrement continu devient nécessaire, il nécessite le transfert vers l'unité obstétricale. L'enregistrement cardiotocographique continu est soumis à la pratique appelée "fresh eyes" : le tracé du RCF est évalué par d'autres membres de l'équipe (sages-femmes ou médecins). Les tracés jugés pathologiques doivent être rapportés à la Matron ou à un médecin de l'équipe. Tous les professionnels (sages-femmes ou obstétriciens) doivent, une fois par an, mettre à jour leurs connaissances sur l'interprétation des tracés cardiotocographiques.
3. Lors de la phase de dilatation, l'examen vaginal est réalisé toutes les quatre heures et toutes les heures pendant la phase d'expulsion. L'avancement du travail est consigné dans le partogramme.
4. Une voie veineuse périphérique n'est pas posée pour les femmes qui ne désirent pas de péridurale. D'autres méthodes d'analgésie sont proposées : "TENS machine" (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation), le protoxyde d'azote et oxygène 50%/50% (Entonox®), des opioïdes en injection intramusculaire (diamorphine 5 mg), l'hydrothérapie (immersion dans l'eau) et le "one to one care", soutien personnalisé par la présence continue d'une sage-femme auprès de chaque parturiente.
5. Il n'y a pas de désinfection périnéale pour l'accouchement; une toilette simple à l'eau est effectuée. La désinfection n'est faite qu'en cas de manœuvre instrumentale.
6. Alors que les sages-femmes en France posent une main sur l'occiput fœtal et que l'autre soutient le périnée ("hands on"), j'ai parfois observé l'absence de soutien du périnée et de la tête fœtale ("hands off"). Je n'ai pas observé la manœuvre de Ritgen qui consiste à aider au dégagement du pôle céphalique

en exerçant une pression sur le périnée maternel entre l'anus et le coccyx de sorte à attraper le menton et à aider à la déflexion de la tête, ni de restitution manuelle de la tête fœtale, ou d'accompagnement au dégagement des épaules.

7. Lors des efforts expulsifs, les sages-femmes guident la femme par la parole en l'encourageant soit à une poussée continue et dirigée (Vasalva), soit à une poussée spontanée lorsque le besoin en est ressenti. Au moment de l'ampliation du périnée, la poussée en expiration est conseillée pour mieux maîtriser la vitesse de l'expulsion et protéger le périnée.

J'ai pu observer le travail et l'accouchement de 14 femmes, dont sept primipares et sept multipares. La moyenne d'âge des femmes était de 31 ans (25 à 39 ans). Neuf femmes (cinq primipares et quatre multipares) ont été suivies pendant leur travail au BC. Une des quatre multipares a été transférée à la maternité et son accouchement a été assisté par forceps. Ainsi, le travail et l'accouchement de cinq femmes (deux primipares et trois multipares) se sont déroulés à la maternité et de huit femmes (cinq primipares et trois multipares) au BC. Pour les accouchements à la maternité, une multipare a accouché spontanément, une autre avec l'assistance de forceps pour anomalies du RCF. Les trois autres femmes, une multipare et deux primipares, ont accouché par césarienne en urgence, deux pour anomalie du RCF et une pour stagnation. L'accouchement spontané a été inclus dans la réflexion. Parmi les huit accouchements observés au BC, six se sont déroulés dans l'eau (voir Figure 1).

Les huit accouchements qui ont eu lieu au BC et l'accouchement par voie basse qui a eu lieu à la maternité ont été intégrés dans la réflexion.

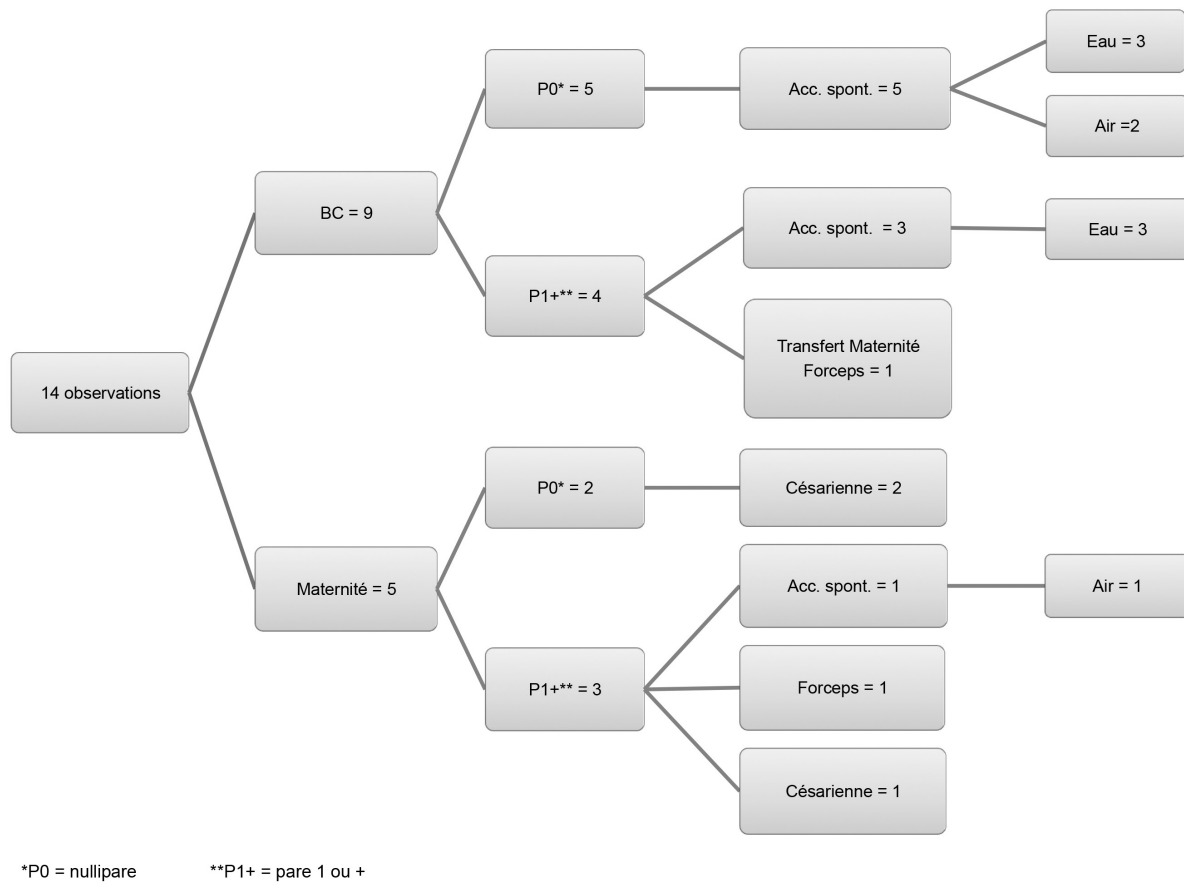
Sur les neuf accouchements spontanés observés, j'ai remarqué que la pratique "hands off" (sept) était plus courante que le "hands on" (deux). Ces accouchements ont été accompagnés de six déchirures simples du périnée et trois périnées intacts.

Réflexion

Bien qu'une seule maternité ne soit probablement pas représentative de la pratique française ou britannique, ce stage de trois semaines a permis de mettre en évidence de nombreuses différences entre la pratique des sages-femmes en France et au Royaume Uni. Le principe de la réflexion sur action (Schön, 1983) a guidé mon processus de pensée face à ces différences afin de stimuler mes questions sur la valeur et la fiabilité de mes connaissances acquises. Ce processus de réflexion sur action favorise le développement d'une identité professionnelle afin de progresser du niveau de novice à celui d'expert (Benner, 1984). Deux pratiques spécifiques ont été retenues dans le cadre de cette réflexion : le "hands off" et la non utilisation de la manœuvre de Ritgen.

Dans le cadre de mon stage supervisé, j'ai eu l'occasion de parler avec les sages-femmes qui me supervisaient

Figure 1 - Mode d'accouchement par site et parité



et ceci m'a permis de mettre à jour leur point de vue sur les raisons de l'un ou l'autre choix. Elles ont évoqué leur expérience personnelle pour justifier aussi bien la pratique du "hands off" que celle du "hands on". Celles qui pratiquaient le "hands off" disaient avoir remarqué que le contrôle du périnée n'évitait pas toujours la survenue des lésions périnéales. Celles qui pratiquaient le "hands on" ont identifié le suivi des recommandations, l'enseignement reçu et, pour certaines des sages-femmes, les résultats issus de la recherche. Une sage-femme, exerçant depuis cinq ans, a confié préférer la pratique "hands on" après avoir vu une lésion sévère lors d'un accouchement réalisé sans soutien du périnée. Ces différences d'approche chez des sages-femmes qui ont un niveau d'expérience de plusieurs années pourraient s'expliquer non seulement par les connaissances initiales, mais aussi par la remise en question de ces connaissances. Elles indiquent aussi que l'expérience personnelle a une influence importante sur la remise en question. Ainsi l'expérience d'une déchirure sévère a été suffisante pour encourager une sage-femme à changer de pratique et à opter pour une pratique qui lui semble réduire le risque.

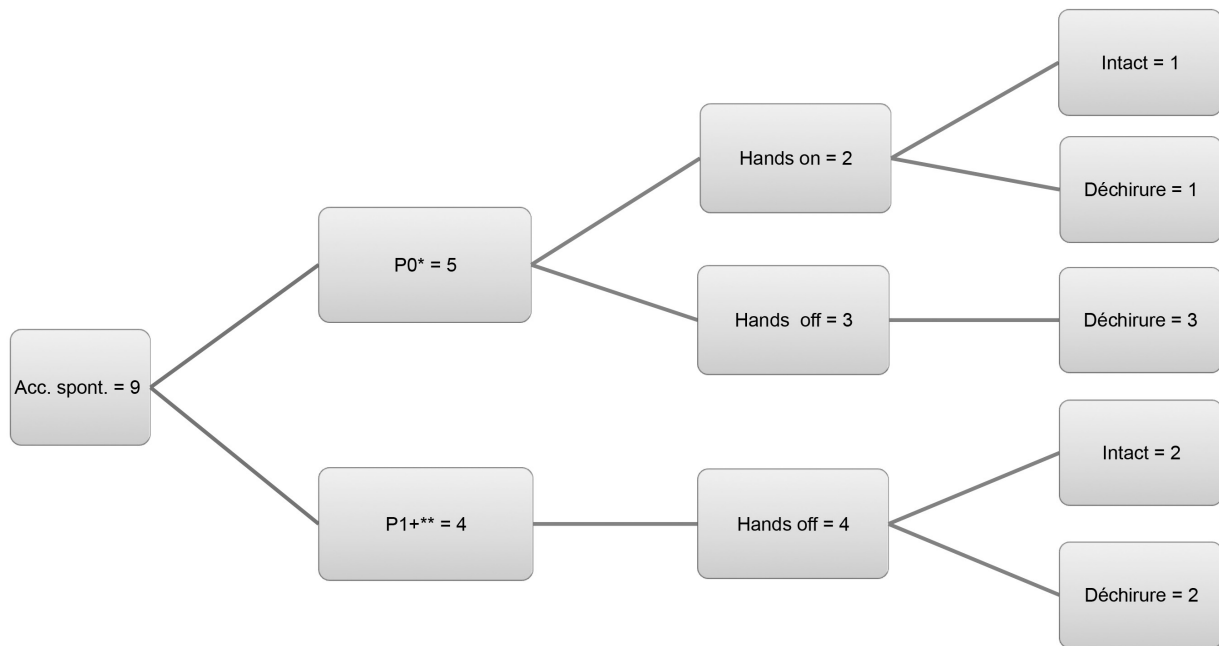
Quant à la manœuvre de Ritgen, les sages-femmes estimaient que toucher le périnée ne changeait pas les issues de l'accouchement, mais augmentait l'insatisfaction ou l'inconfort maternel particulièrement pour les femmes

qui n'avaient pas de péridurale.

La phase suivante de la réflexion exige que les connaissances et théories acquises soient remises en question (Schön, 1983). Cette deuxième phase de la réflexion a donc consisté en une exploration de la littérature afin d'identifier les données probantes qui pourraient justifier l'une ou l'autre pratique. Les bases de données PubMed, CINAHL et la Librairie Cochrane ont été explorées, avec les mots clés "childbirth", "delivery", "labor/labour", "second stage of labour" ou "labour, second stage" et "perineum", "perineal management/support", "perineal trauma/injuries", "delivery outcome", croisés avec les termes "hands-on method", "hands-poised method", "The Ritgen manoeuvre". Un examen manuel du sommaire des revues scientifiques accessibles sur l'Espace Numérique de Travail de l'Université de Bordeaux et une lecture des textes du Royal College of Midwives, NICE, HAS et le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français ont aussi été entrepris.

L'étude HOOP (McCandlish *et al.*, 1998), une revue systématique des techniques périnéales lors de la deuxième phase du travail (Aasheim *et al.*, 2011), et enfin une revue française sur les techniques d'aides à l'expulsion (Morin C. *et al.*, 2011) ont été retenues pour guider cette réflexion.

Figure 2 - Etat du périnée pour "hands off" et "hands on" et parité



*P0 = nullipare

**P1+ = pare 1 ou +

L'étude HOOP, une étude randomisée contrôlée, a comparé le "hands on" - soutien du périnée et de la tête fœtale - au "hands off" - aucun contact manuel sur le périnée pendant l'accouchement - sur la douleur périnéale du postpartum (McCandlish *et al.*, 1998). Les principaux résultats ont associé la pratique du "hands off" à une diminution du taux d'épisiotomie, mais à un niveau de douleur périnéale plus important pendant les 10 jours après l'accouchement. Bien que le lien ne soit pas significatif, l'étude a mis en évidence un taux plus important de délivrances artificielles, mais sans augmentation du taux d'hémorragie de la délivrance. Les auteurs ont conclu en estimant que les résultats de leur étude n'étaient pas assez clairs pour recommander la pratique du "hands off".

Une revue systématique des techniques périnéales pendant la phase d'expulsion et leurs effets sur l'incidence des lésions périnéales et la morbidité maternelle a inclus l'approche "hands on/hands off", ainsi que le massage périnéal, l'application de compresses chaudes et la manœuvre de Ritgen (Aasheim *et al.*, 2011). Huit études randomisées ont été incluses dans cette revue. Les résultats de la méta-analyse soutiennent les résultats précédents : la technique "hands-off" réduit le taux d'épisiotomie, sans augmentation significative des lésions de 3^{ème} et 4^{ème} degré. La manœuvre de Ritgen n'est pas associée à des différences significatives de lésions périnéales ou d'épisiotomies. Par contre, l'utilisation des compresses chaudes et le massage périnéal sont associées à une diminution des lésions de 3^{ème} et 4^{ème} degré, sans différence significative sur les taux d'épisiotomie ou de périnée intact. Les auteurs identifient cependant que les études incluses n'utilisent pas toutes la même définition du "hands on/hands off", ce qui pourrait entraîner un biais dû à l'hétérogénéité des caractéristiques des participantes.

La randomisation des participantes ne s'est pas faite de la même façon dans les huit études, mais ces aspects sont pris en considération par les auteurs. En fin de compte, les auteurs concluent que les compresses chaudes et le massage périnéal sont des méthodes qui sont associées à des résultats positifs et peuvent donc être acceptées, alors qu'il n'y a pas assez de données probantes pour conseiller ou déconseiller le soutien manuel du périnée; ils conseillent plutôt des techniques de respiration pour une maîtrise du dégagement de la tête.

Les études reprises ci-dessus ont été entreprises dans les pays anglo-saxons. Un article français portant sur une revue de la littérature a résumé certains aspects des techniques d'aide à l'expulsion, y compris le contrôle du périnée, et ses conclusions concordent avec la revue systématique identifiée ci-dessus (Morin C. *et al.*, 2011).

Discussion

L'expérience clinique de l'observateur, étudiante sage-femme en dernière année, est inévitablement limitée. Selon Benner (1984), elle pourrait être jugée comme étant au stade de "novice" puisque, bien qu'ayant une expérience clinique considérable pendant ces stages, elle n'a jamais été autonome et responsable de sa pratique. Quoiqu'il en soit, la diversité des stages et le nombre d'heures effectuées en salle de naissance ont permis d'identifier des pratiques qu'elle n'avait pas ou rarement observées en France.

L'objectif du stage était d'identifier et de décrire les pratiques qui surprendraient afin de pouvoir y réfléchir selon les principes identifiés par Schön (1983) et Benner

(1984). Cette réflexion a l'intérêt d'apporter des éléments nouveaux et de permettre un questionnement sur les différences qui existent entre l'exercice professionnel des sages-femmes françaises et britanniques. Ces observations et des prises de notes détaillées dans un journal de bord ont été importantes pour cibler la réflexion.

Une réflexion personnelle est potentiellement biaisée. Afin d'être le plus objective possible, les observations ont porté sur l'ensemble des sages-femmes plutôt que seulement sur certaines d'entre elles, mais inévitablement ceci reste relativement subjectif. L'observation seule ne permet pas de connaître les attitudes des personnes observées; cette limite potentielle a été partiellement contournée par les entretiens avec les sages-femmes. Les conclusions d'une réflexion personnelle ne sont pas nécessairement généralisables, mais ceci n'est pas le but principal de l'exercice. L'objectif principal de la réflexion est de confronter les théories reçues par l'observation, la réflexion *dans* ou *sur* action et l'exploration des données probantes pour arriver à une mise à jour des connaissances personnelles et l'adoption de pratiques basées sur données probantes.

Ce travail a constitué un apprentissage à la réflexion, approche normale dans le cadre de l'éducation de la sage-femme en Grande Bretagne. La réflexion a nécessité une prise de distance critique afin de remettre en question quelques approches que j'avais observées et pratiquées à ce jour, afin d'identifier si ces pratiques sont fondées sur des données probantes. L'observation et la réflexion, même systématiques, ne peuvent pas être qualifiées de méthodes de recherche. Quoiqu'il en soit, on peut relever quelques parallèles. Le fait de se savoir observé entraîne des réactions de la part de la personne observée, et peut entraîner ce qui a été décrit comme les effets attendus, et se traduit par un changement de comportement en ligne avec ce que la personne observée anticipe être ce que le chercheur désire observer (Wilson & Maclean, 2011)

Certaines sages-femmes de la maternité britannique avaient justifié l'utilisation de la pratique "hands off" sur base de leur enseignement reçu, leur expérience professionnelle, mais également les résultats de l'étude HOOP (McCandlish *et al.*, 1998), alors que ni cette étude ni la revue systématique (Aasheim *et al.*, 2011) n'avaient démontré l'avantage de cette approche.

L'ambiguïté de ces résultats se traduit dans la diversité des recommandations de diverses autorités. Le CNGOF recommande la protection du périnée pendant la phase d'expulsion en cas d'accouchement inopiné, mais ne le mentionne pas dans la section sur les mécanismes de l'accouchement (CNOGF, 2010), alors que NICE fait une distinction entre "hands on" "hands off", mais en l'absence de données probantes, n'émet pas de recommandation en faveur de l'une ou l'autre technique (NICE, 2008). L'Organisation Mondiale de la Santé (2009) recommande la maîtrise du dégagement de la tête et le soutien du périnée (OMS *et al.*, 2009), alors qu'elle ne s'était pas prononcée dans la première édition de ce guide (OMS, 1996).

Ces gestes cliniques et ces comportements observés lors de l'accouchement marquent certaines différences qui existent entre la pratique de la sage-femme au Royaume Uni et en France. Ils sont à rapprocher de la différence qui existe aussi entre les modèles de prise en charge des femmes enceintes adoptés dans ces deux pays. Ces modèles de prise en charge des femmes enceintes s'appuient sur la définition de la grossesse normale. En effet, actuellement, il n'existe pas de consensus pour définir la "normalité" en matière de grossesse, de travail et d'accouchement. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit une grossesse normale comme "une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^{ème} et 42^{ème} semaines de gestation. Après la naissance, la mère et l'enfant se portent bien." (OMS, 1996). L'OMS considère aussi que 70 à 80% de toutes les femmes enceintes sont à faible risque au début du travail. Cette définition, adoptée au Royaume-Uni, conduit à une prise en charge de la femme enceinte selon le "Midwifery model of care", lorsque la grossesse est physiologique (Chief Nursing officers for England Wales Northern Ireland and Scotland, 2010).

Ceci n'est pas le cas en France où il est accepté, qu'en raison du caractère en grande partie imprévisible de complications pouvant rapidement engager le pronostic vital, l'accouchement n'est considéré normal que rétrospectivement. Ce concept, basé sur le "Medical model of care" (MacKenzie Bryers & van Teijlingen, 2010), conduit à dispenser lors d'un accouchement normal, des soins semblables à ceux dispensés lors d'un accouchement à haut risque (Morin, 2013).

L'intérêt de ces interventions cliniques et techniques, au cœur de la pratique de la sage-femme lors du déroulement du travail, n'est pas pour le moment remis en question, tant elles sont perçues comme ayant participé à la diminution de la mortalité maternelle et néonatale. Toutefois, leur utilisation a fortement influencé l'élévation du taux de césariennes et cette augmentation est devenue préoccupante compte tenu des complications qu'engendre ce mode d'accouchement (Villar *et al.*, 2007; Al-Zirqi *et al.*, 2009; Vardo *et al.*, 2011). Ainsi, en France, plus d'une femme sur cinq donne naissance par césarienne, et dans la moitié des cas, elle est réalisée en urgence ou pendant le travail, après une tentative de naissance par les voies naturelles (Blondel & Kermarrec, 2011).

Conclusion

Ce stage optionnel en Angleterre m'a fait entrevoir une approche plus physiologique de la grossesse et de l'accouchement, avec un accompagnement plus personnalisé des femmes et un choix plus large sur le lieu d'accouchement. Certaines pratiques m'ont surprise. La pratique du "hands off" est contraire à celle du "hands on" communément enseignée et exercée dans les maternités françaises. Une exploration de la littérature a permis d'identifier des études de haut niveau de preuve, mais

les connaissances actuelles ne permettent pas encore de désigner une approche comme meilleure pour la prévention des lésions périnéales.

La HAS et NICE rappellent l'importance d'appuyer les pratiques professionnelles sur des données probantes. A ces pratiques actualisées doit s'ajouter la prise en compte incontournable et nécessaire du choix des femmes. C'est avec une analyse plus fine des situations obstétricales, le respect du processus physiologique de la naissance en l'absence d'anomalie, la prise en compte des souhaits de la femme enceinte et un exercice professionnel fondé sur des données probantes, que les sages-femmes, soucieuses des bénéfices et des risques de chaque décision prise, participeront activement à l'amélioration des indicateurs de santé. Par la réalisation d'interventions décidées à bon escient, elles répondront à la demande légitime des femmes et des couples d'un accouchement adapté à leur situation et à leur projet de naissance.

La culture de la recherche des sages-femmes françaises n'est pour le moment pas aussi développée qu'en Angleterre. La mise en œuvre d'un nouveau référentiel de formation qui met au cœur de l'apprentissage, l'adossement à la recherche dans les deux dernières années de formation, devrait participer au développement de la culture de la recherche chez les sages-femmes.

L'unité d'enseignement concernant le mémoire prévoit la possibilité de réaliser un "mémoire d'introspection" qualifié de "réflexion sur un vécu s'appuyant sur une recherche bibliographique pour effectuer une auto-analyse".

Cet exercice réflexif développe chez les futurs professionnels des capacités à identifier une question pertinente à l'exercice professionnel, à situer cette question dans son contexte, à conduire une démarche méthodique d'investigation, à l'aide d'outils d'étude et de recherche, à analyser les informations recueillies, à élaborer des solutions ou des préconisations et enfin à formaliser une production écrite et la soutenir oralement.

L'approche proposée par Schön (1983) sur la réflexion *dans* et *sur* action a été utile à l'étudiant pour mener sa réflexion.

Dans le cadre des programmes de formation initiale et continue en maïeutique en France, son utilisation pour développer des questions utiles pour guider la recherche sur la pratique de la sage-femme, pourrait également être utile pour assister la sage-femme dans leur progression professionnelle de novice à expert.

Références

- Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M & Reinar LM (2011). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Systematic Reviews*(12), CD006672.
- Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L & Stray-Pedersen B (2009). Effects of onset of labor and mode of delivery on severe postpartum hemorrhage. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201(3), 273 e271-279.
- Benner P (1984). *From novice to expert, excellence and power in clinical nursing practice*. (1 ed. Vol. 1). London: Addison-Wesley Publishing Company, Nursing Division.
- Blondel B & Kermarrec M (2011). *Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. Paris: INSERM, DGS, DREES.
- Care Quality Commission (2013). *National findings from the 2013 survey of women's experiences of maternity care*. London: CQC.
- Chalmers I, Enkin M & Keirse M (Eds.) (1989). *Effective care in pregnancy and childbirth* (Vol. 1). Oxford: Oxford University Press.
- Chalmers I, Enkin M & Keirse MJNC (Eds.) (1989). *Effective care in pregnancy and childbirth* (Vol. 2). Oxford: Oxford University Press.
- Chief Nursing officers for England Wales Northern Ireland and Scotland (2010). *Midwifery 2020: Delivering expectations*. Department of Health.
- CNOGF (2010). *Item 22: Accouchement, délivrance et suites de couches normales* Francophone UMFV (Ed.) <http://umvf.univ-nantes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item22/site/html/cours.pdf>
- European Economic Community (1980). Texts concerning midwives. *Official Journal of the European Communities*, L33, 8.
- ICM (2013). *Compétences essentielles pour la pratique de base du métier de sage-femme* [http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM Comp%C3%A9tences essentielles pour la pratique de base du m%C3%A9tier de sage-femme 2010, r%C3%A9vis%C3%A9 en 2013.pdf](http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Comp%C3%A9tences%20essentielles%20pour%20la%20pratique%20de%20base%20du%20m%C3%A9tier%20de%20sage-femme%202010,%20r%C3%A9vis%C3%A9%20en%202013.pdf)
- MacKenzie Bryers H & van Teijlingen E (2010). Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*, 26(5), 488-496.
- Malkin KF (1994). A standard for professional development: the use of self and peer review; learning contracts and reflection in clinical practice. *Journal Of Nursing Management*, 2(3), 143-148.
- McCandlish R, Bowler U, van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, Garcia J, Renfrew M & Elbourne D (1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*, 105(12), 1262-1272.
- Morin C, Nguyen F & Leymarie MC (2011). Les techniques d'aide à l'expulsion. *La Revue Sage-Femme*, 10(4), 182-188.
- Morin C (2013). La sage-femme peut-elle réduire le taux de césarienne ? In: Racinet C & Venditelli F (Eds.), *La césarienne* (2ème ed.). Montpellier: Sauramps Médicat.
- NICE (2008). *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*. London: RCOG.
- OMS (1996). *Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique*. Genève: OMS.
- OMS, UNFPA, UNICEF & Banque Mondiale (2009). *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement - Soins liés à la grossesse, à l'accouchement, au post-partum et à la période néonatale. Guide de pratiques essentielles*.

- Genève: OMS.
- Paquay L & Sirota R (2001). La construction d'un espace discursif en éducation. Mise en oeuvre et diffusion d'un modèle de formation des enseignants: un praticien réflexif. *Réflexion et Formation*, 36(1), 5-16.
- Parlement européen & Conseil européen (2005, Septembre 2005). Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Dernier accès Mai 2014 à <http://register.consilium.eu.int/pdf/fr/05/st03/st03627.fr05.pdf>.
- Royal College of Nursing (2014). The nursing professoriate in the UK. Dernier accès 19 May 2014 à http://www.rcn.org.uk/development/research_and_innovation/career/nursing_professoriate.
- Schön D (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. (Vol. 1). London: Temple Smith/Basic Books.
- Vardo JH, Thornburg LL & Glantz JC (2011). Maternal and neonatal morbidity among nulliparous women undergoing elective induction of labor. *J Reprod Med*, 56(1-2), 25-30.
- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, Velazco A, Bataglia V, Langer A, Narvaez A, Valladares E, Shah A, Campodonico L, Romero M, Reynoso S, de Padua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A, World Health Organization Global Survey on M & Perinatal Health Research G (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 335(7628), 1025.
- Wilson S & Maclean R (2011). *Research Methods and Data Analysis for Psychology*. London: McGraw-Hill.

Auteurs

Maria Goncarenco, étudiante sage-femme, Ecole de sages-femmes, Université de Bordeaux. Etude entreprise dans le cadre du mémoire de fin d'études.

Christine Morin, Sage-femme enseignante, Bordeaux.