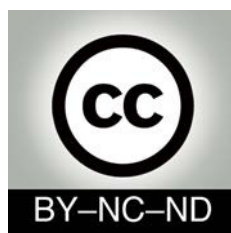




<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

MEMOIRE DE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de l'Université Claude Bernard – Lyon 1
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
Site de formation Maïeutique de Bourg en Bresse

L'APPRENTISSAGE DES METHODES GESTUELLES LORS DU DEGAGEMENT FCETAL

Etude qualitative auprès de sages-femmes diplômées en 2022

Kanna VAULOT
Née le 3 décembre 1999

J'adresse mes remerciements à :

*Mme **Bérangère SEVELLE**, pour sa disponibilité, ses encouragements et son accompagnement dans la réalisation de ce mémoire ;*

*Aux **sages-femmes formatrices** pour leur accompagnement et leur bienveillance durant ces quatre années d'école ;*

*Aux **sages-femmes** rencontrées en stage pour leur enseignement ;*

*Aux **sages-femmes interrogées** pour le temps qu'elles m'ont accordé pour la réalisation de cette étude ;*

Et plus personnellement,

*Je remercie **mes parents et ma famille** pour leur bienveillance, leur présence et leur soutien infaillible depuis toujours*

*Ainsi que **mes amis** et plus particulièrement **Morgane**, pour leur soutien et tous ces moments partagés pendant ces quatre années*

Table des matières

Abréviations	1
Avant-propos	3
1. Introduction	5
2. Matériel et méthode	9
2.1 Sélection et description de l'échantillon	9
2.2 Modalités de recueil des données	10
2.3 Règlementation	10
3. Résultats et analyse	11
3.1 Réalisation des entretiens	11
<i>Tableau 1 : Diagramme de saturation des données</i>	11
3.2 Caractéristiques de la population	12
<i>Tableau 2 : Caractéristiques de la population</i>	12
3.3 Formation initiale théorique	12
3.4 Méthodes observées en stage	13
3.5 Choix des nouveaux diplômés concernant la réalisation du dégagement fœtal	17
3.6 Facteurs influençant la réalisation du dégagement fœtal	20
4. Analyse et discussion	21
4.1 Forces et faiblesses	21
4.2 Adaptation et critères de choix	21
4.2.1 Mécanique obstétricale et littérature	21
4.2.2 Bien-être fœtal	25
4.2.3 Préservation du périnée	25
<i>Tableau 3 : Classification des déchirures périnéales obstétricales</i>	26
Conclusion	35
Références bibliographiques	37
Annexes	39
ANNEXE I : Lettre de présentation envoyée aux écoles	39

ANNEXE II : Trame d’entretien	40
Annexe III : Autorisation à remplir par les professionnels interrogés	41
ANNEXE IV : Synopsis.....	42
ANNEXE V : Engagement de confidentialité et traitement des données	46
Résumé en français et en anglais	50

Abréviations

ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal

CH : Centre Hospitalier

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

HAS : Haute Autorité de Santé

LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TP : Travaux Pratiques

Avant-propos

Lors des stages en salle de naissance, nous avons pu observer différentes méthodes gestuelles utilisées par les sages-femmes pour effectuer le dégagement du fœtus au moment de l'accouchement. En tant qu'étudiant, à chaque nouvelle garde, nous devons nous adapter à la méthode utilisée par la sage-femme qui nous encadre et à ses habitudes. C'est une chance pour l'étudiant de pouvoir observer et apprendre une multitude de façons de faire. Mais il n'est pas toujours évident de s'adapter, de choisir sa propre technique, surtout en fin de cursus lorsque nous sommes amenés à effectuer certains gestes jamais ou peu observés auparavant. Nous nous sommes alors demandé, pourquoi existait-il autant de méthodes que de professionnels et comment faire un choix parmi ces différentes techniques observées ?

1. Introduction

L'accouchement est un phénomène physiologique et biologique qui permet la mise au monde d'un enfant. En France, la majorité des accouchements ont lieu en milieu hospitalier. Le couple est accompagné par une sage-femme. Afin d'assurer une prise en charge optimale, la sage-femme doit maîtriser la théorie et la pratique, concernant la physiologie de l'accouchement et la mécanique obstétricale, afin de palier toutes complications.

Lors d'un accouchement par voie basse en présentation céphalique, et plus particulièrement lors du dégagement fœtal, la sage-femme a pour objectif principal d'accompagner la patiente dans l'expulsion de son bébé, tout en assurant leur sécurité et leur bien-être.

Le dégagement fœtal comporte cependant des risques pour la mère tels que des lésions périnéales, des éraillures, des déchirures, des traumatismes ou des lésions nerveuses.

Les lésions périnéales sont classées selon leur degré de gravité. Il existe une classification faite par l'OMS et une classification dite française. La plus utilisée reste celle de l'OMS qui décrit un périnée 1^e degré en cas de lésion de l'épithélium vaginal ou vulvaire, un périnée 2^e degré en cas de lésion des muscles périnéaux. Les périnées 3^e et 4^e degrés sont aussi appelés LOSA et sont classés en sous-catégories selon le pourcentage du sphincter anal endommagé (1). Ces déchirures n'auront pas les mêmes conséquences sur le périnée et sur la vie de la femme. En effet, des déchirures simples de 1^{er} et 2^e degrés cicatriseront assez rapidement, tandis que les LOSA peuvent entraîner des complications plus importantes telles que des dyspareunies, des incontinences (urinaire ou anale), ainsi que des prolapsus d'organes. Les lésions périnéales ne sont pas toujours liées à la pratique du professionnel et dépendent de nombreux critères tels que la variété de position fœtale, le poids du bébé, ses diamètres crâniens et scapulaires, la qualité des tissus périnéaux, la tonicité des muscles périnéaux, la position de la mère au moment de l'expulsion... Les études réalisées décrivent surtout les facteurs de risque de déchirure périnéale de 3^e et 4^e degrés que sont la macrosomie, l'épisiotomie médiane, la présentation céphalique en variété postérieure, une deuxième phase de travail prolongée (1). Les facteurs ethniques et héréditaires, la nulliparité et l'âge maternel (2) semblent également augmenter les risques de LOSA.

Outre les déchirures périnéales, des déchirures cervicales ou périnéales fermées, sous-jacentes, atteignant le noyau fibreux central du périnée sont décrites. Elles sont très difficiles à diagnostiquer car non visibles (3).

Le dégagement et l'expulsion du fœtus peuvent également entraîner des risques chez le nouveau-né notamment en cas de dystocie ou d'asphyxie néonatale lors d'efforts expulsifs prolongés, amenant la sage-femme à modifier son comportement.

Nombreuses sont les méthodes permettant de réaliser le dégagement fœtal et pourtant la mécanique obstétricale reste toujours la même. Elle comprend différents temps : la déflexion de la tête fœtale, le changement de direction de la tête fœtale, l'ampliation du périnée, le dégagement de la tête, puis des épaules, du tronc et des membres (4).

En 1882, Mr TARNIER et Mr CHANTREUIL, ont décrit dans Le traité de l'art des accouchements, la méthode à utiliser pour la réalisation du dégagement fœtal qui consiste : d'une main à retenir la tête fœtale, de l'autre main à soutenir le périnée (5). Cette méthode datant de plusieurs siècles est encore utilisée de façon quasiment systématique en France, mais chaque professionnel l'adapte à sa manière. Elle est très largement enseignée dans les écoles et plutôt consensuelle (6). En 2018 le CNGOF recommandait de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (1).

Le CNGOF décrit dans le collège d'obstétrique de 2015 destiné aux internes en médecine, dans le but de leur enseigner le dégagement fœtal, qu'il faut le réaliser comme suit : lorsque le sous-occiput est fixé sous la symphyse pubienne et que la tête commence à se défléchir, l'accoucheur va pouvoir contrôler l'expulsion millimètre par millimètre. Une main (la gauche pour les droitiers) est posée à plat sur le sommet de la tête fœtale pour éviter une sortie brutale de celle-ci. Puis a lieu le dégagement, de manière douce, des bosses pariétales et frontales. La déflexion progressive de la tête fœtale permet à l'autre main de l'opérateur, de rechercher le menton en arrière de l'anus maternel, isolé à l'aide d'une compresse (7).

Les anglosaxons n'utilisent pas cette méthode et préfèrent pratiquer le « hands-off ».

Le « hands-off » comprend uniquement l'observation du dégagement de la tête fœtale, du mouvement de restitution spontanée et du dégagement des épaules et du corps du fœtus. La main de l'opérateur n'exerce aucune pression sur la tête fœtale, ni sur le périnée. Le professionnel n'intervient pas.

Il existe de nombreuses études comparant les taux de déchirures périnéales lors de l'utilisation de la méthode française « hands-on » et la méthode anglosaxonne « hands-off ». Ces différentes études ne semblent pas montrer de différence significative concernant le taux de déchirures de 3^e et 4^e degrés entre les deux méthodes testées (8).

Dès lors que la sage-femme décide de débiter les efforts expulsifs, elle met en place différents moyens de protection du périnée, selon ce qu'elle connaît et ce qu'elle juge efficace pour la patiente. Les pratiques semblent être diverses et variées.

Certains professionnels laissent le bébé progresser seul, sans intervenir, en encourageant la mère, d'autres jugent la force des efforts expulsifs avec leurs doigts dans le vagin de la patiente afin d'évaluer l'efficacité des poussées et d'apprécier la descente du bébé. D'autres méthodes sont utilisées par les sages-femmes qui tentent d'écarter le passage au niveau des épines sciatiques, massent le périnée ou cherchent à le détendre en exerçant des mouvements digitaux pendulaires de droite à gauche au niveau du périnée postérieur (6). Certaines utilisent l'application de compresses chaudes, de savon ou de vaseline pour détendre le périnée et aider le bébé à progresser (2).

Au moment du dégagement proprement dit, bon nombre de professionnels donnent libre cours à différentes techniques.

Ainsi, le « hands on » et le « hands off », précédemment cités, restent des techniques très utilisées

La méthode qui consiste à laisser ses mains au-dessus de la tête fœtale sans la toucher, mais prêtes à intervenir en cas d'expulsion rapide, s'appelle le « hands poised ».

La manœuvre de Ritgen aide le dégagement de la tête fœtale, crochétant le menton du fœtus au travers du périnée postérieur, pendant que l'autre main posée sur l'occiput maintient la tête fléchie.

La manœuvre de Couder permet le dégagement du bras antérieur (8).

Sont aussi décrites et utilisées, les méthodes finnoise et viennoise (5).

Il semble exister presque autant de méthodes que de sages-femmes différentes et peu d'études fiables et/ou à haut grade semblent permettre de statuer sur l'efficacité de l'une ou de l'autre.

Sur quels critères les professionnels font-ils leur choix ? Comment les sages-femmes nouvellement diplômées s'accommodent-elles de ces différentes techniques ?

L'objectif de ce mémoire est de comprendre les raisons qui poussent les nouvelles diplômées (ou nouveaux diplômés) à choisir une façon de faire plutôt qu'une autre.

2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique, réalisée à partir d'entretiens semi directifs.

2.1 Sélection et description de l'échantillon

Nous souhaitions réaliser des entretiens avec des sages-femmes diplômées en 2022, issues des écoles de maïeutique françaises afin d'avoir différentes méthodes d'apprentissage, autant sur le plan théorique, par le biais des cours et des travaux pratiques dispensés, que sur le plan clinique par les sages-femmes rencontrées selon les lieux de stages, les niveaux de maternité et le type de structure (maison de naissance, stage à l'étranger).

Nous avons choisi d'interroger des sages-femmes nouvellement diplômées en 2022 afin de limiter le plus possible le biais de mémoire, les professionnels ayant récemment terminé leurs études ; et le biais de sélection, tous ont été diplômés de la même année.

Nous avons déterminé des critères d'inclusion : être sage-femme diplômée en 2022, avoir fait ses études en France, avoir exercé en salle de naissance depuis le diplôme.

Les critères de non-inclusion étaient d'être sage-femme diplômée d'une école étrangère et exerçant en France et les sages-femmes n'ayant pas réalisé d'accouchement depuis l'obtention de leur diplôme.

Nos critères de sortie d'étude concernaient les sages-femmes ne donnant pas suite après le premier échange, ne souhaitant plus réaliser l'entretien ou désirant l'interrompre.

Afin de pouvoir réaliser les entretiens avec ces nouvelles (et nouveaux) diplômé(e)s, un mail explicatif et de présentation a été envoyé à toutes les écoles de maïeutique. Une fois le contact avec les écoles établi, et avec leur accord, elles se sont chargées de transmettre notre lettre de présentation (*annexe I*) et nos coordonnées aux anciens étudiants diplômés en 2022.

Nous avons préalablement élaboré une trame d'entretien (*annexe II*) dans laquelle nous posions trois questions principales. Le but était de faire connaissance avec le professionnel, d'aborder la manière dont il avait réalisé son dernier accouchement et s'il effectuait tous ses accouchements de la même façon. La trame d'entretien a été testée lors d'entretiens fictifs auprès d'étudiantes sages-femmes. Certaines modifications ont été apportées concernant les questions de relance. Ainsi, des questions sur les éventuels facteurs influençant la technique utilisée étaient amenées si la sage-femme n'abordait pas ces thèmes d'elle-même.

2.2 Modalités de recueil des données

Chaque entretien a été réalisé sur la base du volontariat.

Nous avons choisi de réaliser les entretiens par visioconférence et non en présentiel pour des raisons organisationnelles. Les sages-femmes interrogées habitaient de part et d'autre de la France et en Outre-Mer.

Nous aurions pu réaliser ces entretiens par appel téléphonique, mais nous aurions perdu des informations importantes exprimées par le langage non verbal, de manière inconsciente la plupart du temps.

Ces entretiens ont été enregistrés après accord écrit et oral des sages-femmes (*annexe III*). Nous les avons ensuite retranscrit en les anonymisant par « SF » et le numéro de l'entretien correspondant. Puis nous avons analysé et organisé chaque nouvelle idée apportée par les sages-femmes en différentes thématiques, sur des fichiers Excel et Word.

Ces enregistrements ont ensuite été supprimés, et les données seront détruites à la fin de l'étude.

2.3 Règlementation

Le synopsis (*annexe IV*) a été validé par l'ensemble de l'équipe pédagogique. Nous avons également effectué les démarches nécessaires en remplissant et signant les documents de confidentialité ainsi qu'un engagement préalable au traitement des données (*annexe V*).

3. Résultats et analyse

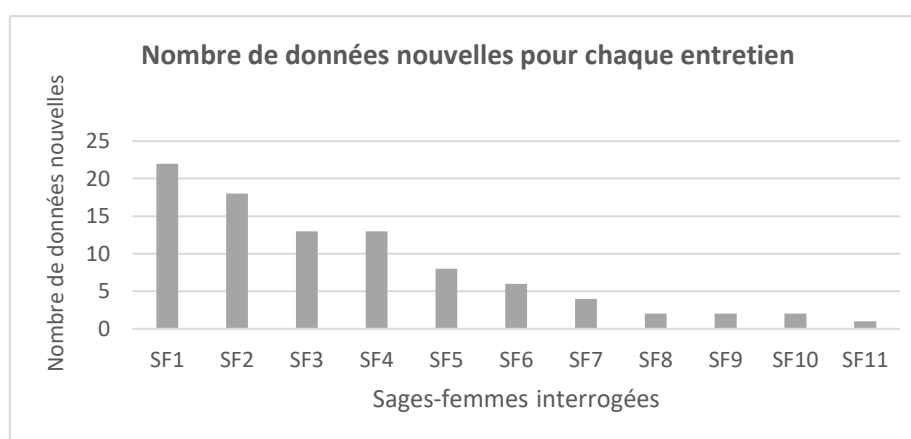
3.1 Réalisation des entretiens

La période de recrutement des sages-femmes nouvellement diplômées a eu lieu de juillet à décembre 2022.

Toutes les écoles de France métropolitaine et DROM TOM ont été contactées et au moins 12 d'entre elles ont transmis le mail. Seules 19 sages-femmes diplômées en 2022 nous ont contacté sur cette même période par mail ou par téléphone afin de participer à ce mémoire et de réaliser un entretien par visioconférence. Parmi elles, 8 sages-femmes n'ont pas pu réaliser l'entretien car elles ne correspondaient pas aux critères d'inclusion ou sont sorties de l'étude. Une sage-femme exerçait uniquement en libéral depuis son diplôme, deux sages-femmes étaient diplômées de 2021, une sage-femme était diplômée de 2021 et exerçait uniquement en libéral, une sage-femme exerçait à la PMI depuis son diplôme et trois sages-femmes n'ont pas donné suite aux premiers échanges.

Après avoir convenu d'une date avec chaque sage-femme, les entretiens ont eu lieu par visioconférence, d'une durée de 42 minutes à 1 heure et 5 minutes. L'objectif était de réaliser des entretiens jusqu'à obtenir une saturation des données. Nous n'avons pas réussi à atteindre cet objectif par manque d'entretiens réalisés. Seules 11 sages-femmes ont été interrogées, 10 femmes et 1 homme. Chacun d'entre eux a apporté de nombreuses et diverses informations supplémentaires dans la prise en charge du dégagement fœtal.

Tableau 1 : Diagramme de saturation des données



3.2 Caractéristiques de la population

Dans le *tableau 2* présenté ci-dessous, nous retrouvons : la situation géographique de l'école fréquentée, les types et niveaux de maternité dans lesquelles les professionnels exerçaient au moment de l'entretien, et s'il s'agissait leur premier poste ou non.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

	Ecole	Niveau de structure d'exercice	Lieu d'exercice	1e lieu d'exercice
SF1	Tours	Type 1	CH	OUI
SF2	Limoges	Type 2	CH	OUI
SF3	Rennes	Type 2	Vacations en CH	OUI
SF4	Rouen	Type 2	Clinique privée	OUI
SF5	Tours	Type 3	CHU	OUI
SF6	Lyon Sud	Type 3	CHU	OUI
SF7	Strasbourg	Type 3	CH	OUI
SF8	Marseille	Type 1	CH + libéral	OUI
SF9	Marseille	Type 2	Clinique privée	NON
SF10	Paris Saint Antoine	Type 2	CH APHP	OUI
SF11	Lille	Type 3	CHU puis dispensaire à Mayotte	NON

3.3 Formation initiale théorique

Au cours des entretiens, nous avons abordé la formation initiale reçue par l'école. Trois sages-femmes ne semblent pas avoir eu de travaux pratiques sur l'accouchement eutocique ni sur le dégagement. La SF2, la SF3 et la SF11 se souviennent avoir uniquement reçu des cours théoriques sur la mécanique obstétricale. La SF11 a eu l'impression de manquer d'informations et d'explications lors de ses premières gardes en salle de naissance, ne sachant pas comment se passait un accouchement ni ce qu'elle devait faire : **« on n'a même pas eu de TP sur comment faire un accouchement eutocique avec le dégagement des épaules (...), du coup quand on a été en stage on l'a demandé pour la promo d'après. Du coup on n'avait jamais vu comment se passait un accouchement avant d'aller en stage »**. Les autres sages-femmes ont toutes bénéficié de travaux pratiques sur l'accouchement eutocique en 2^e ou 3^e année. D'une manière générale, les intervenants leur ont expliqué la mécanique obstétricale lors de l'expulsion du bébé, mais la manière dont il fallait mener les efforts expulsifs et positionner ses mains lors du dégagement de la tête fœtale ne semble pas avoir été abordée. La SF2 regrette **« j'aurai bien aimé avoir un TP à l'école qui explique comment**

guider les efforts expulsifs et comment retenir ou pas, la tête quand elle sort. Faire une sorte d'inventaire de tout ce qu'on peut faire pendant l'accouchement ». Pour les autres professionnels interrogés, la méthode gestuelle expliquée comprenait le fait de retenir la tête, parfois retenir le périnée en rapprochant les berges afin d'éviter les déchirures, « moucher » le périnée, restituer et dégager les épaules. La SF5 confie « ***ils nous ont présenté la théorie à peu près universelle (...) quand on nous parle de l'accouchement, le bébé est déjà partie basse donc on ne voit que le dégagement*** ». La SF6 s'exprime « ***ils ne nous ont pas vendu ça comme LA méthode mais ils nous ont expliqué que c'était comme ça qu'on réalisait un accouchement (...), pour eux c'était plutôt en stage qu'on allait apprendre*** ». Le SF7 a pratiqué sur un mannequin basse fidélité : « ***bah on t'apprenait à modérer la tête, retenir le périnée et moucher*** », dit-il en nous montrant que c'était la méthode à utiliser selon lui. Ce même professionnel s'est entraîné dans un second temps sur un mannequin haute-fidélité l'année suivante « ***c'était comment est-ce que, nous, on gérait un accouchement physio et c'était chacun venait montrer ses méthodes qu'il avait appris en stage*** ». La SF8 tente de se souvenir de l'enseignement reçu « ***je me rends compte que j'ai aucun passage écrit dans mes cours qui explique la gestuelle, est ce qu'il faut moucher ou pas moucher, je me suis rendu compte que tout ça je l'ai appris en stage. (...) On a eu un TP avec un bassin et un mannequin bébé je crois, mais ça remonte à la L3*** ».

Toutes les sages-femmes interrogées évoquent l'importance de l'apprentissage de la pratique pendant les stages concernant les différentes techniques pour la réalisation du dégagement fœtal.

3.4 Méthodes observées en stage

Les sages-femmes interrogées témoignent de ce qu'elles ont pu observer lors de leurs différents stages pendant leur formation.

Les professionnels installent majoritairement la patiente en position gynécologique pour l'expulsion, jambes dans les étriers ou sur les cales pieds. Le sacrum et le bassin sont laissés les plus libres possible, afin « ***d'ouvrir le bassin et le détroit inférieur*** », et ils incitent la femme à pousser en tirant sur ses cuisses ou en attrapant les poignées mises à disposition. Cela permet « ***une hyperflexion et facilite le dégagement*** », d'après la SF9. La SF5 a également observé « ***la position chasse neige avec les genoux resserrés pour ouvrir la partie inférieure du bassin, ou seulement avec une jambe pour créer une asymétrie dans le bassin, qui peut aider un peu*** ». La SF10 a observé des sages-femmes « ***tendre une des jambes des patientes au moment de l'expulsion quand le périnée est bien amplié pour qu'il soit moins tendu et limiter les déchirures*** ».

Lors des efforts expulsifs, la sage-femme guide la patiente afin de l'encourager. Pour cela, une règle est enseignée en stage par la quasi-totalité des professionnels « **les dames sans péri on ne touche pas, on les laisse faire le plus possible sans toucher** » nous affirme la SF9. De manière plus générale les sages-femmes s'accordent à dire qu'il faut être le moins interventionniste possible afin de ne pas majorer la douleur de la patiente et de respecter son intimité. Il faut « **éviter d'être le plus iatrogène possible, des fois on voit qu'on blesse avec les doigts** » explique la SF6. Malgré tout, parfois, comme le raconte la SF8 « **je mouche même sans péri parce que j'ai appris à faire ça sur mes stages** », que les femmes aient une péridurale ou non. Certains professionnels font le choix de ne rien faire, « **ils s'assoient sur une chaise et attendent devant le périnée que le bébé se dégage tout seul afin de le récupérer pour le donner à la mère** », sans avoir plus de complications, a observé la SF10.

A l'inverse, ces jeunes diplômés notent pendant leurs stages, que certaines sages-femmes examinent très, voire « **trop** » souvent les patientes, pour de multiples raisons : « **trifouiller un peu, toujours regarder comment est positionné le bébé, je ne trouve pas ça très utile** » nous relate la SF3, « **je pense que c'est justifié si la présentation n'avance pas du tout, mais quand ça avance bien il faut laisser les choses faire** ». La SF4 dubitative s'exprime « **tout le long elles sont là en train de faire ça [des mouvements pendulaires à l'intérieur du vagin] comme ça, même en dehors des contractions** ».

Parfois les patientes sous péridurale ne sentent pas du tout leurs contractions et n'arrivent pas à savoir où pousser, alors la sage-femme « **appuie sur les releveurs, sur l'ampoule rectale** » nous dit la SF9 pour lui montrer à quel endroit pousser, car cette méthode permet de stimuler la poussée.

En France, légalement, une période de trente minutes d'efforts expulsifs est autorisée, avant d'appeler l'obstétricien sauf en cas d'anomalie maternelle ou fœtale. Les sages-femmes ont donc tout intérêt à ce que la naissance du bébé se fasse rapidement.

Certaines font le choix d'aider les patientes en « **appuyant sur les épines (...) j'y crois moyen, ce n'est pas en appuyant avec un doigt que ça va changer quoi que ce soit** » raconte la SF3. La SF5 a observé « **comment repousser les épines sciatiques pour faire de la place à la tête du bébé (...), appuyer sur le sommet de la tête pour l'aider à fléchir et éviter qu'il bute sur la symphyse et qu'il se dégage mieux** ». D'autres ont eu la chance d'avoir plus d'explications par les professionnels qui réalisent ce geste, comme la SF10 « **j'ai déjà vu des chefs qui poussaient une épine puis l'autre pour avoir un truc un peu asynclitique pour débloquer le bébé et franchement ça marchait plutôt bien** ».

Une des priorités des sages-femmes est de préserver le périnée de toute lésion. Avec cet objectif en tête, la SF9 a déjà vu des sages-femmes utiliser « **des compresses chaudes sur le périnée (...) une autre sage-femme m'avait montré un point d'acupression sur le périnée** » pour aider à le détendre,

d'autres ont vu « **masser le périnée** » comme la SF8. La SF5 nous raconte que certaines professionnelles « **versaient de l'eau sur le périnée pour diminuer la douleur et diminuer la tension qu'il peut y avoir au niveau du périnée** ». Ces méthodes sont accessoires et « **n'ont pas de preuve d'efficacité dans les études** » exprime la SF6, mais ne seront pas délétères, au pire, inutiles.

Certaines sages-femmes préfèrent alors utiliser des méthodes plus intrusives. « **Ecarter les berges du périnée postérieur, je n'ai jamais compris pourquoi, pour moi c'est plutôt rapprocher qui va aider** » s'interroge la SF3, « **soi-disant pour aider le périnée à s'amplifier** ». La SF11 a observé « **masser les fibres musculaires pour les détendre et essayer de les rassembler pour qu'elles ne se séparent pas trop, en appliquant une main de chaque côté comme un V avec le pouce sur le périnée postérieur et en exerçant une pression continue lors des contractions** » afin d'éviter les déchirures. La SF3 explique que des sages-femmes « **se servent de leur 2^e main pour retenir le périnée, mais parfois plus comme un réflexe parce qu'elles la posent juste sur le périnée sans rien faire de spécial, juste au cas où** ».

Afin de limiter les déchirures, nombreuses sont les sages-femmes qui préconisent le contrôle du dégagement de la tête fœtale.

Tous ont appris à réaliser un accouchement avec les deux mains, exceptée la SF11 qui n'utilise qu'une seule *main* « **je ne touche jamais mon périnée postérieur, on m'a appris les accouchements avec une main dans le dos, (...) je ne touche vraiment presque jamais, parce que moi on m'a appris à ne pas toucher** », habitude qu'elle a gardée par la suite. La SF9 a réalisé une garde avec une professionnelle utilisant la même technique « **main droite dans le dos et qu'on ne devait pas utiliser, on maintient la tête du bébé qu'avec la main gauche (...) j'étais pas du tout à l'aise (...) cette sage-femme m'a traumatisé** ».

La SF9 explique une autre méthode, utilisée par une « **vieille sage-femme** » « **elle maintenait à travers le périnée, en fait, la tête du bébé, sur le haut du crâne (...) c'était accompagner la tête avec une main au-dessus et une main en dessous au niveau du périnée, mais juste accompagner** », méthode qu'elle n'a jamais réessayée car elle ne se sentait pas à l'aise.

Lors de l'expulsion de la tête fœtale, le « mouchage » est une pratique fréquemment utilisée que certains nouveaux diplômés ont conservé. Cette méthode consiste à aider le bébé à sortir plus rapidement en dépliant le périnée avec la 2^e main, de manière douce et contrôlée. Cette technique est utilisée par certains uniquement dans des circonstances particulières : anomalies du rythme cardiaque fœtal, macrosomie, efforts expulsifs longs. D'autres la réalisent de manière systématique.

Lorsque les efforts expulsifs se prolongent ou sont insuffisants, que le bébé est macrosome, avant l'appel de l'obstétricien, les sages-femmes essaient toutes les méthodes dont elles disposent. Il leur arrive parfois de « **crocheter le menton** », « **aller chercher les bosses** », ou d'utiliser la manœuvre de Ritgen. Elle est systématique pour certaines, uniquement en cas de nécessité, lors d'une bradycardie par exemple, pour d'autres.

La SF4 raconte avoir vu des sages-femmes « **crocheter en même temps qu'un toucher rectal (...) moi je peux crocheter avec des compresses pour ne pas que ça glisse, mais pas de toucher rectal** ». La SF5 nous explique « **j'ai déjà vu faire et ça m'est arrivé de le faire, pour sortir la tête plus vite (...) même si le rythme est bon ce n'est pas une configuration où le bébé peut rester très longtemps (...) sur une primipare pour qui il ne se passait plus rien alors qu'elle continuait à pousser** ».

Parmi les méthodes observées par les sages-femmes nouvellement diplômées mais qu'aucune n'a conservé d'après leurs dires, nous retrouvons : le fait de crier ou d'avoir des paroles brusques envers la patiente « **parfois certaines sont en train de crier dans la pièce, non, moi je réoriente la patiente, je lui dis si elle fait comme il faut ou non, mais je ne crie pas** » nous raconte la SF4.

La manœuvre de Couder qui consiste à dégager le bras avant la tête, est citée par plusieurs sages-femmes, notamment la SF1 « **certaines sages-femmes m'ont dit de faire Couder pour débloquer l'épaule et le bras pour le sortir pour réduire le risque de déchirure, même si le bras ne gêne pas, mais je n'étais pas à l'aise** ». Il en est de même pour le SF7 « **les techniques de type Couder, quand le gamin vient avec son bras devant, je ne m'en occupe pas, je ne fais pas Couder rien du tout** ».

Enfin, la SF3 a réalisé des accouchements aux côtés de sages-femmes utilisant un miroir. Il est positionné en face de la patiente sous péridurale, si elle le souhaite, afin qu'elle puisse voir l'avancée et la naissance de son enfant. Cela permet à la sage-femme de ne pas intervenir lors de la progression de l'enfant dans le bassin, de motiver la patiente et de la rassurer, et à la patiente de gérer ses efforts de poussée. La sage-femme intervient uniquement pour le dégagement des épaules et pour récupérer l'enfant. « **J'aimerais bien essayer plusieurs trucs avant de prendre des habitudes, notamment le miroir, mais après tu te dis que tu as quand même le périnée de la dame en jeu donc tu ne vas pas faire n'importe quoi** » nous confie la SF3. La SF2 a également observé des accouchements avec des miroirs, mais il lui semble difficile de réutiliser cette technique. « **Je suis jeune diplômée, je m'adapte à ma maternité, au service car je dois faire mes preuves en tant que sage-femme avant de donner de nouvelles idées, et en plus il n'y a pas le matériel, mais ça ce n'est pas une excuse** » a-t-elle justifié.

3.5 Choix des nouveaux diplômés concernant la réalisation du dégagement foetal

Il existe donc une multitude de méthodes utilisées par les sages-femmes de manière systématique ou occasionnelle selon les circonstances de l'accouchement.

Nous nous sommes intéressés aux choix faits par les nouveaux diplômés concernant leur propre méthode. De nombreuses techniques ont été approchées. Certaines sont retenues par les nouveaux diplômés, d'autres sont plus facilement oubliées. Leurs réponses semblent être assez similaires.

La SF5 s'exprime en ces termes : « ***au fur et à mesure des stages et des sages-femmes que j'ai vu j'ai pris du bon et du moins bon, parce que tu t'adaptes à chacun*** ».

La SF5 nous explique « ***j'ai gardé en fonction de ce que j'avais vu de mon expérience qui allait bien, que je ne trouvais pas traumatique ou impactant ou désagréable ou dangereux évidemment*** ».

Dans un premier temps, ils ont choisi une méthode qui les rassure « ***ce avec quoi je suis la plus à l'aise*** » nous dit la SF1. Leur pratique est également fonction de ce que les sages-femmes leur ont montré et ce qu'elles ont vu le plus souvent « ***parce que quand tu es étudiante tu n'as pas le choix, tu fais comme la sage-femme a envie que tu fasses*** » nous confie la SF8. Ils gardent les outils qui leur semblent être les plus efficaces pour la progression dans le bassin et le dégagement du bébé : « ***j'ai gardé ce qui me plaisait pour ma pratique*** » répond de manière très générale la SF4 ; « ***j'ai gardé ce qui me paraissait logique dans la mécanique obstétricale*** » confie la SF5, « ***j'ai reproduit les trucs qui me parlaient et qui marchaient quand moi je faisais, par exemple il y avait une sage-femme qui arrivait à orienter la tête du bébé, moi j'aurai voulu réussir, je n'y suis jamais arrivée*** » explique la SF6.

Ils créent également leur méthode en fonction de « ***l'impression que c'était plus protecteur que l'autre méthode qui n'utilise pas la main droite (...) j'ai l'impression de maîtriser l'expulsion*** » raconte la SF9. La SF10 nous relate que l'hôpital dans lequel elle travaille impacte sa manière de faire « ***j'aimerais bien faire des trucs physio mais quand tu es à l'hôpital et que les gens ne pratiquent pas de la même manière et qu'en plus tu es jeune, donc tu sais que tu as des comptes à rendre, tu vas calquer sur la pratique de ceux qui travaillent avec toi*** ». Il en est de même pour la SF8 : « ***discutant avec nos consœurs qui ont peut-être une autre manière de faire que nous*** ».

Les cours reçus à l'école permettent de comprendre la mécanique obstétricale mais ce sont les stages et le terrain qui permettent d'apprendre la gestuelle, expliquent de manière unanime les professionnels interrogés.

La SF11 a bénéficié en plus, d'une formation de Bernadette De Gasquet depuis qu'elle est diplômée, ce qui lui a permis **« d'acquérir de nouvelles connaissances et de peaufiner ma méthode »**. Peu de sages-femmes pratiquent le « hands-off » car il faut être à l'aise avec cette méthode, être capable de maîtriser parfaitement un accouchement et surtout : **« pour faire du hands-off, il faut avoir un lien particulier avec la patiente, faut vraiment qu'elle t'écoute... »** affirme la SF11.

Les professionnels récemment diplômés n'utilisent pas une seule méthode, mais un mélange de différents gestes qu'ils adaptent à la situation, en s'appuyant sur ce qu'ils ont appris lors de leur formation initiale.

Ils reconnaissent que certaines positions peuvent être plus physiologiques mais avouent que leur priorité est de pouvoir être à l'aise en cas de manœuvre ou de dystocie. La SF8 confie un peu gênée **« c'est triste hein, mais je fais plus en fonction de moi et de comment je vais pouvoir agir en cas de dystocie, de trucs, que le confort de la patiente en premier, pour l'instant »**. La SF2 s'exprime à son tour **« je n'ai eu qu'un seul 4 pattes mais euh c'est perturbant. (...) Et plusieurs sur le côté mais on m'a dit tu ne touches à rien, on aidera juste pour sortir les épaules »**. Sauf en cas de demande exprimée par la patiente, ils préfèrent tous s'installer en position gynécologique. Lors de la progression du bébé dans le bassin, certains guident la patiente avec leurs doigts comme la SF5 qui a repris une méthode qu'elle a vu en stage **« je laisse mes doigts à l'intérieur si la patiente ne ressent pas ses contractions pour pouvoir la guider mais je ne les bouge pas, uniquement au début pour voir dans quelle position le bébé est »**. La SF4 raconte **« pendant la phase de progression dans le bassin je ne touche pas »**. La SF10 confie **« il m'arrive parfois de pousser une épine pendant qu'elle pousse, comme des spatules, une épine puis l'autre »**. Chacun à sa manière guide les efforts de poussée jusqu'à obtenir une présentation fœtale au grand couronnement.

Il existe différentes manières de retenir la tête fœtale dans le but d'éviter les lésions du périnée. **« Certains apprennent à le faire à 3 doigts, moi je trouve que je n'ai pas assez de force alors je prends la paume de la main pour mieux contrôler »** nous explique la SF4. En apposant sa main sur la tête du bébé, la sage-femme exerce une pression différente selon les situations (prématurés, macrosomes...) **« je fais attention à la pression que j'exerce »** confie la SF5, **« pas de grande pression mais suffisamment pour éviter que ça sorte en bouchon de champagne »** confirme la SF9.

La SF3 **« insiste bien sur la pression sur la tête fœtale et essaie aussi de fléchir un peu la tête en la retenant, parce que, plus elle est fléchie, moins le diamètre est grand »**. La position de la main pour retenir la tête varie d'une sage-femme à l'autre. La SF5 place ses **« doigts en crochet au début parce qu'il n'y a qu'un bout de la tête qui sort donc je ne veux pas cacher mon périnée antérieur et au fur**

et à mesure que la tête sort, ma main s'aplatie », la SF10 est « *droitière et quand je rétiens, je retiens comme ça [main à la verticale]* » alors que le SF7 nous dit « *je suis droitier et quand je retiens je mets ma main gauche sur la tête comme ça [main à l'horizontale]* ».

Dès lors que le bébé a sorti une partie de sa tête, les professionnels peuvent décider de ne pas intervenir et d'attendre qu'il finisse son dégagement en douceur, en « *demandant à la patiente de pousser en soufflant pour donner moins de force et mieux contrôler le périnée* » nous explique la SF5. Parfois, la sage-femme « mouche » le périnée même si la patiente ne bénéficie pas de péridurale, c'est le cas de la SF2 « *car ça accélère la sortie, et on sait que c'est quand le bébé est sur le périnée que la patiente a mal, c'est pour que la sortie soit moins douloureuse sur la longueur* ». Le fait de « *moucher* » permet de contrôler également la sortie de la tête fœtale et donc de protéger le périnée « *si je commence à voir le périnée qui blanchit ou qui commence à se déchirer, là je vais moucher pour prendre le contrôle du périnée* » raconte à son tour le SF7. La SF8 utilise cette technique en toutes circonstances « *parce que c'est comme ça qu'on me l'a appris en stage, j'ai toujours vu ça donc je refais ce que j'ai vu* », alors que la SF3 n'en a jamais fait usage « *tu gagnes un petit peu de temps en le mouchant, peut-être 20 secondes mais il serait sorti quoi (...) je pense que ça peut être intéressant quand tu as des anomalies du rythme et que tu es à quelques secondes près* ».

La manœuvre de Ritgen peut être utilisée en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. La SF9 nous raconte qu'il lui arrive de « *crocheter sur la fin quand tu es au petit couronnement et qu'il faut y aller parce qu'il est là et que je suis un peu inquiète au niveau du cœur* », la SF10 confie « *je peux être amenée à faire une manœuvre de Ritgen s'il y a des ARCF ou quand l'expulsion est vraiment très longue* ».

Quelques sages-femmes s'appuient aussi sur la littérature et sur les différentes études, qui leur ont permis de conserver certaines façons de pratiquer, et d'en oublier d'autres.

Mais tous nous confirment qu'il est difficile d'analyser leur manière de réaliser un accouchement, car ils n'ont pas assez de recul sur leur méthode « *c'est en faisant qu'on se rend compte de ce qui est efficace* » nous disent les SF6 et SF9, « *ce sont aussi les patientes qui nous permettent de nous améliorer, en fonction de ce qui aura fonctionné avec elles, ou non.* ». C'est pour cette raison que le SF7 « *analyse à posteriori chacun de ses accouchements* ». Il essaie de reprendre chaque geste réalisé afin de voir si c'était réellement efficace et non iatrogène pour la patiente.

Chaque accouchement va être réalisé d'une manière différente, « *ce n'est pas toujours pareil, ça dépend du contexte, de comment la dame pousse* » explique la SF1. Les SF6 et SF7 sont d'accord pour rajouter « *il y a vraiment une différence entre les accouchements des multipares et des*

primipares ». La SF11 confirme que « **ça dépend, quand il y a des ARCF je vais chercher le menton, toucher au périnée postérieur** ».

Certains facteurs semblent influencer les gestes réalisés par la sage-femme.

3.6 Facteurs influençant la réalisation du dégagement fœtal

A la question, réalisez-vous tous vos accouchements de cette manière, tous ont répondu « **ça dépend des fois** ». Les sages-femmes adaptent leurs gestes en fonction de la présence ou non d'une analgésie péridurale, la présence d'anomalies du rythme cardiaque... La sage-femme souhaite que le bébé naisse au plus vite et mettra alors tout en œuvre pour éviter des complications, souvent en réalisant des gestes supplémentaires « **s'il y a des ARCF je vais crocheter le menton d'une part pour accélérer la sortie et ça permet aussi de contrôler le périnée** » nous dit la SF2, ou encore « **mon dernier accouchement il y avait des ARCF, sinon j'aurai pris le temps d'attendre une contraction** » confie la SF3. Nous avons constaté que beaucoup d'entre elles retiennent la tête avec leur main à plat ou leurs doigts selon leurs habitudes. Selon le terme du bébé, elles n'exercent pas la même pression « **souvent ça va plus vite, il n'y a pas de difficulté (...) je peux retenir quand même la tête mais par contre, je fais plus attention dans la pression que je mets car ils ont la tête beaucoup plus molle que des bébés à terme** » explique la SF5. La qualité du périnée de la patiente et la présence de cicatrice sont également des critères à prendre en compte lors du dégagement « **s'il est trop tendu je pense dans ma tête que, peut-être il faudra que je fasse une épisio (...) s'il semble fragile je laisse plus de temps pour qu'il s'amplie, je ne crochète pas si le rythme est bon et je laisse le temps entre chaque contraction même si ça peut être long** » raconte la SF8.

Tous les professionnels interrogés s'interrogent sur leur propre pratique et sur le bienfondé des gestes qu'ils effectuent parfois de manière systématique, comme par réflexe « **c'est vrai, j'avais même oublié ce geste pourtant je le fais souvent** » affirme la SF10.

4. Analyse et discussion

4.1 Forces et faiblesses

Malgré une large diffusion de notre enquête auprès des professionnels concernés par notre étude, nous n'avons obtenu que peu de réponses favorables à la participation des entretiens. Nous n'avons donc pas pu obtenir une saturation des données, ce qui représente une faiblesse dans notre étude.

Par manque de littérature et d'études récentes concernant les gestes réalisés pendant l'accouchement en termes de technique et l'impact de ces derniers sur le périnée, il ne nous a pas été permis de nous appuyer sur des outils solides pour notre discussion.

Enfin, malgré nos nombreuses recherches et sollicitations auprès de professionnels experts sur le thème de la mécanique obstétricale, aucune réponse favorable ne nous est parvenue pour diriger ce travail de fin d'étude.

Le fait d'avoir interrogé des professionnels récemment diplômés représente cependant une force pour notre étude car cela a permis de limiter les biais de mémoire, de confusion et d'habitude. La réalisation des entretiens par visioconférence et non par téléphone a permis de recueillir des données non verbales, très importantes lors d'une étude qualitative et ont été d'une grande richesse en termes de données.

Ce thème, n'ayant été que très peu traité dans la littérature récente, nous a semblé intéressant à développer car les femmes, par leur projet de naissance et leur prise de conscience de l'importance du périnée, sont de plus en plus demandeuses d'être intégrées dans la prise en charge de leur accouchement.

4.2 Adaptation et critères de choix

4.2.1 Mécanique obstétricale et littérature

D'après les entretiens réalisés, les sages-femmes récemment diplômées, n'utilisent pas une, mais plusieurs méthodes gestuelles pour accompagner une naissance. Elles se réfèrent pour une majorité d'entre elles, à la théorie apprise lors de leur cursus universitaire. Si la formation initiale permet aux jeunes diplômés d'acquérir des connaissances théoriques concernant la mécanique obstétricale, la mise en pratique sur le terrain reste indispensable pour se familiariser et s'approprier les différentes techniques.

L'apprentissage des étudiants sages-femmes se fait majoritairement lors des stages, par la visualisation, les explications reçues, et la pratique des différentes méthodes utilisées par les professionnels qui les encadrent. Ils fréquentent différents lieux de stage de la maternité de niveau 1

à la maternité de niveau 3, et ont parfois l'opportunité d'effectuer leur apprentissage dans des plateaux techniques ou des maisons de naissance, ce qui leur permet de voir différentes façons et méthodes de réaliser le dégagement fœtal.

Chaque sage-femme transmet aux étudiants qu'elle encadre sa propre technique, issue de ce qu'elle a elle-même appris mais qu'elle a modelé avec sa pratique et son expérience, en lui expliquant les raisons de son choix et pourquoi elle préfère la méthode qu'elle utilise à une autre.

Cela demande aux étudiants une réelle capacité d'adaptation mais leur permet de découvrir différentes habitudes, d'en préférer certaines à d'autres et de s'approprier celles qui leur conviennent le mieux. L'étudiant forge ainsi sa propre opinion, acquiert son savoir-faire et choisit lui-même ce qu'il souhaite utiliser en fonction du contexte clinique.

Différents critères semblent intervenir dans le choix de leur propre technique.

L'apprentissage de la mécanique obstétricale joue un rôle majeur dans l'acquisition des méthodes de dégagement de la tête fœtale.

Le Traité de l'art de l'accouchement de TARNIER et CHANTREUIL dans les années 1880, décrit une technique bien précise pour réaliser un accouchement eutocique. Il se réfère au fait qu'en fin de phase expulsive, le système musculaire et les muscles abdominaux maternels sont tellement « *énergiques* » qu'ils provoquent une expulsion rapide et brusque du fœtus, entraînant alors un risque de lésion périnéale. C'est pour cette raison que les auteurs conseillent de retenir la tête fœtale lors de l'expulsion. Ils comptent quatre indications : empêcher la sortie brusque de la tête, diriger cette partie selon l'axe de l'orifice vulvaire, favoriser son mouvement d'extension lorsque le front commence à se dégager et enfin soutenir le périnée. Pour cela, le traité conseille d'appliquer la main gauche (non dominante) sur toute la portion de la tête accessible visuellement. De telle sorte que l'extrémité des doigts vienne toucher la commissure antérieure du périnée. Cette main ralentit la progression de la tête et favorise son extension lorsque le front se dégage. En même temps, la main droite (dominante) placée transversalement à plat sur le pont des parties molles, s'étendant de la vulve à l'anus. La paume de la main embrasse la saillie que forme la tête à travers le périnée. Cette main droite exerce une pression modérée lors de la contraction, qui augmente lorsque la tête franchit la vulve. Le périnée renforcé par la main droite forment un plan résistant diminuant les risques de lésions (5). Cette technique décrite depuis 1882 est enseignée depuis de nombreuses années dans les écoles de maïeutique en France. Elle représente une des méthodes les plus utilisées en France. Néanmoins, des variantes ont vu le jour au fil des années. En effet, la main gauche (non dominante) est parfois utilisée pour retenir le périnée et la main droite (dominante) pour retenir la

tête, comme nous l'ont expliqué les jeunes professionnels interrogés, tous droitiers. Le contrôle manuel du périnée n'est parfois même pas envisagé, l'accouchement ne se réalisant qu'à une main.

En 1891, Louis Couder a décrit la manœuvre suivante à réaliser pour le dégagement des épaules qui correspond à : l'abaissement de la tête et le dégagement du bras antérieur jusqu'au coude, le refoulement du coude vers le dos du fœtus et l'extraction du bras antérieur en entier, le relèvement de la tête et enfin l'extraction lente du tronc (9). Cette méthode était très utilisée au début du siècle dernier mais semble peu à peu être abandonnée et ne plus être enseignée de façon systématique dans les écoles.

Une fois la tête dégagée, le périnée est encore soumis à de potentiels risques de lésion. En effet la tête fœtale effectue un mouvement de restitution qui peut être accompagné ou non par l'accoucheur selon ses pratiques. Ce phénomène mécanique est lié au fait que les épaules passent d'un diamètre d'engagement oblique à un diamètre antéropostérieur. Si le professionnel force ce mouvement, il amène le menton du fœtus sous la symphyse pubienne maternelle. Il n'existe cependant aucune donnée de la littérature suffisante pour recommander ou non la manœuvre dite de restitution.

En France, il est plutôt habituel de nos jours, de saisir la tête entre le menton et l'occiput, de la tourner à 90° en direction du dos fœtal, et d'exercer une traction vers le bas pour abaisser l'épaule antérieure. Quand le moignon de l'épaule antérieure est fixé sous la symphyse, on redresse l'axe de traction vers le haut pour dégager le moignon de l'épaule postérieure. Cette manœuvre est appelée manœuvre de restitution.

Plusieurs méthodes sont également observées et par la suite pratiquées à plus ou moins grande fréquence par les sages-femmes nouvellement diplômées.

Les pays anglosaxons, l'Angleterre, la Suède, le Danemark utilisent une méthode appelée « hands-off ». Elle comprend uniquement l'observation du dégagement de la tête fœtale, du mouvement de restitution spontanée, du dégagement des épaules et du corps du fœtus. La main de l'opérateur n'exerce aucune pression sur la tête fœtale ni sur le périnée (8). Cette technique s'est répandue à la suite de l'étude HOOP de Mc Candlish en 1998 qui comparait la méthode « hands-on » et « hands poised ». La première consiste à maintenir la tête fœtale fléchie par une pression exercée sur l'occiput avec une main, tandis que l'autre main maintient le périnée postérieur. Le but étant toujours le même : empêcher la déflexion brutale de la tête fœtale afin de limiter le risque de

déchirure périnéale (8). Dans la seconde méthode, le praticien a sa main au-dessus de la tête fœtale, prêt à intervenir en cas d'expulsion rapide, mais ne touche pas tant qu'il n'y a pas de nécessité (8).

En France, nous utilisons plutôt la méthode du « hands-on », qui consiste à retenir la tête et le périnée en réalisant l'accouchement à deux mains. Le contrôle de la tête fœtale peut s'effectuer de différentes manières. Dans tous les cas une main est posée sur le sommet pour éviter une déflexion trop brutale et l'autre main, dite dominante, a une action différente selon la méthode décrite (5), maintien du périnée, aide au dégagement de la tête... Les professionnels interrogés aimeraient utiliser ou au moins essayer la méthode « hands off », mais en France, le contrôle de la sortie de la tête fœtale, et du périnée, est tellement présent, qu'ils ne pratiquent que très peu voire pas du tout cette technique.

La méthode viennoise, quant à elle, consiste à réduire la tension transversale du périnée en rapprochant manuellement les tissus maternels avec la main dominante. Elle consiste à placer le pouce et l'index de la main dominante pour maintenir le périnée. Le médus fléchi doit accrocher le menton fœtal, ce qui est possible uniquement lorsque la racine du nez est dégagée. Elle est utilisée pour lutter contre cette tension très élevée (5). Cette méthode n'a pas encore été évaluée, nous ne connaissons pas réellement son efficacité.

Lors du dégagement de la tête fœtale, certaines patientes décident de pousser « à glotte fermée », c'est-à-dire en bloquant l'air et en poussant avec leur sangle abdominale. La sage-femme peut être amenée à lui demander d'arrêter de pousser de cette manière pour éviter un dégagement trop violent qui créerait des lésions périnéales. Pour cela, elle doit avoir établie auparavant une bonne communication avec la patiente et créé un climat de confiance. Cette méthode est appelée dans la littérature « finish manœuvre ». Elle comporte quatre paramètres indispensables à sa réalisation : une bonne communication avec la patiente, l'utilisation d'une position d'accouchement permettant de visualiser le périnée postérieur, la pratique de l'épisiotomie sur indication et la « finish intervention » (8). Cette « finish manœuvre » correspond finalement à la méthode finnoise.

Les sages-femmes nous expliquaient qu'il était très difficile d'obtenir cette relation de confiance basée sur la communication avec la patiente, notamment en cas de barrière de langue ou d'handicap (tel que la surdité), ce qui les avait parfois déstabilisés lors de l'expulsion.

4.2.2 Bien-être fœtal

Le premier objectif du dégagement fœtal est de préserver le bien-être fœtal.

En cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, et afin de ne pas augmenter la morbidité fœtale, les sages-femmes peuvent être amenées à utiliser des gestes de manière plus sporadique.

Ainsi, la manœuvre de Ritgen est évoquée par les anciens étudiants.

Cette manœuvre a été décrite en 1903 pour la 1^{ère} fois dans Williams Obstetrics 1st Edition, décrivant la position des doigts dans le rectum, appliquant une pression vers l'avant et le haut sur le front au travers du périnée. C'est une aide au dégagement de la tête fœtale, initialement réalisée en dehors d'une contraction utérine, mais certains professionnels la réalisent pendant la contraction (8). La manœuvre de Ritgen vise uniquement à contrôler le dégagement de la tête. Elle consiste à poser une main sur le sommet fœtal, l'autre main exerce une pression du bas vers le haut sur le front, l'ensellure nasale, le menton fœtal au travers du périnée postérieur, dans le but de contrôler la sortie de la tête, mais ce n'est pas un geste de soutien du périnée (5).

Cette technique a été modifiée en 1976 de façon à être moins intrusive et désagréable pour la patiente, en plaçant deux doigts derrière l'anus (6). Ce geste correspond au « crochetage du menton », utilisé parfois de manière systématique.

Cependant, il n'existe à notre connaissance, aucune étude comparative entre cette méthode utilisée et l'état néonatal.

L'épisiotomie, quant à elle, n'est réalisée de nos jours qu'en cas de réelle nécessité pour faciliter la naissance du bébé, notamment en cas de périnée tendu risquant de créer une déchirure compliquée allant jusqu'à l'anus ou en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

4.2.3 Préservation du périnée

Si le contexte clinique le permet, les nouveaux diplômés auront à cœur de répondre à un autre objectif : préserver le périnée de la patiente et éviter les déchirures obstétricales. Pour cela, le professionnel doit connaître les principaux facteurs de risque de déchirure périnéale qui sont la parité, la macrosomie fœtale, la prolongation de la deuxième phase de travail, l'origine ethnique, etc..) et doivent savoir comment les prévenir.

Ces déchirures sont classées en quatre degrés selon leur gravité et l'atteinte du sphincter anal (1).

Tableau 3 : Classification des déchirures périnéales obstétricales

Classification française		Classification RCOG - OMS	Lésions anatomiques
Périnée intact			Sans
Périnée superficiel		1 ^{er} degré	Épithélium vaginal ou vulvaire
Périnée simple		2 ^e degré	Muscles du périnée (noyau central du périnée)
LOSA	Périnée complet	3 ^e degré-a	Moins de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-b	Plus de 50 % du sphincter anal externe
		3 ^e degré-c	Sphincter anal interne (muscle rectale)
	Périnée complet compliqué	4 ^e degré	Muqueuse rectale

Malgré toute la prévention faite, des déchirures peuvent survenir nécessitant une prise en charge afin de permettre à la patiente une récupération optimale des qualités et compétences de son périnée, et de lui assurer une qualité de vie satisfaisante. De nos jours, une déchirure obstétricale se repère, se suture et cicatrise très bien. Toutefois, malgré une réparation optimale, certaines seront à l'origine de complications : dénervation périnéale (10) , incontinences (urinaire et anale) (10,11), dyspareunies superficielles ou profondes (12), altération anale, douleurs, inconfort, impactant le quotidien de ces femmes.

Pour assurer une prise en charge optimale de la patiente ainsi qu'une qualité de vie correcte, la réparation de ces lésions doit être parfaite afin de permettre une bonne cicatrisation (13). Elle dépend de plusieurs critères qui permettront de meilleures suites : une bonne visualisation et exposition des lésions, un opérateur entraîné ainsi qu'une suture de bonne qualité.

Il est très difficile pour une sage-femme de connaître les répercussions qu'auront les gestes qu'elle réalise lors de l'accouchement. Les sages-femmes, sensibilisées à l'impact que peuvent avoir des lésions obstétricales, réalisent les accouchements avec le plus grand soin, veillant à respecter l'intégrité du périnée des patientes.

La prise en charge d'un accouchement eutocique et ses conséquences sur le périnée de la patiente va varier selon de multiples critères, à commencer par la position d'accouchement.

En France, il est plus courant de réaliser les accouchements en position gynécologique. Plusieurs intérêts se dégagent de cette position : la bonne visibilité de l'expulsion du nouveau-né, le positionnement de l'accoucheur et la possibilité d'intervention si nécessaire. La quasi-totalité des accouchements réalisés jusqu'à présent par les jeunes sages-femmes étaient avec une patiente en position gynécologique ou au moins sur le dos.

L'accouchement eutocique décrit dans la littérature, est systématiquement réalisé en position gynécologique.

Cependant, il existe une demande de plus en plus présente de la part des patientes d'accoucher dans d'autres positions. Il existe aujourd'hui des alternatives et les patientes peuvent être installées en décubitus latéral droit ou gauche, en position « quatre pattes », en suspension, etc... Ces différentes postures permettent de modifier les dimensions du bassin, d'améliorer la descente du fœtus, et pour les positions verticales, d'allier la force de gravité avec la force des efforts expulsifs, ce qui expose cependant la patiente à divers risques.

A une époque où la femme se sent actrice de son accouchement et prend elle-même ses décisions, de nombreuses études ont été réalisées afin de connaître les avantages et inconvénients des différentes positions d'accouchement, mais aucune n'a prouvé sa supériorité. De plus, il reste des phénomènes biomécaniques qui ne sont pas encore bien explorés.

Parmi celles-ci, la position « quatre pattes » semblait montrer une diminution du risque de lésion périnéale nécessitant une suture d'après l'étude Soong et al. menée en 2005 (8).

Kemp en 2013, retrouvait une diminution du taux d'épisiotomie, mais une augmentation des déchirures de 2^e degré et un taux stable de LOSA en cas d'utilisation des postures verticales par rapport au décubitus dorsal.

Enfin, une méta-analyse à partir de revues systématiques de la littérature publiée dans la Cochrane Database et Medline en 2020, a comparé les postures en décubitus dorsal versus décubitus latéral, ne montrant pas de différence significative entre les deux groupes. Une légère diminution des sutures périnéales était retrouvée lors de l'utilisation du décubitus latéral plutôt que la position semi-assise.

Aucune posture n'a réellement fait preuve de sa supériorité, il est donc recommandé d'encourager les femmes à adopter la posture qu'elles jugent la plus confortable. Néanmoins, pour éviter de majorer les risques de déchirure, il est conseillé d'opter pour une position où l'accoucheur pourra surveiller le périnée postérieur et contrôler la sortie de la tête fœtale (6).

Nous retrouvons dans la littérature un certain nombre de techniques lors du dégagement fœtal en présentation céphalique. Nous avons également pu constater lors des discussions avec les professionnels qu'ils n'utilisaient pas une mais plusieurs méthodes au cours d'un même accouchement.

En 2015, dans le collège d'obstétrique puis en 2018 lors des recommandations de pratique clinique, le CNGOF s'est appuyé sur les recommandations de TARNIER et CHANTREUIL. Celles-ci expliquent la nécessité de contrôler manuellement le dégagement de la présentation céphalique et de soutenir le périnée postérieur afin de diminuer le risque de LOSA (1). En effet, ce sont deux fonctions complémentaires, mais distinctes.

Les méthodes « hands off » et « hands poised » (8) ainsi que la méthode viennoise, déjà citées, permettent un contrôle du périnée postérieur, par sa visualisation et par le rapprochement des fibres musculaires. Ces dernières correspondent aux différentes méthodes utilisées par les sages-femmes interrogées, reflet de l'enseignement qu'elles ont reçu par les professionnels dans les services et lors des études.

Plusieurs études comparatives ont été effectuées entre le « hands on » et le « hands off ».

Mc Candlish en 1998 a conclu que le taux de lésions périnéales, du 2^e degré incluant les épisiotomies ainsi que du 3^{ème} et 4^{ème} degrés étaient similaires dans les deux groupes (36.6% versus 36.9% pour le 2^e degré ; 1,2% versus 1,5% pour les 3^e et 4^e degrés). Une étude anglaise réalisée par Gurol-Urganci et al, parue en 2013, montre une augmentation du taux de déchirures du 3^{ème} et 4^{ème} degrés en 10 ans. Cette augmentation pourrait être expliquée par l'amélioration des diagnostics des lésions sphinctériennes, mais les auteurs n'excluent pas le rôle du « hands-off » (8).

Dans une étude randomisée réalisée par Rezaei et al en 2014, comparant les deux méthodes avec pour critère de jugement le taux de lésions périnéales, les taux de déchirures de 2^e, 3^e et 4^e degrés semblent plus importants lorsque le praticien intervient avec ses mains, alors que le taux de déchirure de 1^e degré semble plus important lorsqu'il n'intervient pas. De plus, la méthode « hands-off », permettrait d'éviter de nombreuses épisiotomies. Il a donc été conclu que la pratique du «hands-off » offre plus d'avantages à la patiente en termes de déchirure sévère et d'épisiotomie et serait donc à privilégier (14).

L'étude de Samuelsson et al. datant de 1999, retrouve un risque de périnée complet plus important en cas de défaut de contrôle périnéal manuel ou de non-visualisation du périnée (10). Selon l'étude de Mc Candlish, le dégagement contrôlé de la tête fœtale s'accompagne d'une diminution des douleurs périnéales à dix jours par rapport au « hands off ».

L'étude de Mayerhofer et al. parue en 2002, quant à elle, retrouve plus de périnées complets dans le groupe contrôle manuel (10).

D'après une revue de Poulsen et al. qui a analysé en 2015 quatre études, dirigées par la même équipe, l'utilisation de la méthode finnoise a montré une diminution des LOSA, passant d'environ 4% de LOSA avant l'introduction de cette méthode à 1 à 2% de LOSA après. Cette étude est peu fiable car elle a été conduite par une seule équipe, mais un nombre important de femmes a été étudié (5).

Dans un rapport de l'HAS datant de 2020, regroupant différentes recommandations internationales concernant le soutien ou non du périnée durant la phase d'expulsion du fœtus. La NICE (The National Institute for Health and Care Excellence, en Angleterre) ne préconise pas l'utilisation de l'une ou de l'autre des méthodes au vu des résultats des études. Le Queensland (recommandations en Australie) recommande de faire un choix en accord avec la patiente car il n'y a pas de preuve suffisante pour recommander l'une ou l'autre des méthodes. Néanmoins, elle conseille de contrôler la sortie de la tête fœtale si celle-ci est trop rapide (8), ce qui correspond finalement à utiliser le « hands poised ».

Nous avons pu constater que certains professionnels réalisent les accouchements à l'aide d'une seule main, ne retenant que la tête fœtale, l'autre main restant dans le dos pour ne pas intervenir, mais aucune étude allant dans ce sens n'a été retrouvée.

Nous ne pouvons donc pas conclure à une méthode plus efficace qu'une autre pour éviter les lésions périnéales. Il semble donc difficile d'enseigner une seule méthode aux étudiants sage-femmes.

Selon l'étude de Pirhonen réalisée en 1998, la manœuvre de Ritgen, permet de réduire significativement le risque de périnée complet. Elle conclut que cette technique devrait accompagner tous les accouchements par voie basse sans extraction instrumentale.

A l'inverse un essai randomisé de Jonsson et al. en 2008, ne permet pas de conclure à une diminution de lésions périnéales du 3^e et 4^e degrés (5,5% versus 4,4% et 6,3% (6) avec l'utilisation de la manœuvre de Ritgen versus 5,3% lors d'un maintien classique (8), ni du taux d'épisiotomie (13,7% versus 16,9% par maintien classique).

Elle n'est donc pas recommandée de manière systématique dans le but de protéger le périnée, d'après l'HAS (8).

Enfin, la manœuvre de Couder, utilisée parfois lors du dégagement des épaules semble être un moyen simple et efficace de diminuer le taux de déchirures périnéales de degré 2 (5).

« Les anciens disaient : c'est la tête qui fragilise et l'épaule postérieure qui déchire » (6).

D'après un récent travail prospectif de Mottet et al. en 2017, la manœuvre de Couder semble diminuer le taux de déchirures périnéales de 2^e degré et augmenter les taux de périnées intacts,

néanmoins ces études n'ont été réalisées que sur un très faible nombre de patientes et ne sont donc que peu représentatives (6), toutefois, cette manœuvre n'est que très peu utilisée aujourd'hui.

Afin de rester dans la physiologie et tenter de préserver le périnée lors des efforts expulsifs, certaines sages-femmes utilisent des méthodes douces avec des produits tels que du savon ou de la vaseline. D'après les sages-femmes interrogées, il semblerait que cela permette au bébé de glisser plus facilement dans la filière génitale et donc faciliter l'expulsion. Néanmoins, nous n'avons pas de preuve de l'efficacité de ces outils, aucune étude n'ayant été retrouvée.

L'utilisation de compresses chaudes, de massages périnéaux, la prolongation de la 2^e phase de travail, l'utilisation de différentes positions d'accouchement, permettraient de favoriser l'accouchement naturel et préserver la santé physique, émotionnelle et sexuelle des mères.

Un essai contrôlé randomisé australien de 2007 n'a montré aucune différence significative concernant le taux de sutures périnéales (78,6% versus 79,9% dans le groupe témoin, qui n'avait pas bénéficié de l'application de compresses chaudes), mais a permis de diminuer le taux de LOSA (4,2% versus 8,7% dans le groupe témoin) et les douleurs lors de l'accouchement (34% versus 54% sans compresse chaude) (8). Dans une méta-analyse d'Aasheim et al. en 2017, l'application de compresses chaudes n'a aucun impact sur les déchirures de 1^e et 2^e degrés, mais diminuent nettement (54%) les LOSA (5).

L'application de compresses chaudes ou de lubrifiants dans la dernière partie de la deuxième phase du travail, dans l'objectif de réduire le taux de lésions périnéales, a fait l'objet d'une étude randomisée menée par Dahlen et al. en 2007 (11) et n'a pas permis de montrer une diminution du taux d'épisiotomies chez les nullipares, mais diminue significativement les déchirures du troisième et quatrième degrés, la douleur en postpartum et les problèmes d'incontinence urinaire (11).

D'après ces études, les compresses chaudes seraient donc bénéfiques, mais ces résultats ne permettent pas de conclure à leur utilité par le manque de patientes étudiées, car peu d'études ont été réalisées à ce propos.

D'après une étude de Stamp et al. réalisée en 1997, la pratique du massage périnéal ne montre ni effet protecteur ni effet délétère sur le périnée (11). A l'inverse, d'après l'étude de Parnell parue en 2001, le massage périnéal pendant l'expulsion spontanée permettrait un assouplissement du périnée et une extensibilité des tissus, qui diminuerait nettement le risque de périnée complet, et devrait accompagner tous les accouchements dans le but de protéger le périnée (15).

En conclusion, nous ne pouvons pas conclure aux bénéfices de ces méthodes accessoires ni à leur utilité sur les déchirures périnéales, mais elles ne semblent pas être délétères, au pire, inefficaces. Lors des entretiens réalisés, nombreuses sont celles qui nous ont confié qu'elles utilisaient ces méthodes douces sans grande conviction de leur efficacité, mais elles « **tentaient tout** » pour éviter des déchirures.

Il n'existe que peu de littérature et d'études établissant un lien entre la manière dont l'accouchement a été réalisé, les gestes utilisés et les lésions créées chez la patiente ainsi que les complications en postpartum. En effet, les techniques utilisées lors du dégagement fœtal ne sont pas mentionnées dans les dossiers des patientes, ce qui ne permet pas de conclure à une méthode préférentielle.

Parmi les complications, nous pouvons citer l'incontinence. Certaines femmes connaissent ce risque et préfèrent demander en cours de grossesse, une césarienne prophylactique pour préserver leur périnée plutôt que d'accoucher par voie basse. Pour ces patientes, la césarienne programmée peut sembler plus protectrice, mais ce n'est pas exactement ce qui est démontré dans les différentes études réalisées par Mac Lennan et Peyrat dans les années 2000, qui concluent qu'une césarienne de convenance pour motif périnéal ne promet pas non plus une absence d'incontinence anale ou urinaire (15).

En effet, il existe deux types d'incontinences : l'incontinence urinaire, pour laquelle l'accouchement par voie basse est un des facteurs de risque (15), et l'incontinence anale, pour laquelle les études ont permis de démontrer que la seule cause obstétricale d'incontinence durable était les déchirures périnéales de degrés 3 et 4 soient les LOSA. Dues à une cause mécanique, la distension exagérée ou trop rapide du périnée, surtout en cas d'accouchement instrumental, de macrosome ou de dégagement en variété postérieure (5). Nous comprenons alors l'intérêt de dépister ces situations afin d'éviter les complications. Certaines femmes peuvent présenter des troubles sphinctériens du post partum qui se rétablissent ensuite, les principaux facteurs de risque étant l'âge maternel, la parité, l'obésité, la durée de la deuxième partie du travail, l'épisiotomie médiane, les déchirures sphinctériennes (périnée complet) et l'accouchement par forceps (10).

Des nombreuses méthodes obstétricales peuvent être proposées pour prévenir les troubles périnéaux du post-partum, comme nous l'avons vu précédemment : épisiotomie, accouchement en position verticale, poussée retardée, massage périnéal, compresses chaudes, rééducation périnéale, mais les résultats sont décevants ou limités.

Les principaux facteurs de risque de déchirure du sphincter anal sont : la primiparité, la macrosomie, l'extraction instrumentale, la prolongation de la deuxième phase du travail (15) les présentations postérieures et l'épisiotomie médiane (10). L'origine ethnique de la patiente va également avoir un impact dans les risques de déchirure périnéale. L'étude de De Leeuw parue en 2001, montre que les patientes asiatiques ou indiennes ont des périnées plus fragiles (15). Des modifications tissulaires peuvent s'associer à l'incontinence urinaire ou au prolapsus génital, telles que les modifications du métabolisme des fibres de collagène et d'élastine (10) qui peuvent expliquer ces disparités ethniques. En effet, la SF10 nous avait fait part des difficultés qu'elle rencontrait pour éviter les déchirures périnéales et pour suturer les périnées des patientes d'origine asiatique.

De ce fait, lors d'un accouchement par voie basse, la sage-femme essaie de réduire au maximum les risques de lésions périnéales. Pour cela, elle tente de tourner les présentations postérieures, en mobilisant la patiente, en utilisant des positions différentes, notamment le « quatre pattes », en tentant une rotation manuelle de la présentation fœtale. La rotation manuelle d'une variété postérieure permet de diminuer les risques de déchirure en cas d'accouchement par voie basse mais est également à risque de lésion périnéale notamment cervico-vaginales à la suite de cette manœuvre (2 à 3% selon les études de Haddad et al parue en 1995 et Shaffer et al. en 2015) (16).

Comme vu précédemment, l'épisiotomie n'est réalisée qu'en cas de nécessité lorsque le périnée est trop tendu, pour éviter une déchirure complète appelée LOSA ou faciliter le dégagement fœtal. Toutefois la SF10 nous a confié lors de l'entretien qu'il lui arrivait certaines fois de devoir réaliser des épisiotomies sur des périnées non tendus afin d'éviter des déchirures de 4^e degré filant jusqu'au sphincter anal chez des patientes ayant des périnées très friables. Elle est parfois réalisée en systématique en cas d'accouchement instrumental selon le médecin.

Nous retrouvons également des dyspareunies en post partum. Elles correspondent à des douleurs déclenchées par des rapports sexuels, une sensation d'inconfort ressentie dans la région vestibulaire, vaginale ou pelvienne pendant ou immédiatement après un rapport sexuel. Elles touchent 3% des couples. Le CNGOF décrit des dyspareunies superficielles à l'entrée du vagin, souvent due à une pathologie vulvo-vaginale, et des dyspareunies profondes (12).

Ces douleurs pelviennes vont créer un inconfort chez la femme, qui peuvent impacter sa vie quotidienne et sa vie de femme. Les sages-femmes semblent sensibilisées à l'impact que peuvent avoir des lésions obstétricales et réalisent l'accouchement avec le plus grand soin.

20 à 50 % des patientes souffrent de dyspareunies en post partum, un chiffre qui diminue de moitié en quelques mois. Une déchirure périnéale retarde la reprise des rapports sexuels et est associée à plus de dyspareunies, mais la différence n'est plus significative après six mois (10). En effet, les dyspareunies sont souvent liées à la cicatrisation des déchirures, au fur et à mesure que le temps passe, la cicatrice d'épisiotomie ou de déchirure disparaît, les tissus se détendent peu à peu, entraînant moins de gêne pour la patiente et s'intègrent dans son schéma corporel. Comme le montre l'enquête de Dean datant de 2008, plusieurs années après l'accouchement, les dyspareunies sont plus fréquentes chez les femmes ayant souffert d'un périnée complet (10).

Conclusion

Grâce aux entretiens qualitatifs réalisés auprès des sages-femmes diplômées en 2022, nous avons pu nous interroger sur les critères de choix des nouveaux diplômés concernant les différentes méthodes gestuelles utilisées lors du dégagement fœtal.

Nous avons pu constater que tous les professionnels n'utilisent pas une méthode en particulier mais plutôt une succession de gestes dérivés le plus souvent de la méthode « hands on ». La mécanique obstétricale, apprise lors de leur cursus, les stages effectués auprès de leurs paires leur ont permis de façonner leur propre pratique.

Une fois diplômés, ils ont pu adopter la technique qui leur semblait la plus adaptée et efficace et avec laquelle ils étaient le plus à l'aise.

Des facteurs intrinsèques à la sage-femme interviennent dans le choix de la technique à adopter : l'expérience, les habitudes, l'aisance à réaliser un accouchement, mais aussi le lieu et les conditions de travail qui impacteront la manière de faire.

Les sages-femmes se doivent d'être sécuritaires bien que chaque accouchement soit différent. Les gestes sont en effet réalisés en fonction des circonstances cliniques, et de nombreux critères doivent être pris en compte : la parité, la présence ou non de péridurale, la variété de présentation, l'estimation du poids fœtal, le rythme cardiaque fœtal, la position de la patiente à l'expulsion, la qualité du périnée.

Rappelons que les deux objectifs principaux de toutes les sages-femmes lors du dégagement sont : assurer le bien-être fœtal et préserver le périnée.

Si le « hands on » et ses variantes sont très utilisés, le « mouchage » du périnée, la manœuvre de Ritgen, l'épisiotomie sont pratiqués essentiellement en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Les sages-femmes interrogées, précisent, comme les recommandations du CNGOF, de l'HAS et autres conclusions d'études, que les deux objectifs sont liés : « il faut contrôler la sortie de la tête fœtale afin d'éviter des lésions périnéales. ». La majorité des professionnels ont ajouté l'importance du contrôle du périnée en retenant les berges de part et d'autre afin de limiter les déchirures. Ces notions sont renforcées par différentes études. Mais ils disposent également de plusieurs outils comme les compresses chaudes, les massages périnéaux, le savon et la vaseline, pratiques couramment utilisées mais qui, d'après les études retrouvées, n'ont pas prouvé leur réelle efficacité.

Peu d'études ont été réalisées et aucune n'a prouvé sa supériorité en termes de bénéfices sur le bien-être fœtal et sur le périnée de la patiente. Afin de prouver la supériorité d'une méthode par rapport à une autre, il faudrait réaliser une étude quantitative sur le taux et le type de lésions en fonction du type de dégagement fœtal. Mais nous rencontrerions une difficulté majeure, car le type de dégagement n'est jamais indiqué dans les dossiers médicaux des patientes. De plus, il existerait toujours des facteurs intrinsèques à la patiente tels que son poids, la qualité de son périnée, etc., qui entraîneraient des biais à cette étude.

Nous espérons, à l'issue de ce travail, pouvoir réaliser un support écrit théorique pour les étudiants en maïeutique expliquant comment réaliser le dégagement fœtal et quelle méthode utiliser. Il nous paraît cependant impossible de créer un tel support, compte tenu de la multitude de situations qu'il est possible de rencontrer lors d'un accouchement et des gestes potentiels que la sage-femme peut réaliser.

Finalement, nous recommandons aux étudiants d'observer les différentes méthodes utilisées par leurs formateurs en stage, de se questionner sur l'intérêt de réaliser une méthode plutôt qu'une autre selon le contexte et la situation clinique, et de retenir toutes celles qui leur paraissent pertinentes. L'adaptation semble être la solution la plus juste car il semblerait que ce soit l'association de plusieurs gestes qui permet à la sage-femme d'accompagner la mère dans la naissance de son enfant, en préservant leur bien-être tout en limitant les déchirures périnéales.

Références bibliographiques

1. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : Prévention et protection périnéale en obstétrique (texte court) [Internet]. 2018 p. 18. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003
2. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Les techniques périnéales, au cours de la deuxième phase du travail, pour réduire les traumatismes périnéaux [Internet]. Cochrane. 2017 [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD006672/PREG_les-techniques-perineales-au-cours-de-la-deuxieme-phase-du-travail-pour-reduire-les-traumatismes
3. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes. EMC - Techniques chirurgicales - Gynécologie. avr 2013;8(1):1-16.
4. Body G, Lansac J. Présentation du sommet. EMC - Obstétrique. 1994;5(49):10.
5. Gabriel R, Bonneau S, Raimond E. Protection du périnée pendant l'accouchement. EMC Obstétrique. oct 2019;14(4):16.
6. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2018;46(12):937-47.
7. CNGOF. Gynécologie Obstétrique - CNGOF 2015 ; Collection (Les Référentiels des Collèges) ; Elsevier Masson [Internet]. CNGOF Les référentiels des collèges Elsevier Masson. 2015 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/index.html>
8. Pizzagalli F. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) avec la collaboration du Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) et du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) – postures maternelles lors du second stade du travail, techniques de l'accouchement et protection périnéale. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2020;48(12):931-43.
9. P.-L.ForeyC.SoulierC.CurtelinL.CurtoL.PreaubertP.HoffmannD.Riethmuller. Introduction de la manœuvre de Couder et évolution des lésions périnéales | Introduction of the Couder manoeuvre and perineal injuries. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. déc 2021;(50 (2022)):645-9.

10. Fritel X. Périnée et grossesse. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 mai 2010;38(5):332-46.
11. Morin C, Nguyen F, Leymarie MC. Les techniques d'aide à l'expulsion. La Revue Sage-Femme. 1 sept 2011;10(4):182-8.
12. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. EXTRAIT des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique [Internet]. Paris; 2010 déc [cité 16 mars 2023] p. 513. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
13. Debuigny J. Dyspareunies du post-partum: prévention, dépistage et prise en charge par les sages-femmes libérales.
14. Rezaei R, Saatsaz S, Chan YH, Nia HS. A comparison of the « hands-off » and « hands-on » methods to reduce perineal lacerations: a randomised clinical trial. J Obstet Gynaecol India. déc 2014;64(6):425-9.
15. Dupuis O, Madelenat P, Rudigoz RC. Incontinences urinaires et anales post-obstétricales : facteurs de risque et prévention. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juin 2004;32(6):540-8.
16. Le Ray C, Goffinet F. Technique et intérêt de la rotation manuelle en cas de variété postérieure. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. oct 2011;39(10):575-8.

Annexes

ANNEXE I : Lettre de présentation envoyée aux écoles

Kanna VAULOT
Etudiante sage-femme en 5^{ème} année
Ecole de Bourg-en-Bresse
06 44 36 94 54
kanna.vaulot@etu.univ-lyon1.fr

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année à l'école de Bourg-en-Bresse.

Dans le cadre de mon mémoire de recherche et en vue d'obtenir mon diplôme d'état, j'ai choisi de travailler sur la réalisation de l'accouchement, et plus particulièrement sur le dégagement de la tête fœtale.

Pour mener à bien ce projet, je souhaiterais échanger avec des sage-femmes récemment diplômé(e)s.

Mon objectif est de réaliser des entretiens soit en présentiel, soit par visio-conférence ou bien encore par téléphone.

Si mon sujet vous intéresse et que vous souhaitez m'aider dans la réalisation de ce projet, vous pouvez me contacter par téléphone ou par mail à l'adresse indiquée ci-dessus.

Votre aide m'est indispensable et votre participation me sera précieuse.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ce courrier.

Kanna VAULOT

ANNEXE II : Trame d'entretien

Trame entretien

- **Parlez-moi un peu de vous** (école de sage-femme, diplômée depuis 2022, lieux de stage (types de maternité : CHU, label IHAB, étranger, DROM TOM, ... et niveau de la maternité), lieux d'exercice actuel, service actuel, lieux et service d'exercice depuis le diplôme
- Racontez-moi votre dernier accouchement
- Réalisez-vous tous les accouchements de cette manière (gestuelle) ?
- Pourquoi ?
- Connaissez-vous différentes techniques de dégagement et lesquelles ?
- En préférez-vous l'une par rapport aux autres et pourquoi ?
- Avez-vous remarqué une technique ou une autre plus protectrice pour le périnée ?

Influences :

- RCF
- Couleur du LA
- Terme
- Efficacité des efforts expulsifs, temps de poussée
- Appréhension de la patiente
- Fatigue maternelle
- Péridurale ou non
- Position de la patiente
- Taille du bébé : macrosome, eutrophe, PPAG/RCIU
- Présentation du bébé
- ATCD obstétricaux de la patiente (périnée 4, épisiotomie, instruments pour efforts expulsifs-insuffisants, parité...)
- Qualité du périnée (friable, tendu...)
- Fréquence des contractions
- Apprentissage pendant les études
- Lieu d'exercice (CHU / plateau technique ou maison de naissance)
- Prise en charge d'étudiant(e)s ?

Annexe III : Autorisation à remplir par les professionnels interrogés

AUTORISATION d'enregistrement et de recueil de données

Je soussigné(e), _____, sage-femme, accepte de participer à un entretien par visio-conférence avec Kanna VAULOT, étudiante sage-femme à l'école de Bourg en Bresse, dans le cadre de la réalisation de son mémoire de fin d'études.

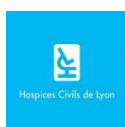
Je l'autorise à enregistrer l'entretien que nous allons réaliser ce jour, afin qu'elle puisse retranscrire les données recueillies, de manière totalement anonyme et dans le respect du secret médical.

Elle m'a fait part que les enregistrements seront détruits à l'issue de son travail de recherche.

Fait le :

Signature

ANNEXE IV : Synopsis



PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux

Site Bourg en Bresse

Auteur : Kanna VAULOT	Date de ce synopsis : 03/02/2022
Directeur de recherche (nom, qualification) : Sage-femme ayant un DU de mécanique obstétricale <input type="checkbox"/> envisagé	
Titre provisoire : L'apprentissage des différentes méthodes gestuelles de dégagement de la tête fœtale	
Constat / Justification / Contexte : De nombreux étudiants rencontrent des difficultés lors de leurs stages, à apprendre et à réaliser le dégagement de la tête fœtale. Il existe autant de méthodes que de professionnels, et très peu de littérature, de recommandations de bonnes pratiques et aucun protocole. Certaines pratiques telles qu'une pression exercée sur le périnée postérieur sont réalisées par certains professionnels, et proscrit par d'autres. Le dégagement et les méthodes utilisées afin d'accélérer cette phase d'expulsion dépendent du contexte clinique, fœtal et maternel. De ce fait, il est impossible d'enseigner une méthode de référence aux étudiants sur des mannequins.	
Cadre conceptuel, données de la littérature <input checked="" type="checkbox"/> Autre : Pédagogique Le dégagement correspond au franchissement, par la présentation, du détroit inférieur du bassin maternel. Il existe de nombreuses manières pour l'accoucheur de positionner ses mains lors du dégagement de la tête fœtale. Dans la littérature, nous pouvons retrouver de brèves descriptions de certaines méthodes utilisées lors du dégagement de la tête fœtale, ayant pour but d'éviter et de limiter les déchirures périnéales. Il n'existe aucune méthode plus efficace ou à préférer. <ul style="list-style-type: none">• Technique de soutien du périnée = Hands on : consiste à maintenir la tête fœtale fléchie par une pression exercée sur l'occiput avec une main et l'autre main maintient le périnée postérieur. (6)• Hands off : comprend uniquement l'observation du dégagement de la tête fœtale, du mouvement de restitution spontané et du dégagement des épaules et du corps du fœtus. La main de l'opérateur n'exerce aucune pression sur la tête fœtale, ni sur le périnée (6)• Hands poised : les mains du praticien sont au-dessus de la tête fœtale sans la toucher mais prêtes à intervenir en cas d'expulsion rapide (2) ⇒ Le but de ces différentes méthodes est d'éviter les déchirures périnéales• The finish intervention : nécessite une bonne communication avec la patiente, the finish manœuvre, une position d'accouchement permettant de visualiser le périnée dans la dernière minute de l'accouchement, une épisiotomie sur indication. Cette méthode consiste à contrôler la vitesse du dégagement de la tête fœtale par une pression exercée sur l'occiput avec une main, simultanément, le pouce et l'index de l'autre main sont utilisés pour maintenir le périnée pendant que le majeur accroche le menton du fœtus. Lorsque le menton	

<p>est correctement agrippé, on demande à la patiente d'arrêter de pousser et de respirer rapidement pendant que l'accoucheur aide doucement la tête fœtale à progresser vers l'orifice vaginal. (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manœuvre de Ritgen : consiste à aider le dégagement de la tête fœtale avec une main qui crochète le menton du fœtus au travers du périnée postérieur pendant que l'autre main posée sur l'occiput maintient la tête fléchie. Cela permettrait un meilleur contrôle de la tête fœtale et une diminution des déchirures périnéales (2) • Rotation manuelle de Tarnier et Chantreuil : manœuvre à réaliser en cas de variété de présentation postérieure. La patiente doit être placée en position gynécologique, au mieux sur les étrières pour faciliter l'intervention de l'opérateur. La vessie doit être vide. La main utilisée par l'opérateur varie selon la variété de présentation : la main droite prend appui en arrière de l'oreille fœtale droite pour les variétés gauches (OIGT et OIGP) et la main gauche en arrière de l'oreille gauche pour les variétés droites (OIDD et OIDP). L'opérateur place donc sa main juste derrière l'oreille fœtale et, lors d'une contraction et d'un effort de poussée, imprime un mouvement de rotation vers l'avant, en direction de la symphyse pubienne, à la tête fœtale afin d'amener l'occiput fœtal en regard de l'arc antérieur du bassin maternel (16)
<p><u>Objectif(s) de recherche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprendre comment les étudiants apprennent à réaliser le dégagement de la tête fœtale, comment se construit leur pratique personnelle - Identifier les difficultés récurrentes concernant cet apprentissage, qui peuvent être liées à la formation
<p><u>Méthodologie / Schéma de la recherche :</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Qualitatif</p>
<p><u>Trame d'entretien</u> si recherche qualitative :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Racontez-moi comment s'est passé votre dernier accouchement ? <p><u>Phrases de relance :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisez-vous tous les accouchements de cette manière ? • Existe-t-il des facteurs influençant votre manière de réaliser l'accouchement ? • Comment avez-vous appris, pendant vos études, à réaliser un accouchement ?
<p><u>Population cible et modalités de recrutement :</u></p> <p>Les sage-femmes nouvellement diplômées (moins d'un an)</p> <p>Les sage-femmes ayant eu une variété de stages pendant leurs études : ayant fait des stages en maison de naissance (Bourgoin Jallieu, Grenoble...), en plateau technique ou en pôle physio (Lons le Saunier, Givors), dans des maternités ayant le label IHAB</p>
<p><u>Critères d'inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme diplômée en 2022 - Sage-femmes ayant une variété de stage en hôpitaux, pôle physiologique, à l'étranger
<p><u>Critères de non-inclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme ayant fait ses études à l'étranger et n'ayant pas pratiqué d'accouchement

<u>Critères de sortie d'étude :</u> <ul style="list-style-type: none"> - Sage-femme ne souhaitant pas réaliser l'entretien - Sage-femme souhaitant interrompre l'entretien 	
<u>Nombre de sujets nécessaires :</u> Une douzaine, jusqu'à saturation des données	
<u>Durée de l'étude et calendrier prévisionnel :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Entretiens automne 2022 • Analyse des résultats 	
<u>Lieu de la recherche :</u> <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique : <i>sage-femmes nouvellement diplômées en libéral, en hospitalier ...</i> Justifiez de ce choix : Afin d'avoir un plus grand nombre de méthodes et d'apprentissage différent	
<u>Retombées attendues :</u> <ul style="list-style-type: none"> • Comprendre comment les nouveaux diplômés ont acquis leur méthode du dégagement de la tête fœtale, comment ont-ils appris à le réaliser en étant étudiants. • Créer un outil pédagogique afin d'aider les étudiants à apprendre à réaliser le dégagement de la tête fœtale, peu importe la clinique 	
<u>Aspects éthiques et réglementaires :</u> <input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH) <input checked="" type="checkbox"/> Multicentrique (MR-004) <input checked="" type="checkbox"/> Fiche information préalable <input checked="" type="checkbox"/> Renseigner registre de traitement des données <input checked="" type="checkbox"/> Signature engagement confidentialité Autres informations : Accord des sage-femmes	<u>Promoteur :</u> <input checked="" type="checkbox"/> CHB <hr/> <u>Autres accords :</u> <input type="checkbox"/> cadre <input type="checkbox"/> chef de service
Bibliographie : <ol style="list-style-type: none"> 1. Riethmuller D, Ramanah R, Mottet N. Quelles interventions au cours du dégagement diminuent le risque de lésions périnéales ? RPC Prévention et protection périnéale en obstétrique CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. déc 2018;46(12):937-47. 2. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Les techniques périnéales, au cours de la deuxième phase du travail, pour réduire les traumatismes périnéaux [Internet]. Cochrane. 2017 [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/fr/CD006672/PREG_les-techniques-perineales-au-cours-de-la-deuxieme-phase-du-travail-pour-reduire-les-traumatismes 3. Le Ray C, Goffinet F. Technique et intérêt de la rotation manuelle en cas de variété postérieure. Gynécologie Obstétrique Fertilité. 1 oct 2011;39(10):575-8. 	

Mots clés :

- Accouchement voie basse
- Dégagement de la tête fœtale
- Expulsion
- Apprentissage d'une méthode
- Gestuelle de l'accoucheur
- Position des mains

ANNEXE V : Engagement de confidentialité et traitement des données



Information préalable au traitement

À remettre à la personne concernée

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'étude sur l'apprentissage des différentes méthodes gestuelles de dégagement de la tête fœtale, nous vous informons que vos données feront l'objet d'un traitement aux fins de la recherche.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse accorde une importance toute particulière à la protection de vos données personnelles et de vos droits, dans le respect du cadre légal posé par le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et par la Loi Informatique et Libertés (Loi n°78-17).

I. Objet du traitement de données personnelles

Les données à caractère personnel traitées par le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse en qualité de Responsable de traitement (promoteur de la recherche), serviront à renseigner l'ensemble des documents nécessaires à la validation de la recherche par les autorités compétentes. À ce titre, elles seront traitées par l'équipe de recherche et pourront être communiquées à différents organismes (CNIL, Comité de Protection des Personnes, Commission Nationale des Recherches Impliquant la Personne Humaine, CERES).

Finalité du traitement :

- Comprendre comment les étudiants apprennent à réaliser le dégagement de la tête fœtale et comment se construit leur pratique professionnelle.
- Identifier les difficultés récurrentes concernant cet apprentissage.

Base légale du traitement :

La base juridique de ce traitement est l'exécution de la mission d'intérêt de santé publique prévue par l'article 6, alinéa 1, du RGPD.

II. Données personnelles traitées

Catégories de données personnelles traitées :

- Vie professionnelle : école, études, lieux de stages, pratiques professionnelles, etc.

Source des données personnelles :

- Sage-femmes diplômées en 2022 avec une expérience à l'étranger ou stages variés.

III. Durée de conservation des données personnelles

Les données recueillies dans le cadre de la recherche seront supprimées à l'issue de celle-ci.

IV. Destinataires des données personnelles

Catégories de destinataires :

Vos données sont réservées aux seules personnes ayant besoin d'en prendre connaissance dans le cadre de cette étude. Ils sont tous soumis dans l'exercice de leurs fonctions au secret professionnel.

V. Mesures de sécurité appliquées au traitement

Les informations seront conservées de façon dématérialisée et sous format papier afin d'effectuer les démarches nécessaires à cette recherche jusqu'à la publication de la recherche. Dans le cadre de la recherche entreprise, vos données pourront être analysées, croisées et publiées sous la forme de statistiques anonymes.

VI. Vos droits sur les données vous concernant

Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ou une opposition et/ou effacement, pour des raisons justifiées par votre situation particulière, ou une limitation du traitement relatif à votre personne en écrivant au Délégué à la Protection des données (DPO) du Groupement Hospitalier de Territoire Bresse-Haut-Bugey. Vous pouvez le contacter par voie électronique à l'adresse suivante : dpo@ght01.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante : *Délégué à la protection des données, Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, 900 route de Paris, CS90401, 01012 BOURG-EN-BRESSE CEDEX*. Il pourra aussi répondre à toutes vos questions concernant la protection des données personnelles.

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits sur vos données ne sont pas respectés, vous pouvez vous rapprocher de l'autorité de contrôle en matière de protection des données personnelles et introduire une réclamation, directement sur leur site internet : <https://www.cnil.fr/>

Résumé en français et en anglais

Auteur : VAULOT Kanna	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : L'APPRENTISSAGE DES METHODES GESTUELLES LORS DU DEGAGEMENT FŒTAL - Etude qualitative auprès de sages-femmes diplômées en 2022	
<p>Résumé :</p> <p>Introduction – Il existe différentes techniques pour réaliser le dégagement fœtal. La quasi-totalité des accouchements sont réalisés en France selon la méthode « hands-on ». Les pays anglo-saxons préfèrent quant à eux la méthode « hands-off ». Il existe cependant de nombreuses variantes. Le principal rôle de la sage-femme lors d'un accouchement physiologique est d'assurer une bonne adaptation néonatale et d'éviter les lésions périnéales. A travers ce mémoire, nous allons tenter de comprendre sur quels critères les professionnels nouvellement diplômés choisissent d'utiliser une méthode plutôt qu'une autre.</p> <p>Objectifs – Comprendre les critères de choix des nouveaux diplômés quant aux techniques de dégagement du fœtus lors de l'accouchement physiologique</p> <p>Méthode – Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique, réalisée à partir d'entretiens semi directifs auprès de sages-femmes diplômées en 2022 de différentes écoles de maïeutique françaises.</p> <p>Résultats – Les sages-femmes n'utilisent pas une méthode précise, mais une multitude de gestes et manœuvres issues de techniques différentes se référant à la mécanique obstétricale. De nombreux facteurs influencent la réalisation du dégagement fœtal : ce qui a été vu durant leur cursus en stage, le contexte clinique, la nécessité de maîtriser en toutes circonstances, la volonté de ne pas être délétère pour la mère et l'enfant amenant les professionnels en charge de l'accouchement à s'adapter à chaque situation.</p> <p>Conclusion – Il ne semble pas exister une méthode unique et universelle pour la réalisation d'un accouchement, ni une méthode plus protectrice qu'une autre pour le périnée. La littérature et le peu d'études sur ce sujet ne permettent pas d'affirmer avec certitude la supériorité d'une technique par rapport à une autre. Chaque étudiant est confronté à différents gestes et techniques utilisés et observés lors de sa formation. Diplômé, il décide de s'approprier et de réaliser celles qui lui semblent les plus adaptées face aux situations rencontrées.</p> <p>Mots clefs : Accouchement voie basse, périnée, déchirures, lésions périnéales, hands-on, hands-off, bien-être fœtal et néonatal</p>	

Titre : LEARNING GESTURAL METHODS DURING FETAL RELEASE - Qualitative study with midwives graduated in 2022
<p>Abstract:</p> <p>Introduction – There are different techniques to achieve fetal release. Almost all deliveries are carried out in France using the hands-on method. Anglo-Saxon countries prefer the hands-off method. However, there are many variations. The main role of the midwife during a physiological delivery is to ensure good neonatal adaptation and to avoid perineal lesions. Through this brief, we will try to understand on what criteria newly graduated professionals choose to use one method rather than another.</p> <p>Objectives – To understand the selection criteria of new graduates about fetal release techniques during physiological delivery.</p> <p>Method – This is a qualitative, multicentric study based on semi-structured interviews with midwives graduated in 2022 from various French schools of maieutic.</p> <p>Results – Midwives do not use a precise method, but a multitude of gestures and maneuvers from different techniques referring to obstetric mechanics. Many factors influence the realization of fetal release: what was seen during their internship, the clinical context, the need to master in all circumstances, the desire not to be harmful to the mother and child, leading the professionals in charge of the delivery to adapt to each situation.</p> <p>Conclusion – It does not seem to be a single, universal method for delivering, or a more protective method than another for the perineum. The literature and the few studies on this subject do not allow to affirm with certainty the superiority of one technique over another. Each student is confronted with different gestures and techniques used and observed during his training. As a graduate, he decides to appropriate and carry out those that seem to him the best suited to the situations encountered.</p> <p>Key words : perineal delivery, perineum, tear, perineal lesions, hands-on, hands-off, fetal and neonatal well-being</p>