



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

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD CHARLES MERIEUX

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BOURG-EN-BRESSE

**LA PLACE DU TOUCHER VAGINAL ET SES
ALTERNATIVES DANS LA SURVEILLANCE DU
TRAVAIL PHYSIOLOGIQUE PAR LES SAGES-FEMMES
EXERCANT EN SUIVI GLOBAL**

Mémoire présenté par Gwendoline BARBIERI

Née le 27 octobre 1993

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2018

~ 1 ~

Remerciements

Je remercie les sages-femmes formatrices, Mme QUEROL et Mme MICHEL, pour leur encadrement et leurs conseils tout au long de ce travail.

Je remercie aussi grandement ma directrice de mémoire, Mme REVOLON pour son soutien et son investissement.

Merci à ma famille pour leur aide pendant ces études.

Merci à mes amis de toujours et à celles qui vont le devenir pour ces grandes discussions et ces fous rires.

Table des matières

Remerciements	3
ABREVIATIONS.....	6
I- INTRODUCTION.....	8
II- MATERIEL ET METHODE.....	14
2.1. Les objectifs	14
2.2. Le type d'étude	14
2.3. La population	14
2.4. Déroulement de l'étude	14
2.5. Saisie des données.....	15
III- RESULTATS.....	17
3.1. Le toucher vaginal dans le suivi du travail physiologique.....	17
3.1.1. Les conditions de sa réalisation	17
3.1.2. Est-il utilisé en systématique ?	20
3.1.3. Les causes de son utilisation.....	22
3.2. Les moyens de suivi du travail.....	24
3.2.1. Le comportement de la femme	25
3.2.2. Les contractions utérines	29
3.2.3. Les positions maternelles.....	32
3.2.4. Le bassin	34
3.2.5. Le sillon inter-fessier	35
3.2.6. Les pertes vaginales.....	35
3.2.7. Le périnée	36
3.2.8. Les sons et la respiration	37
3.2.9. Les odeurs.....	39
IV- DISCUSSION.....	41
4.1. Forces et limites de l'enquête	41
4.1.1. Biais de l'étude et difficultés	41
4.1.2. Forces de l'étude.....	41
4.2. Les recommandations internationales.....	42
4.3. Le déroulement du travail physiologique.....	43

4.3.1.	Le premier stade du travail	43
4.3.2.	Le deuxième stade du travail	46
4.4.	Les facteurs en jeu dans la physiologie du travail	50
4.4.1.	Les hormones.....	50
4.4.1.1.	De la parturiente.....	50
4.4.1.2.	De la sage-femme.....	52
4.4.2.	Les facteurs externes	53
CONCLUSION		56
BIBLIOGRAPHIE.....		58

ABREVIATIONS

APD : analgésie péridurale

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DC : dilatation complète

HAS : Haute Autorité de Santé

NICE : National Institute of Care and Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAM : rupture artificielle des membranes

RSM : rupture spontanée des membranes

SF : sage-femme

TV : toucher vaginal

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

En 1955 puis en 1956, Friedman a suivi le travail de 500 nullipares et ensuite de 500 multipares dans un seul hôpital. Il a pu observer deux phases principales : la phase de latence et à partir de 3-4 centimètres, la phase active. Cette dernière est divisée en une phase d'accélération suivie de la phase de vitesse maximale puis d'une phase de décélération avant le début du second stade, commençant à dilatation complète [1, 2]. Friedman a reconnu que le travail des multipares est connu pour son extrême variabilité ce qui fait qu'il se prête mal aux études cliniques. Néanmoins, il a par la suite calculé une vitesse moyenne de dilatation de 1.5 cm/h pour les multipares et 1.2 cm/h pour les nullipares pendant la phase active, et en particulier la phase de vitesse maximale [2, 3]. Avec des intervalles allant de 30 minutes à 15 heures pour la phase active par exemple, les moyennes ne sont pas forcément des mesures pertinentes. D'autres critiques ont été émises mettant en évidence une méthodologie peu précise et incomplète [4].

Ces courbes qui ont dicté la gestion du travail sur plusieurs décennies ont pourtant été contestées plusieurs fois. Malheureusement, la comparaison entre ces différentes études s'avère compliquée à cause de leurs différences de définitions, de prises en charge et de méthodologie. Dans une étude menée pour déterminer la durée du travail chez des femmes avec un travail spontané progressant sans assistance, Albers retrouve des travaux deux fois plus longs que ceux de Friedman avec une dilatation de 0.3 cm/h concernant le premier stade (avant dilatation complète) mais similaires quant au second stade [4]. Cette valeur se rapproche de la vitesse la plus basse mais physiologique de 0.5 cm/h mise en évidence chez des nullipares par Neal et al. [5]. Concernant la durée du travail, Cesario et al. ont montré que le premier stade, jusqu'à DC, peut aller jusqu'à 26h sans effets négatifs maternels et fœtaux [6]. Cheng et al. n'ont pu mettre en évidence une augmentation significative des risques de chorioamniotites chez les femmes avec un long premier stade, qu'à partir de 30 heures, sans pour autant avoir un impact négatif sur la morbidité néonatale [7]. Les différentes phases sont également remises en cause. Tout d'abord, la phase de latence est complexe et peu étudiée car il est compliqué d'en déterminer le début. Les professionnels se retrouvent donc avec peu d'informations la concernant [8]. Dans la pratique courante, son point de départ est communément défini par la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales [9]. Quant à la phase active, de nombreux auteurs sont en désaccord pour en déterminer ses bornes [4]. Toutefois, Peisner and Rosen ont estimé pour 1060

nullipares et 639 multipares que moins de 50% d'entre elles entraient en phase active à partir de 4 cm, 74% à partir de 5 cm et 89% à partir de 6 cm [10]. Ces résultats soulignent l'importance de séparer la dilatation moyenne d'entrée en phase active d'un diagnostic clinique de dystocie de travail. De même, ce diagnostic ne doit pas être basé sur une durée moyenne du travail. Au contraire, selon Zhang et al., une limite supérieure de ce qui est considéré comme un « travail normal » devrait plutôt être utilisé [10]. D'autre part, dans une étude rétrospective utilisant des informations de 1959 à 1965 – une cohorte semblable à celle de Friedman – ils ont défini avec des méthodes statistiques plus modernes l'entrée en phase active entre 5 et 6 centimètres contrairement aux 4 centimètres habituels [11]. Zhang et al. ont préféré calculer les vitesses médianes pour passer d'un centimètre à l'autre afin de qualifier la phase active, car elles ne sont pas influencées par les valeurs extrêmes. Ils ont ainsi mis en évidence une accélération exponentielle de la vitesse de la dilatation au fur et à mesure du travail, quel que soit le type de cohorte [10, 11, 12]. La vitesse reste néanmoins toujours inférieure à 1 cm/h pour le 5^{ème} percentile [12] même si elle double après 5 cm de dilatation [12, 13]. Lors d'études ultérieures, pour les nullipares et les multipares, ce caractère non linéaire de la dilatation avec cet intervalle d'inflexion autour de 6 cm est retrouvé [10, 11, 13]. Au vu de la grande variabilité des schémas de dilatation, ils en déduisent alors le début de la phase active à 5-7 centimètres [10]. La phase de décélération est cependant absente des courbes de dilatation moyenne [9, 11, 12, 14]. Cette phase décrite par Friedman serait du au diagnostic tardif de la dilatation complète avec des TV trop espacés à cette période du travail [11]. Zhang et al. ont cependant remarqué un schéma se rapprochant de la phase de décélération chez les patientes césarisées pour dystocie au deuxième stade du travail. Ils supposent qu'elle pourrait alors être caractéristique d'une dystocie. Le CNGOF estime que Zhang et al. ne répondent pas aux deux questions principales : «1) la probabilité de succès en cas d'expectative pour une période de stagnation donnée et à une dilatation donnée ; 2) le risque de complications maternelles ou néonatales en fonction de la durée de travail ». Il juge que leurs suggestions sont intéressantes mais qu'elles mériteraient d'être approfondies par des essais randomisés ce qui amène le CNGOF à ne pas se prononcer sur le sujet [15].

Cesario en 2004 et Spong et al. en 2012 ont préconisé d'étendre d'une heure la limite du diagnostic de dystocie du second stade, jusque-là de 2 heures [6, 16]. Cependant, l'impact de ces nouvelles recommandations au niveau maternel et néonatal mériterait plus d'approfondissement. Suite à une revue de la littérature, Aurore, le réseau de périnatalité de Rhône-Alpes-Auvergne, observe que la balance bénéfices-risques devient moins favorable, surtout au niveau maternel, après 3 heures à dilatation complète pour les nullipares et 2 heures pour les multipares [9, 17]. Les techniques de surveillance actuelles sont performantes et rendent possible l'extraction du fœtus au moindre signe d'hypoxie. Cela expliquerait la faible augmentation des risques néonataux. Il ne se prononce pas à propos de la durée de la phase d'expulsion, contrairement au CNGOF qui statue sur une durée moyenne admise de 30 minutes chez la primipare [18]. Le petit nombre d'études conséquentes sur le sujet et la présence de facteurs de confusion ne permet pas au réseau d'éditer de recommandations plus précises [9]. Dans une grande étude de cohorte rétrospective, Laughon et al. ont eux aussi travaillé sur la prolongation du deuxième stade, c'est-à-dire plus de 2 heures chez les nullipares et plus de 1 heure chez les multipares sans péridurale. Ils montrent de même une légère augmentation au niveau maternel, des chorioamniotites et des lésions périnéales de 3^{ème} et de 4^{ème} degrés, mais aussi au niveau néonatal, des sepsis et de la mortalité périnatale. Le travail peut être prolongé à la condition d'évaluer les risques de complications, ceux-ci étant finalement faibles en valeur absolue [19].

Pour conclure, de nos jours, l'évolution considérée comme normale de la dilatation est 1 cm toutes les 4 heures avant 6 cm puis 1 cm toutes les 2 heures après 7 cm au minimum [20]. Le terme de dystocie de démarrage n'est maintenant plus à usiter [9, 10]. En tant que soignant, ces nouvelles recommandations nous amènent à revoir également notre organisation et nos habitudes de surveillance du travail. Avant 6 cm de dilatation, nos intervalles entre chaque TV ne devraient-ils pas être plus espacés ? Et inversement, plus rapprochés vers la fin de la phase active ? [21]

De nos jours, c'est la méthode de référence pour mesurer la progression du travail [22]. Toutefois, il est étonnant pour une procédure si répandue, un outil si important pour déterminer les phases du travail, qu'il soit si imprécis [4, 23]. Des auteurs ont retrouvé une variabilité inter-observateur à 10% [4]. Des résultats divergents sont retrouvés même si ce sont des praticiens expérimentés [23] et d'autant plus si ce sont des examinateurs différents [22]. Environ 90% des estimations sont précises à +/- 1 centimètre près [24, 25]. Cependant, ce centimètre peut nous amener à infirmer ou confirmer une stagnation, d'autant plus que la

variabilité intraobservateur serait supérieure à 35% [25]. Les résultats sont meilleurs entre 3 et 4 cm et entre 8 et 10 cm et au contraire, la précision diminue conjointement avec la descente de la tête fœtale et le peu d'expérience clinique [24, 26]. Même si la dilatation est juste, le résultat apporté par le TV et l'interprétation qu'y en découle peuvent être trompeurs. L'instant précis où la dilatation passe d'une mesure à une autre est inconnu [11, 17, 27]. Le TV peut permettre à la femme de savoir jusqu'où elle a progressé dans son travail, il ne peut pas prédire encore combien de temps elle sera encore en travail [28].

En 2013, lors d'une revue de la littérature, Downe et al. se sont aperçus que cette pratique courante est peu étayée. En se basant seulement sur deux études de petite taille, ils n'ont pas pu prouver ou réfuter l'usage routinier du TV que ce soit toutes les deux ou toutes les quatre heures. Néanmoins, en 2017, la HAS se base principalement sur cette méta-analyse pour ces nouvelles recommandations. Un TV peut être proposé à la femme lors de son arrivée à l'hôpital si celle-ci semble en travail. Si la poche des eaux s'est rompue prématurément, il est déconseillé de le réaliser en systématique si la femme n'a pas de contractions douloureuses. Par la suite, il lui sera proposé toutes les 2 à 4 heures pendant le premier stade, puis toutes les heures pendant le deuxième stade voire plus tôt sur demande de la patiente ou sur signe d'appel [17].

Les TV répétés pourraient également causer des infections maternelles et néonatales, en particulier lorsque les membranes sont rompues [28, 29, 30]. Le risque serait augmenté à partir de 3 TV selon le Queensland Health [28] ou à plus de 6 TV selon d'Ercole et al [31]. Imseis a mis en évidence la présence immédiate de germes suite aux touchers vaginaux [32]. Toutefois, dans une étude de cohorte rétrospective sur 2395 femmes fébriles suite à l'accouchement, Cahill et al. ne mettent pas en évidence d'association significative entre le risque de fièvre perpartum et le nombre d'examens cervicaux [33]. De même, Seaward et al. ne reconnaissent pas les TV répétés comme facteurs de risque concernant la fièvre en post partum mais l'incriminent pour la chorioamniotite [34]. En 2015, l'OMS a émis de nouvelles recommandations à propos de la prévention et du traitement des infections maternelles dans le per partum. En l'absence de preuves, ils ont donc décidé de continuer à promouvoir des examens cervicaux toutes les 4 heures [35].

Comme l'explique Dr Simelela de l'OMS, un "bon accouchement" va plus loin que simplement donner naissance à un bébé en bonne santé. Leurs nouvelles recommandations cherchent à replacer la mère au cœur des soins afin qu'elle puisse vivre son accouchement de manière positive, sans se retrouver accablée de trop nombreuses interventions médicales

précocément ou inversement, sans soutien ou trop tard [36]. Les TV répétés peuvent avoir un retentissement sur le vécu de la parturiente [37] d'autant plus que les femmes avec un travail à bas risque sont susceptibles d'accorder une grande valeur à un quota minimal d'interventions [35]. Muliirra et al. relatent que le TV cause de la douleur, de l'embarras et de l'inconfort à la parturiente, surtout quand il est réalisé sans son consentement ni son respect [38, 39]. De plus, d'après Bergstrom et al., ce geste est réalisé de manière rituelle et la façon dont ce cérémonial est mis en œuvre démontre d'une certaine « pouvoir » des soignants sur les femmes [40]. Il peut induire chez la parturiente une représentation du corps féminin comme non fiable, défaillant et incohérent [40, 41]. A l'inverse, il peut rassurer la parturiente et la sage-femme. L'examen cervical peut alors être considéré comme une intervention inutile ou comme un outil essentiel d'évaluation clinique [42]. Walsh conseille donc de se poser trois questions avant de pratiquer un examen cervical : « pourquoi ai-je besoin de cette information maintenant ? Y a-t-il un autre moyen de l'obtenir ? Cela va-t-il modifier ma façon de faire ? » [22, 43]. Il est alors souhaitable que son utilisation routinière disparaisse au profit d'une approche individualisée et personnalisée [39, 43, 44]. Downe et al. estiment qu'il est urgent d'établir et de tester rigoureusement d'autres moyens complémentaires non-invasifs pour évaluer la progression du travail, suffisamment sensibles et spécifiques afin d'identifier une évolution pathologique dans les meilleurs délais [44].

Malheureusement, ces alternatives sont rarement explicitées de manière claire. Le RCM conseille par exemple de prêter attention au comportement de la femme et à la ligne mauve, sans plus de précision [22]. Le premier est lié aux hormones du travail et à aux ressentis maternels, et prend en compte autant son état émotionnel et ses mouvements que les sons qu'elle produit [43, 45] ; le second débute au niveau de la marge anale et remonte le sillon inter-fessier au fur et à mesure de la progression de la dilatation et de la présentation dans le bassin ce qui crée possiblement une vasocongestion visible à travers cette partie de peau fine [46, 47]. Au niveau du bassin, il est aussi proposé d'observer le losange de Michaelis et la contre-nutation occasionnée par la descente du fœtus. D'un autre côté, l'observation et la palpation du ventre fournissent des informations sur la présentation fœtale et sa hauteur d'engagement, et sur l'intensité des contractions [4, 43]. Les pertes vaginales, surtout lorsqu'elles sont sanglantes, peuvent également nous apporter des indices sur le déroulement du travail. Tous ces signaux, dont la fiabilité fluctue, se combinent afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic du stade de travail supposé.

MATERIEL ET METHODE

II- MATERIEL ET METHODE

2.1. Les objectifs

Sans pour autant abandonner la pratique du TV, ces différentes méthodes sont pour l'instant plus facilement utilisées dans le suivi global où un seul praticien assure les consultations prénatales, les séances de PNP, l'accouchement et enfin les soins postnataux de la mère et de l'enfant [48].

Ceci nous amène donc aux objectifs suivants :

- Quelle utilisation ces SF ? font-elles du TV ?
- Quels autres moyens ont-elles développé pour surveiller le travail physiologique ?

2.2. Le type d'étude

L'étude réalisée est descriptive et qualitative.

2.3. La population

La population visée est les sages-femmes parlant français, exerçant en suivi global, prenant en charge des femmes à bas risque et réalisant des accouchements sans péridurale à domicile, en maison de naissance et/ou à l'hôpital. J'ai pu contacter ces sages-femmes grâce aux coordonnées fournies par l'ANSFL et par ma directrice de mémoire.

2.4. Déroulement de l'étude

Le recueil de données a été fait par entretien téléphonique. Un entretien test a été réalisé en juillet 2017 afin de juger de sa durée et de la pertinence des questions posées. Il n'a pas été inclus dans cette étude. Au total, 18 entretiens ont été effectués.

Voici la trame de ceux-ci :

Est-ce que je peux vous laisser vous présenter, me parler de votre parcours professionnel ?

Parlez-moi de votre utilisation du TV dans le suivi du travail à bas risque et sans péridurale ?

A quelle fréquence à peu près le réalisez-vous chez les primipares et chez les multipares ?

Expliquez-moi comment vous le présentez à votre patiente ?

Examinez-vous votre patiente dans les différentes positions qu'elle peut prendre ?

Comment lui annoncez-vous le résultat de votre examen ?

Y a-t-il des situations ou des facteurs influençant votre décision de réaliser un TV (à l'admission, RSM ...) ?

Expliquez-moi les alternatives au TV que vous mettez en place pour suivre l'évolution du travail (dilatation et descente fœtale).

Dynamique utérine

Comportement et sons de la femme en travail

Observation du périnée

Observation et/ou toucher du bassin

Pertes vaginales

Ligne mauve

Qu'est-ce qui vous a amené à changer votre pratique du TV, contrairement à la pratique horaire hospitalière ?

2.5. Saisie des données

Chaque entretien a donc été enregistré, anonymisé et retranscrit dans un fichier Word après réécoute. Une analyse thématique a été menée à partir du discours des sages-femmes interrogées.

RESULTATS

III- RESULTATS

3.1. Le toucher vaginal dans le suivi du travail physiologique

Avant de pouvoir présenter les différentes méthodes sur lesquelles les SF s'appuient pour suivre la progression du travail, il m'a semblé judicieux de commencer par observer l'utilisation qu'elles font du TV.

3.1.1. Les conditions de sa réalisation

Le TV reste un examen utilisé par les SF de suivi global que certaines décrivent comme « *un outil super, un outil indispensable pour la SF* » (E2). Cependant, elles dénoncent son utilisation : « *Y a l'outil et puis il y a l'usage.* » (E2), « *Pour moi, le TV, c'est comme tous les examens qu'on fait : Si tu n'en tires pas une information absolument indispensable, pourquoi tu embêtes la femme ?* » (E8). Elles reprochent la systématisation de cet examen sans que des signes cliniques les amènent à chercher une information supplémentaire afin de confirmer ou d'infirmer un diagnostic : « *Ça marche vraiment mieux si on analyse la clinique et qu'on prend le TV comme un espèce de diagnostic suite à des signes d'alerte et non pas comme quelque chose d'obligatoire qui serait fait à la va-vite et sans forcément de questionnement clinique* » (E11), « *Elles savent que pendant l'accouchement, c'est quand c'est nécessaire, pas juste pour remplir un partogramme* » (E17).

Dans le cadre de l'accompagnement global, elles ont toutefois la possibilité de discuter du TV avec leurs patientes en amont afin de les informer voire d'adapter les conditions de sa réalisation : « *c'est le principe du suivi global, donner les avantages et les inconvénients pour qu'elles puissent faire un choix éclairé.* » (E2). Dès le suivi de la grossesse, peu de TV sont exécutés ce qui amène déjà les femmes à se questionner ayant l'habitude de la place centrale du TV dans les soins : « *On en a parlé pendant la grossesse parce qu'il y a des femmes qui sont très étonnées qu'on ne leur fasse pas de TV et même avec qui, il faut se battre pour lui faire comprendre que ce n'est pas le toucher qui va changer quoi que ce soit.* » (E8). Les SF détaillent alors leur façon de travailler et de récupérer différemment les informations nécessaires à la surveillance du travail : « *Je leur explique bien comment l'observation vient en 1^{ère} intention et que le TV n'est là que pour appuyer l'observation.* » (E6).

Pendant le travail, les SF peuvent examiner la femme dans n'importe quelle position même si cet examen s'avère plus compliqué et moins complet : « *J'essaye d'examiner dans n'importe*

quelle position, j'ai parfois beaucoup de mal car j'ai été habituée comme beaucoup à faire des touchers sur le dos. » (E7). La grande majorité préfère néanmoins examiner les parturientes en décubitus dorsal car cette position leur permet d'obtenir un maximum d'informations : « Quand on examine très peu, est-ce que ça ne vaut pas quand même le coup qu'elles se mettent dans des positions dans laquelle nous on a des bons repères pour faire un toucher où l'on a toutes les infos ? » (E14) ou « Je pars du principe que si je n'arrive pas bien à les examiner autant que je ne le fasse pas quoi. » (E3), même si ce n'est pas forcément en première intention : « Par contre, si vraiment je veux tous mes paramètres de toucher en me disant « allez je n'en fais pas beaucoup mais je veux un toucher qui me donne tous mes paramètres », j'aurais plutôt tendance à lui proposer de se rallonger. » (E6). Cela dépend du renseignement recherché en priorité : « Pour voir la présentation, je préfère qu'elles s'allongent mais si c'est juste pour voir la dilatation, je peux les examiner finalement dans n'importe quelle position. » (E15).

Par contre, une seule SF a clairement exprimé qu'elle préférerait réaliser ce geste en position assise pour que le résultat obtenu soit plus représentatif de l'avancée du travail : « Souvent les femmes, je les examine assises, vu que pendant le travail elles bougent beaucoup, ça me donne plus une impression de ce qui se passe que quand elles sont couchées » (E8). Elle précise d'autant plus qu'allongée, « c'est affreux si elles attrapent une contraction. » (E8).

« Quand tout se passe très bien, c'est elles qui choisissent, c'est elles qui se mettent un peu comme elles veulent ... Je leur laisse le choix de tout » (E3). Le consentement et le bien-être de la future mère sont au centre de cette relation de confiance s'établissant de manière privilégiée lors de ce suivi global : « Je leur demande toujours la permission de les examiner même si elles savent très bien pourquoi elles viennent. » (E2). Cette SF accorde une place centrale à l'élaboration de la décision éclairée de sa patiente, ne se résumant pas seulement à lui décrire ce qu'elle va faire : « Tu lui as dit avec le sourire, t'as l'impression d'être bien-traitante mais non, ça ne suffit pas » (E2), surtout qu'ici elle parle d'un acte très indiscret que des patientes peuvent prendre « comme des gestes agressifs voire ... un acte intrusif de viol. » (E7). Mais pour d'autres SF, « il y a un consentement tacite. On ne dit pas : est-ce que vous acceptez le TV ? On dit : je vais vous examiner pour voir où en est le col. Après, c'est à la patiente de dire si ça la gêne ou pas. » (E9). Cette notion de consentement tacite peut s'inscrire également dans le fait de connaître cette patiente depuis le début de la grossesse et

d'avoir pu créer des liens ne nécessitant pas forcément de la réassurer à chaque geste, de son libre-arbitre.

Dans les deux cas, ce geste rendu nécessaire suite à l'observation de signes cliniques incohérents conduit la SF à développer ses raisons : « *Je lui dis toujours que c'est un besoin qui vient de moi et pourquoi je sens que j'ai besoin de l'examiner. Donc j'explique « moi j'ai l'impression que ... Je pense que ça serait bien. Qu'est-ce que t'en penses ? » (E17). Cette demande lui « laisse le temps aussi d'entendre qu'il y a un blocage » (E17) et vu que « C'est forcément elle qui va donner le la du moment. » (E8), lui permettre de se dire « bon, je me bouge, je vais prendre une douche, je vais essayer de marcher un peu et tout. » (E17) et de lui laisser décider du moment qui lui convient.*

Par la suite, pour décrire le résultat de l'examen, « *Je lui montre avec mes doigts : c'est ouvert comme ça, pour voir que ça avance mais pas utiliser son cortex si je dis 5-7 ... » (E14). De même, « Souvent, je les vois calculer » (E8) les ramenant dans un processus de réflexion et cela peut alors être « contre-productif ou donner de faux-espoirs » (E8). C'est pour cela qu'environ un quart des SF interrogées m'ont confié qu'elle « donne de moins en moins de chiffres » (E1). Une SF trouve même cela « terrible » de donner un chiffre alors que « *Le TV, ce n'est pas que l'ouverture du col » (E6). Au contraire, elle n'utilise cette donnée que quand elle estime que l'avancée du travail est entravée et pourrait amener à un transfert. Effectivement, d'autres SF ont relevé que « rien que la clinique du toucher nous fait aller plutôt vers du faux travail ou vers du vrai travail » (E9) ou elle « essaie d'attendre la contraction d'après pour voir si elle dynamique pendant la contraction, ça donne tout de suite une idée de son efficacité » ou « regarde aussi le tonus périnéal, la place qu'il y a à la vulve pour ce bébé » (E14).**

Le reste des SF interviewées décide d'être franche avec leurs parturientes : « *Souvent, je dis exactement ce qu'il en est à part si c'est une femme stressée » (E5), « Je lui dis tel quel. Je leur dis à combien elles sont, comment est le col, ce que ça veut dire ... » (E17).*

D'autre part, ma demande a suscité des questionnements chez certaines SF : « *C'est vrai que ça peut être intéressant de ne pas donner le chiffre et de simplement dire : voilà le travail avance bien. » (E16).*

3.1.2. Est-il utilisé en systématique ?

Sur les 18 SF interrogées, 9 réalisent automatiquement un TV à l'arrivée au domicile ou à la maison de naissance en se laissant souvent le temps de l'installation sans qu'il ne présage forcément d'autres examens plus fréquents pendant le reste du travail : « *Des fois je les réexamine pas du tout jusqu'à ce qu'elles accouchent* » (E4). Pour certaines SF, il est « *important* » pour diagnostiquer le début du travail (E9) voire nécessaire : « *j'ai besoin du toucher à l'entrée* » (E11). Une SF m'a expliqué que dans la maison de naissance où elle travaille, ce premier TV est devenu une habitude afin de vérifier que ce soit bien une présentation céphalique depuis qu'« *elles se soient faites avoir une fois avec un bébé qui avait tourné à la dernière minute* » (E8). De même, d'autres SF n'examinent pas jusqu'à l'accouchement « *Si je sais que c'est une céphalique ... que tout est bien* » (E14).

Ce TV « *essentiel* » (E2) pour certaines SF car « *C'est l'occasion de vérifier la présentation, de voir comment ça a bougé en fonction depuis combien de temps elle avait des contractions, de voir si le col est souple, et surtout de prendre des points de repère pour moi* » (E2) l'est aussi souvent pour la patiente : « *Après, c'est souvent sur leurs demandes à elles, pour savoir où elles en sont. Je me suis rendue compte que souvent, elles avaient besoin de savoir si ça s'est bien enclenché, si elles avaient bien commencé leur dilatation* » (E15). Ce premier examen rassure ces SF et leur permet de s'organiser par exemple, pour le départ en plateau technique ou en maison de naissance. Cette organisation peut amener à faire un TV superflu car « *si la deuxième SF est sur place, je n'ai pas besoin de savoir où en est la dame* » (E14).

Pendant le travail, j'ai également voulu savoir si certains facteurs les influencent à pratiquer un TV comme la rupture de la poche des eaux. Seulement 2 SF examinent de manière systématique à ce moment-là « *pour voir s'il n'y a pas de procidence et voir si ça lâche ou pas en fait* » (E9). Par contre, elles écoutent toutes les bruits du cœur fœtal pendant « *cinq vraies minutes tu vois* » (E12). Les 16 autres SF n'examinent que si se surajoutent des facteurs de risque tels qu'une « *présentation céphalique haute* » (E5), du « *liquide teinté* » (E7), un « *travail harmonieux ou non ...* » (E3).

Une des SF interrogées m'a explicité pourquoi elle n'a jamais effectué de transfert pour ARCF ou procidence sur 1000 accouchements physiologiques : « *La rupture spontanée se fait la plupart du temps au bon moment ... Les ruptures spontanées ne se font pas forcément pendant une grosse contraction, elles se font comme ça de manière inopinée sauf quand c'est vraiment à la toute fin de l'accouchement et que là, on a une poche qui arrive comme une*

grosse bulle à la vulve et qui nous pète au nez. Ne pas rompre, c'est s'éviter 2 risques majeurs : anomalies de la présentation, une tête non fléchie, et la procidence. » (E10). Elle associe ces risques à la RAM et à l'utilisation du Syntocinon.

Lors d'ARCF, que les SF ne m'ont pas plus précisément décrites, un examen est nécessaire pour la majorité d'entre elles. Cependant, 2 SF temporisent cet acte :

- *« Si j'ai un ralentissement, je me dis « il descend » mais j'ai intérêt à observer après qu'il descende bien pour le coup. Si j'ai un doute, c'est une indication de faire un TV typiquement » (E6).*
- *Une SF m'explique que si elle observe des ralentissements précoces, c'est que la tête du fœtus est comprimée et donc qu'il s'engage : « Qu'elles soient à 9 ou à 10, on s'en fout, il s'engage. Il va descendre et dans deux heures, elle devrait avoir envie de pousser, autrement l'examen aura de l'intérêt » (E12).*

On retrouve ces notions d'observation et d'attente qui restent assez prioritaires : *« La clinique, c'est quelque chose d'analytique donc il faut un temps assez long pour se rendre compte qu'on suit le bon chemin ou pas » (E11).*

Quant à la fréquence des examens, 8 SF s'accordent sur un TV toutes les 4h sans que ce soit fait de manière consciente ou calculée : *« Et même sans réellement s'attacher à ce toucher toutes les 4h, en réalité on se rend compte que c'est un peu ce qui se passe naturellement » (E17). Elles expliquent se rapporter aux recommandations internationales de l'OMS ou étrangères, « pas françaises en tout cas » (E2). Une SF déclare se baser sur les mêmes lignes directrices mais « précise qu'il faut un examen global de la femme pour évaluer l'avancée du travail toutes les 4h jusqu'à 7cm puis après toutes les 2h » (E16). D'autres SF nuancent ces propos : « Ça peut stagner pendant un moment mais il doit y avoir quelque chose qui avance toutes les 4 heures. Pour moi, un travail actif peut s'arrêter même à complète, elle a le droit de dormir pendant 8h, je m'en fiche. Mais quand elle a des CU et qu'elle est obligée de les supporter, de les encaisser ... ça ne peut pas être pour rien. [...] C'est pour ça que les 4h, c'est une espèce de cadre à adapter » (E8). Des exceptions ont pu être mises en évidence : « toutes les 6h » (E1) ou « toutes les 1 à 2h pour les primi » mais n'examine les multipares que « quand elles disent que ça pousse » (E5). Les SF exerçant en plateau technique me disent examiner plus souvent dans ce cadre-là « car l'hôpital a besoin d'avoir des références sur le parto » (E7) : « 1 fois par heure » (E1) ou « toutes les 2h30-3h » (E7).*

2 SF me disent plus examiner lors de la descente et de l'engagement : « *Après au niveau de l'engagement et de l'expulsion, j'ai pas trop d'autres indications que d'examiner* » (E15). Cette dernière fait aussi « *un toucher sur un changement de comportement, ou des fois quelques heures après pour savoir si ça avance* » (E15). De même, beaucoup de SF répondent à une demande de la patiente ou en fonction de la progression du travail : « *Ça m'arrive de faire des TV plus fréquemment quand elle me le demande ou que moi, je suis inquiète parce que j'ai l'impression qu'elle supporte de moins en moins les CU et que rien ne bouge* » (E7). Cependant, le TV n'est pas forcément la réponse que la femme attend : « *Si trop rapproché ou qu'il n'y a pas de raison ... On peut se demander pourquoi et du coup, il y a d'autres moyens de la rassurer que par le TV* » (E16) comme par exemple, en lui demandant « *est-ce qu'il y a des nouvelles sensations, est-ce qu'il y a des choses qui sont nouvelles qui n'y avait pas tout à l'heure ? C'est bon, elle est rassurée, elle admet qu'il y a des changements. Ça peut réussir à la calmer* » (E14).

3.1.3. Les causes de son utilisation

Les SF s'imposent certaines limites propres à chacune concernant la durée qu'elles allouent à certaines phases du travail. Par exemple, pour en revenir à la RSM, aller voir l'évolution de la dilatation n'est pas utile dans ces travaux physiologiques car « *Souvent, une demi-heure après, les bébés sont dehors* » (E13) pour une SF de mon échantillon. Néanmoins, après ce délai, elle va d'abord scruter les signes de descente fœtale puis réaliser un examen cervical. Une autre SF se laisserait un intervalle de temps plus long : « *Après la rupture, chez une femme qui est en travail depuis un certain temps, à 6 cm quand j'arrive, 3h après elle rompt, le bébé est pas dehors 1 ou 2h après, je vais voir ce qu'il se passe quand même* » (E13). La cause est « *Très souvent, un bourrelet de col en antérieur* » (E13). De même, une SF retrouve la même raison « *Quand elles te disent ça « j'ai envie de pousser » et puis pareil 1h après, bon toujours rien et elles ont toujours cette sensation-là* » et « *Ça fait partie de ces moments où je vais les examiner et je dis « désolé, ça va pas être très agréable » mais faut que je l'aide à virer ce bourrelet de col pour que il y ait une descente franche derrière* » (E18). « *Sur la fin des fois quand elles commencent à pousser et puis que par exemple ça dure longtemps* » (E4), des SF attendent 20-30min pour des multipares voire trois quart d'heure pour des primipares ou si « *ça fait une heure et demie que je l'entends pousser tout doucement et qu'il ne se passe rien, je vais peut-être l'examiner juste pour voir où on en est quand même* » (E17). Il n'y a pas de consensus entre elles et cela dépend aussi du type de poussée.

En terme de stagnation de la dilatation, une seule SF m'a dit essayer « *de ne pas dépasser 3h avec la même dilatation* » (E17). Cependant, les autres SF ont tendance à se laisser plus de temps : « *tu vois, j'écoute les bruits du cœur de façon très rigoureuse ... Mais, tant que t'as un bébé qui ne s'épuise pas et une maman qui ne s'épuise pas, ça peut durer 48h* » (E12) voire ne se donner « *aucune limite de temps, c'est elle qui saura me dire. A partir du moment où elle gère encore leur truc ... tant que ça ne devient pas une torture et que bébé va bien. Ça ne me semble pas délirant dans la mesure où la patiente arrive toujours à lâcher-prise. [...]* Les quelques fois où on a dû partir, c'était lié à l'engagement où là, je voyais bien qu'il y avait un défaut au DM malgré les postures et autres, ça n'allait pas » (E18).

Enfin, ce qui émerge de ces entretiens, c'est qu'« *A chaque fois qu'on doit intervenir, c'est quand il y a une bonne dynamique et pas d'évolution* » (E10) c'est-à-dire « *pour voir si tu peux aider en proposant une position pour aider ton bébé ou même en prévision d'un transfert* » (E8). Les principales raisons sont « *l'impression que ça stagne ou qu'elle décrit à un endroit quelque chose de très aigu qui peut me faire suspecter une résistance ou un bébé mal tourné ou quelque chose qui bloque* » (E17). Car plusieurs appréhensions entourent ce geste comme « *la peur de rompre la poche des eaux* » (E8), faire « *éclater cette bulle. Après elles sont déconnectées, elles ne gèrent plus bien alors qu'elles géraient superbement bien avant* » (E18). Il est donc toujours réalisé après mûre réflexion et discussion avec la parturiente : « *Je ne m'en sers jamais juste pour répondre à une curiosité qui viendrait de moi* » (E17). En somme, elles essaient de laisser l'autonomie et la capacité de décision à la future mère voire de les aider dans ce processus d'acquisition : « *J'essaye de leur faire reprendre confiance en elle, quitte à reprendre l'anatomie, le processus de dilatation ... ça les oblige à prendre conscience d'elle, de ce que leur corps leur donne comme signe, et arrêter de faire croire que moi, je sais mieux qu'elles [rires]* » (E18). « *Le fait que je ne les touche pas, elles se disent « là, il fallait que je me fasse confiance » et se laisser porter par leurs sensations. Si je viens moi travailler un truc, elles se disent « ah zut, y a quelque chose qui se passe pas bien », elles cogitent vite* » (E18). Un des pendants négatifs de ne réaliser ce geste que lorsqu'une dystocie est suspectée est d'avoir à le présenter sans alarmer excessivement la femme.

Dans la fréquence de réalisation de TV, l'expérience professionnelle est un des derniers facteurs qui rentre tout de même en jeu, surtout dans le domaine des accouchements physiologiques où les femmes apprécient un minimum d'interventions : « *Apprendre à observer une femme en travail, c'est quelque chose que je n'ai pas fait pendant mes 4 ans d'école, c'est quelque chose que j'ai appris en maison de naissance* » (E2). Une autre de ses collègues m'a confié exécuter de moins en moins d'exams : « *Au début, je faisais plus de TV et puis au fur et à mesure que j'ai appris à observer et que j'ai fait confiance dans la femme, que je me suis fait confiance surtout, j'ai nettement diminué mes TV* » (E6). L'accent est de nouveau mis sur l'importance de la confiance en soi de chaque protagoniste dans ce type de prise en charge d'autant plus qu'elle impacte le lien qui les unit : « *À partir du moment où t'as une confiance avec la patiente, tout est possible. Si tu te sens d'examiner toutes les heures parce que c'est mieux pour toi, bah oui, avec ta patiente ça ira. Il y aura une explication en amont... [...] Le but, c'est d'être en confiance avec ta clinique et le fait que tu sois rassurée pour pouvoir la rassurer sur le fait que ça aille bien* » (E11).

Chaque personne est unique comme la relation dans laquelle elles s'investissent. Elle ne pourrait donc pas être régie par des principes fixes, que ce soit le TV ou ses alternatives que je vais exposer dans le chapitre suivant : « *Ce qu'il ne faudrait pas, c'est mettre des paramètres, en disant : les bons paramètres, c'est ceux-là et les mauvais paramètres, c'est ceux-là* » (E6).

3.2. Les moyens de suivi du travail

Les SF interrogées ont pu me fournir de nombreuses informations concernant leurs autres moyens de surveillance du travail mais ont eu du mal à mettre des mots dessus, d'autant plus que je leur ai demandé de me les expliciter indépendamment et hors de leur conjoncture : « *c'est jamais isolé, c'est tout un contexte* » (E2) et « *il y a une grosse part d'analyse dynamique* » (E11). Toutes ces options sont intriquées entre elles, même le TV : « *Un TV tout seul, ça ne veut rien dire. Tu te rends compte que quand tu laisses faire, t'as beau avoir un col comme ci ou comme ça, que l'évolution n'est pas si prédictive que ça. Le toucher, c'est juste une petite partie de tout ce que tu observes* » (E8).

3.2.1. Le comportement de la femme

Le comportement de la femme est un point fréquemment soulevé par toutes les SF sollicitées car c'est un outil prépondérant dans la surveillance du travail physiologique, évidemment toujours mis en lien avec d'autres moyens : « *L'observation, c'est entre l'adaptation de la mère et la dynamique de son utérus qui me donne le plus grand renseignement* » (E10), « *Il y a deux gros indices : c'est sa position et comment elle se comporte au moment de la contraction* » (E15).

La phase de désespérance est ce qui m'a été le plus décrit en abordant cette thématique. Elle semble être « *vraiment une étape importante et primordiale dans l'accouchement, à ne pas zapper* » (E17). Qu'on la nomme « *pic d'adrénaline* » (E6) ou « *pétage de câbles* » (E10), c'est un « *moment de panique* » où les femmes peuvent tenir des propos émotionnellement violents « *'je vais mourir, faites-moi une césarienne, je veux la péridurale' alors que jusque-là, ce n'était pas du tout ça* » (E12), où « *elles commencent à crier que ce n'est plus possible, qu'il va falloir les aider, qu'elles n'en peuvent plus ...* » (E7). Elle « *est relativement courte, ça ne dure pas un quart d'heure quoi* » (E18) mais d'autres ne lui assignent « *pas de durée* » (E17). « *Chez certaines patientes, elle est assez franche et chez d'autres, beaucoup moins* » (E11). C'est femme-dépendant mais les SF s'accordent à dire qu'elle « *survient quasi-systématiquement* » (E16) chez toutes les parturientes. Quant à faire un parallèle avec la dilatation, les avis divergent : « *juste à l'engagement, pas forcément à l'expulsion* » (E1), « *à DC quand bébé descend partie moyenne* » (E7), « *Et là, il s'engage. Après t'es à 8-9-10, on s'en fout* » (E12), « *de 7 cm jusqu'à ... même au moment de pousser* » (E16), « *vers la fin quelle que soit la dilatation* » (E17), « *on sait que la douleur à 8, c'est la pire* » (E3) ... Mais elles se retrouvent toutes sur un point : « *Ça va s'accélérer après* » (E16), c'est « *juste avant l'envie de pousser* » (E17). Plusieurs phases peuvent toutefois être possibles (E1) et une deuxième SF a pu mettre en évidence les moments précis où elles se jouent : « *au début du travail actif à 4-5cm puis reperd pied au moment de pousser* » (E5). Somme toute, « *C'est quand la femme arrive à lâcher prise de ça et à s'abandonner que l'accouchement se termine* » (E17). C'est alors pour elles un signe que le travail est efficace et la naissance imminente : « *En général, elle a une dilatation qui s'opère d'une manière ... sans aucune résistance et de manière beaucoup plus rapide. On voit des femmes passées de 6 cm à DC en 3 CU, même une primi* » (E10).

La phase de latence au contraire n'est pas très détaillée en terme d'observations : « *il n'y a pas tellement de manifestations différentes entre 3 cm et 6 cm si ce n'est l'énergie dans laquelle elle travaille des CU* » (E14), elle se résume à une période où « *elles sont tranquilles, elles discutent, elles s'arrêtent pour la contraction* » (E7). Cependant même durant ce délai où la femme est pourtant plus disponible, « *je ne vais vraiment pas m'aventurer à leur faire un toucher sauf si elles me demandent* » (E7). « *Ça peut être long, ça peut durer jusqu'à 72h* » (E1). Justement quand cette phase s'éternise les SF ont recours à d'autres signes : « *je veux voir la force des CU* » (E16) par exemple. Une SF tient quand même à m'avertir que « *dans la phase de lancement, tous les dangers sont là* » et qu'« *il y a plus qu'intérêt à ce que nous ayons en vigilance accrue toutes les difficultés d'adaptation que pourraient rencontrer une femme* ». Avec les nouvelles recommandations, les soignants peuvent se laisser « *plus de temps mais à condition de ne pas faire n'importe quoi pendant ce temps-là* ». « *C'est dans cette phase-là qu'effectivement se joue la physio ou au contraire la patho de l'accouchement* » (E10).

« *Une patiente en début de travail est quand même plus ouverte sur l'extérieur. Une patiente qui rentre dans le travail va plus se centrer* » (E2).

Elles emploient toutes le terme de « bulle » pour représenter ce « *super état modifié de conscience* » dans lequel elle va « *révulser ses yeux, elle va dans son intériorité* » (E6), « *les yeux fermés, complètement relaxée ...* » (E15), « *elles sont un peu plus shootées, un peu plus calmes, plus dans leur grotte quoi* » (E14). C'est un signe favorable qui mérite d'être respecté : « *je vais la laisser un peu tranquille parce que du coup, c'est une patiente qui gère bien les choses. Elle n'a presque pas besoin de moi en fait. Hors le fait de la toucher ou de lui parler, je vais la faire sortir de sa bulle* » (E3). De même, « *si elle ne parle pas spontanément, c'est qu'elle ne peut plus* » (E18) et elle ne va pas chercher à interagir avec elle afin de ne pas la déranger.

Ce comportement serait du aux sécrétions d'endorphines : « *elle va avoir un comportement complètement débordé par la sensation de douleur et compagnie et à ce moment-là, dans les minutes qui vont suivre, elle va se mettre à larguer des endorphines qui vont calmer le jeu* » ce qui l'amène à terminer son travail de façon plus posée : « *elle s'endort entre 2 CU, elle est complètement larguée* » (E10). Elles se retrouvent face à un « *changement de comportement qui correspond souvent au passage à un travail actif et efficace, autour de 5-6* » (E15).

« C'est pas forcément la bulle mais la place que ça prend quand les CU sont là » (E8). Quelques SF émettent toutefois une certaine réserve face à ce comportement car d'une part, « Tout ce que les femmes trouvent important de faire avant d'accoucher, ça peut varier du tout au tout » (E8) comme savoir où se trouvent les enfants par exemple. « Toutes les femmes n'arrivent pas à faire abstraction » de leur environnement. Cette même SF m'a transmis quelques confidences de ses patientes qui quand elles sentaient l'odeur de l'alcool du soluté hydro-alcoolique, se disaient « ah, bébé va descendre » ou « ah, c'est bon, je dois accoucher » quand arrivait la deuxième SF : « Ce n'est plus la femme qui me donne l'indication, c'est moi qui donne l'indication à la femme, tu te rends compte ? [rires] » (E8). Il peut aussi permettre de la faire passer « d'une minute à l'autre de l'hystérie au calme parce qu'elle est dans un endroit qui la sécurise, parce qu'on lui a dit que tout allait bien pour son bébé et paf, les hormones sont descendues » (E11).

D'autre part, « il y a certaines patientes qui arrivent à avoir une faculté assez impressionnante de se mettre dans leur bulle pendant leurs contractions et en sortir juste après au point qu'on croirait qu'elles en sont à 2 cm alors qu'elles en sont à 8 et donc du coup, pour moi, c'est assez perturbant cette idée-là donc je ne m'y attache pas forcément » (E11). Cette différence peut aussi être plus marquée en fonction de la parité : « Il y a des fois des primi qui sont vraiment dedans et parfois effectivement, elles ne sont qu'en début de dilatation. Alors que à l'inverse, des multi sont encore dans la communication ou alors c'est peut-être parce que le col se dilate très vite » (E15). Le fait de ne pas être complètement absorbé par des contractions douloureuses peut conduire la SF à accroître sa surveillance : « Quand on a des contractions qui sont les mêmes, douloureuses mais tu sens que ça ne la préoccupe pas complètement ... on n'est pas dans un processus super simple ... l'accouchement va pas avancer aussi vite que ça » (E8).

Pour résumer, « je dis qu'il y a 3 phases, enfin moi je les appelle comme ça : « cui cui les petits oiseaux » où on gère bien, on est bien, on souffle, on est content, voilà ; il y a la phase 2 où on est combatif « je vais être plus fort que la contraction », « je suis une gagnante, je vais y arriver » ; et la phase 3, c'est la phase de « césarienne, je vais mourir, je n'y arriverais jamais ... ». [...] C'est vrai qu'à partir d'un moment elles rentrent dans leur bulle en fait, elles sont vraiment plus concentrées que sur la CU. Ça serait plutôt la deuxième phase en fait. [...] La première phase de 0 à 3-4 cm. La combative de 4 à 7-8 cm. Et puis la désespérance à 7, pour moi, ce que j'observe » (E9).

Les SF s'intéressent aussi aux ressentis exprimés par les femmes qui s'inscrivent toujours dans « *une analyse générale* » et « *une histoire de timing aussi* » car « *on sait que quand c'est très intense, c'est qu'on touche à la fin* » (E17). Elles ne tarderont donc pas à l'examiner si ces douleurs s'éternisent ou semblent incohérentes avec le reste des observations : « *Est-ce qu'elle a une agitation anormale ? Est-ce que j'ai l'impression qu'elle est dans des douleurs qui me paraissent vraiment très fortes par rapport à où elle en est ?* » (E17). La douleur est une composante de l'accouchement physiologique mais dans une certaine mesure et dans certains cas, elle réclame l'attention plus poussée de la SF : « *Si la douleur ne lâche pas entre les CU, ça m'interpelle. Entre les CU, elles n'arrivent pas à me répondre, à se poser. Là je peux être amenée à me dire qu'il y a un truc qui gêne et lui proposer de l'examiner à ce moment-là* » (E7). Son siège apporte également des indications sur la présentation fœtale : si elle est « *localisée d'un côté ou toujours dans les fesses ... Ça va peut-être nous montrer que c'est un bébé qui est mal positionné, qui ne tourne pas, qui est en OS ...* » (E3) ou « *elles ont souvent plus mal dans le dos quand c'est une droite postérieure ou une OS* » (E15). Les SF peuvent aussi observer « *cette envie de pousser un peu tôt par rapport à ce qu'on pourrait examiner. Ça pousse vraiment plus à l'arrière, cette sensation est là* » (E18). Une SF n'est cependant pas d'accord : « *Si elles ont un bon bassin et qu'elles n'ont pas d'anomalies, de tension particulière sur un iliaque ou sur le sacrum, elles n'ont pas forcément mal au dos quand elles ont une présentation postérieure* » (E10).

Le réflexe de poussée est aussi avidement attendu mais peut arriver très tard : « *Y a des femmes qui sentent l'envie de pousser quand le bébé est quasiment au petit couronnement* » (E17) ou très tôt comme décrit auparavant « *avec une poche des eaux intacte* » (E3) ou « *où tu as un rectum plein, tu vas avoir des selles pendant 1h* » (E8), « *ça ne veut pas dire qu'il est bas mais qu'à chaque contraction, ça appuie. C'est sûrement à peu près efficace* » (E3). Chez des multipares, il peut ne pas encore être « *engagé mais c'est que ça va arriver* » (E5). Malgré cela, certaines professionnelles ne vont pas encourager ce réflexe de prime abord, « *Au contraire, on va chercher à le minimiser afin de voir si c'est vraiment le bébé qui pousse ou si c'est la maman qui ressent un truc et qui traduit ça comme un réflexe de poussée* » (E8). Toutes ces perceptions sont nouvelles pour la patiente, la SF l'aide ainsi à les décoder.

« *La sensation d'engagement, ce n'est pas le réflexe* » (E1) mais « *il y a des patientes pour qui s'est vraiment puissant comme sensation. Elles sont dans la sensation de dislocation* » (E2). Elles peuvent aussi ressentir des brûlures quand le fœtus atteint le détroit moyen selon la signification d'une « *expression québécoise* » qui parle de « *cercle de feu* ». Elles sont capables de sentir leur bébé avancer dans le bassin ce qui peut s'avérer utile : « *Le peu que j'ai transféré, c'est elles quand elles commencent à me dire : « c'est bizarre, il pousse mais je ne le sens pas descendre ».* Là, c'est qu'il y a quelque chose et je vais regarder » (E18) ou « *une patiente qui décrit un point douloureux par exemple dans le pli de l'aîne à droite par exemple ou elle va décrire qu'elle a une sacro-iliaque très douloureuse et que ça lui fait un point douloureux là, ça, ça peut être le signe que le bébé a du mal à s'accommoder et à trouver son passage* » (E17). Pour les SF, savoir « *où est-ce qu'elles ressentent leurs CU, où est-ce qu'elle a envie de pousser : plus dans le dos, au niveau de la SP, au niveau du bassin ...* » (E16) les aide à leur proposer des positions adaptées.

Un avantage du suivi global pour les SF le pratiquant, c'est de pouvoir mettre en évidence une différence de comportement chez des femmes qu'elles suivent depuis le début de leur grossesse et « *que t'aurais pas forcément imaginées faire des sons etc. qui se mettent à vocaliser très fort ou alors à crier là tu te dis bon, ah quand même ça avance* » (E4). « *La comparaison du comportement, elle t'aide parce que quelqu'un qui te dit « là, je vais accoucher », tu ne l'as jamais vu de sa grossesse, ce n'est pas la même chose que la patiente qui te l'a dit tout au long de sa grossesse* » (E12).

3.2.2. Les contractions utérines

« *Du coup, c'est l'analyse des contractions : voir un petit peu leur régularité, leur durée et surtout, leur intensité* » (E11) m'explique une SF. Néanmoins, chaque SF met l'accent sur un ou plusieurs de ces critères. Elles recherchent une moyenne de contractions « *entre 2 et 5 par 10 min* » (E2) voire « *entre 3 et 7-8 min* » (E4). Elles doivent être « *régulières, espacées de quelques minutes* » (E6) pendant le travail actif. Certaines SF ne regardent la fréquence que quand les contractions lui semblent espacées : « *je ne le fais pas en permanence* » (E15). Cette idée d'analyse dynamique est également retrouvée dans les propos d'une SF : « *plus que l'intervalle entre les CU, c'est l'évolution* » (E16).

Ce n'est « *pas vraiment le nombre de CU par 10 min mais c'est la contraction en elle-même* » (E13), « *la qualité des CU* » (E8) caractérisée par sa durée, son intensité et leur

uniformité. Des SF ont « *beaucoup les mains sur le ventre pour voir l'intensité des contractions et surtout je me base sur ce qu'elles me disent* » (E7) tandis que d'autres ne se basent « *pas forcément sur la douleur ressentie ou retraduite par la femme* » (E8). Les vomissements peuvent montrer que « *ce sont des contractions qui sont fortes, qui sont violentes* » (E3). Quand elles sont « *plus fortes, plus amplifiées* », cela peut être un signe d'appel qui « *va nous faire regarder, aller voir s'il est engagé* » (E1).

Un phénomène assez étonnant qui « *arrive super souvent* » (E3) a été rapporté de nombreuses fois par les SF consultées : les pauses dans les contractions. Ces dernières « *peuvent s'espacer au moment de l'expulsion* » (E1) ou « *quand bébé descend, c'est à l'engagement* » (E3) ou « *se calment à DC [...] mais avant DC possible aussi, volontiers avant que le bébé descende vraiment* » (E8). L'explication fournie est « *qu'il y a un changement au niveau probablement des récepteurs à ocytocine et de leur stimulation parce qu'il n'y a plus de col, on voit là souvent une pause s'opérer, qui est un signal qu'on est probablement à DC* » (E10), un « *passage hormonal entre, en gros, tout plein d'ocytocine et tout plein d'adrénaline* » (E11). Elles peuvent être « *plus ou moins longues* » jusqu'à « *8h à DC avec une contraction de temps en temps et peu douloureuse* » (E10). Une autre SF qualifierait cette dynamique d' « *anarchique* » quand elles durent plus « *10 minutes au maximum, un petit quart d'heure* » (E11). En somme, « *ces pauses sont toujours à interroger en terme de : est-ce qu'il y a un risque à la laisser, quels risques je prends à ne pas intervenir ?* » (E10).

Durant cet intervalle, les SF ont « *l'impression que les piles sont vides* » (E8) et associent cela à une « *phase de récupération* » (E8) où les femmes « *reprennent leurs esprits* » (E13). 2 SF estiment que cette pause a aussi une utilité dans le cas de circulaire : « *Le rythme est pas top et puis après il tape à 150-160bpm, il a récupéré, je pense qu'il a fait passer le cordon* » (E13), « *les contractions en pleine phase d'expulsion plutôt que de forcer être de plus en plus intenses, elles s'amoindrissaient ... il y en avait de moins en moins. Non normalement ça devrait dépoter plus* » (E18).

Les propos tenus par une SF qui donne maintenant des formations à propos de l'accouchement physiologique me semblent reprendre les notions abordées précédemment tout en les mettant en lien avec le cocktail d'hormones des femmes en travail : « *Ce que je vais plus examiner pendant le travail, c'est la dynamique propre de cet utérus-là. Notamment, j'ai appris à observer les largages d'ocytocine qui sont effectivement tout à fait repérables dans le comportement de la dame et comment l'utérus répond à ces relargages. Ce sont des*

indicateurs bien plus fiables que de regarder un col. On a une dynamique utérine qui tout à coup change de modèle au moment où il y a un largage. Un utérus qui tout à coup se met à se contracter de manière beaucoup plus importante qu'au moment de la contraction précédente. Dans la théorie, vous avez un largage de l'ocytocine et là tout à coup, vous avez une réponse mécanique de l'utérus. Et puis ce largage s'épuise au bout d'à peu près trois quart d'heure/1h. Les contractions changent de puissance, on va dire. Puis de temps en temps, il y a une pause avant un nouveau largage » (E10).

Le ventre maternel est à ce moment-là au centre des attentions. Les SF réalisent une palpation au début (E1, E14, E16) puis de nouveau pendant le travail, si une stagnation est pressentie (E1) ou si elles ont un doute sur le relâchement utérin entre les contractions (E16). Elles précisent bien sûr que *« si ça ne lui fait pas du bien, je le fais un peu de temps en temps pour voir ce que ça donne » (E11).*

« Les contractions, vous les voyez, vous voyez le ventre qui devient carré » (E13) et pas seulement au toucher. Une SF s'intéresse plus particulièrement et me dit qu'« il ne brille pas pareil en fonction de comment ça progresse » car « il y a un angle différent donc il ne prend pas la lumière pareil, il y a la peau qui se tend ... Une luminosité différente, plus de chaleur ... » (E12).

Cette investigation permet aussi de s'enquérir de la variété de présentation, en fin de grossesse pour quelques-unes (E8). Elles regardent simplement *« à la forme oui, on voit quand il y a la contraction, si le bébé est plus à gauche ou plus à droite ... » (E2), « dans les variétés antérieures où on voit bien que c'est bien délimité. En OS, on voit souvent qu'il y a des bosses un peu de partout » (E18).* Certains facteurs peuvent les mener à regarder ou à être plus soucieuses : si le travail *« n'avance pas » (E5), « si le dos est à gauche, je ne me pose plus de questions mais par contre si le dos est à droite, je suis un petit peu plus attentive » (E15) ...*

Elles observent également la hauteur de présentation et donc la descente fœtale avec plus ou moins d'aisance : *« quand le dos est à droite, j'ai plus de mal mais quand le dos est à gauche, rien qu'un palper me donne une idée précise de la hauteur de présentation » (E14).* La façon dont la contraction moule le bébé *« permet de voir aussi si bébé s'accommode bien dans le bassin ou si au contraire, il reste suspendu au-dessus du pubis » (E17).* Cela signifie que le fœtus est assez haut dans le bassin contrairement à *« ton palper, quand tu cherches la tête où que tu ne la trouves plus, ni en bas ni en haut, et bien il est engagé. [...] T'as plus que la nuque qui apparaît au-dessus de la symphyse, t'arrives pas à la trouver » (E12).* D'autres

petits indices permettent de visualiser la descente du futur bébé avec « *le foyer d'auscultation (cardiaque) qui descend* » (E2), « *le fameux ventre qui descend, la respiration plus libre ...* » (E11). Une seule SF prend la hauteur utérine pendant le travail et ceci, seulement quand la patiente arrive (E16).

Il lui est toutefois reproché de ne « *pas être un signe prédictif favorable* » (E9) : « *Qu'il soit en OIGA ou en OI DP, si ça ne va pas, ça ne va pas. Il y a d'autres signes qui vont dysfonctionner* » (E6).

3.2.3. Les positions maternelles

Les positions choisies par les femmes peuvent leur « *donner une indication mais il n'y a pas de positions particulières* » (E8) en fonction des phases du travail. La majorité des SF ont « *vu des miracles qui ne sont pas du tout décrits dans la littérature* » (E10). Alors, « *il n'y a pas une position où je vais me dire le bébé va arriver* » (E6). De nombreux facteurs peuvent influencer sur celles-ci comme la « *posture du bébé* » ou la « *taille du bassin de la femme* » (E18) voire les entraver : « *Y a des femmes qui ont appris des choses à propos des positions, c'est pas leur corps qui leur dicte* » (E8), « *l'éducation est un frein plutôt puissant* » (E13), lorsque les parturientes sont encore dans la réflexion.

De manière certes générale, 2 SF ont quand même tenu un discours semblable concernant l'évolution des positions pendant le travail :

- « *Elles sont souvent plutôt dans les positions verticales, soit debout soit assises sur le ballon sur un début de dilatation. Après 5-6, elles ont souvent plus besoin de se mettre plus au sol : c'est plus des positions quatre pattes, à genoux* » (E15)
- « *En début de travail, elles vont facilement être assises sur le ballon, à faire des ronds sur le ballon ou alors debout à déambuler ou à s'appuyer sur une table. Puis plus on va aller dans l'avancement du travail, plus elles vont s'intérioriser, plus elles vont rejoindre le sol, être à genoux, à quatre pattes, plus elles vont rechercher un coin pour se mettre tranquille, se cocooner* » (E17).

Les postures d'engagement peuvent être représentées par « *la femme qui va avoir un peu tendance à plier les genoux et puis pourquoi pas écarter un peu les genoux, parfois se mettre sur la pointe des pieds* », toujours « *très femme-dépendant* » (E16). Lors de la descente du fœtus dans le bassin, la recherche d'asymétrie est visible : « *Souvent c'est des positions où du*

coup va y avoir un peu une mobilité au niveau du bassin, que par exemple la jambe elle va être décalée un peu sur le côté, ou alors que si elle était dans la même position jusque-là bah d'un coup elle va hop la modifier un petit peu ... au niveau du bassin » (E4), « là tu vois qu'elle cherche à faire tourner son bébé » (E6). Des signes concomitants sont toujours présents : « Des fois si tu regardes on voit aussi que ça bouge un peu au niveau du bassin » (E4), « de plus en plus mal, elles ne peuvent plus parler » (E5) ... Sur la fin du travail, elles cherchent quelques fois à « s'accrocher », « elles baissent les fesses, elles bougent, elles accompagnent le bébé » (E5), « elles ne peuvent pas supporter de rester poser sur leur bassin » (E8) au contraire « une femme qui était hyper bien allongée, le dos étiré, et qui ressent tout d'un coup l'envie d'être accroupi et de vraiment enrouler son bassin autour de son bébé » (E11). Il est également intéressant de faire « attention à l'ouverture de leurs cuisses parce que sur la fin, elles vont quand même essayer de se mettre en position d'ouverture » (E3). Pour la fin du travail voire l'expulsion, 2 SF citent néanmoins la position à quatre pattes : « Dès qu'elle se mette à 4 pattes, c'est qu'on est proche de quelque chose qui va aboutir » (E1) et 4, celle accroupie : « si la femme s'accroupit, c'est souvent signe que le bébé n'est pas loin » (E9), avec « les fesses plus basses que les genoux donc ça fait un angle au niveau des fémurs » (E13). Cette dernière SF nous explique qu'« il y en a qui se retiennent » et qu'en leur proposant de s'installer « sur les toilettes, il n'y a plus cette retenue » (E13). Comme cité précédemment, les acquisitions antérieures de ces femmes peuvent les réfréner dans leur lâcher-prise.

L'analyse de leurs positions dans la continuité amène également des pistes sur l'avancée du travail : prenons comme exemple, des « femmes fatiguées mais dès que la contraction arrive, elles sont obligées de se mettre à quatre pattes » (E8), « il y a cette remise en action à la fin du travail alors qu'elles ont peut-être été allongées pendant un temps » (E14). Finalement, c'est en quelque sorte la recherche d'un geste spontané et impérieux : « c'est plus fort qu'elle », « elle se met comme ça parce qu'il y a que comme ça qu'elle peut se mettre » (E2).

3.2.4. Le bassin

Le bassin de la femme en travail est peu scruté car difficile à observer dans la pénombre où sont installées la SF et la parturiente : « *quelques fois, on a du mal entre la pénombre et la position de la maman* » (E14). Il en va de même pour le périnée.

3 SF font déjà le point en amont pendant la grossesse, en se penchant sur le losange de Michaelis afin de les orienter « *voir un ostéo pour la remettre d'aplomb si par hasard elle ne l'était pas* » (E10) ou leur conseiller ou au contraire, leur déconseiller certaines positions pendant le travail pour maximiser la place dans leur bassin : « *quand je vois certains losanges, je vais leur dire : bah voilà, pendant ton accouchement, ça va être important que tu libères l'arrière parce que ton bébé ne va pas avoir beaucoup de place devant, faudra vraiment qu'il aille chercher toute la place en arrière* » (E17). « *Après quand je vois qu'il y a un losange un tout petit peu plus petit que la moyenne, si je sais que de l'autre côté elles ont un petit bébé, je ne vais pas les alerter. Elles ont le bassin qui va avec la taille du bébé* » (E17), d'autant plus qu'une autre SF fait remarquer qu'il est « *plus intéressant de regarder la liberté de mouvements du bassin plutôt que d'examiner de manière un peu statique un bassin qui ne nous donnera rien de précis sur la **dynamique** propre de l'accouchement* » (E10). Une seule SF m'en a parlé pendant le travail sans plus de précisions : « *le losange de Michaelis doit changer* » (E12).

L'observation du bassin passe aussi par le toucher en posant une main sur le sacrum pendant les contractions où « *tu sens... c'est ça, que ça pousse un peu au niveau du sacrum* » (E4) ou « *quand on masse, on en profite pour regarder le sacrum et les sacro-iliaques* » (E17). La SF peut alors mettre en évidence la « *rétrorsion du coccyx* » (E2) et du sacrum que les patientes ont la possibilité de ressentir aussi : « *tu sens les sensations du sacrum et du coccyx qui se poussent vers l'arrière, c'est hyper-positif* » (E6). Visuellement, « *c'est le bassin qui, en gros, se rétroverse donc du coup il n'y a plus de cambrure* » (E11) avec « *un sacrum qui devient très rond et vraiment visible de l'extérieur* » (E15). Ce phénomène commencerait « *à 9-10cm* » (E9) puis « *plus le bébé va descendre dans le bassin, machinalement, plus c'est le bas du sacrum qui remonte* » (E15). Certaines capacités peuvent permettre d'affiner le ressenti de la SF : « *je fais aussi pas mal de travail énergétique donc en passant la main, je peux sentir où en est la tête de bébé, où il en est dans sa descente* » (E17).

Elles sentent aussi le bassin s'élargir : « *Les hanches aussi, les crêtes iliaques ... que tu sens, ça se pousse, ça s'écarte* » (E6), « *A partir du moment où le bébé se fixe du coup, à*

chaque contraction il va rentrer un peu plus dans le bassin et il va faire bouger des os au niveau des sacro-iliaques notamment » (E11).

« Les autres signes, ça permet de voir si la dilatation se fait bien mais par contre, les signes du bassin, ça se voit en fin du travail » (E6) ce qui est cohérent avec le fait que cette observation « vient souvent avec les premières sensations de poussée voire la poussée réflexe » (E15).

3.2.5. Le sillon inter-fessier

4 SF observent des modifications au niveau du sillon inter-fessier qu'elles traduisent comme *« l'étirement tissulaire qui du coup fait que ça s'écarte et qu'on a l'impression qu'il y a une espèce de... comment dire, il n'y a plus de traits en fait, tout se met à plat » (E11) « et on va voir le sillon inter-fessier qui devient plus rouge violet, un peu plus foncé » (E18).*

Donc comme les autres signes dans cette partie du corps, *« c'est plutôt en fin de travail du coup » (E11) où les SF peuvent se dire : « Ah oui, ça y est, le col est dilaté quoi » (E6). « En général, ça va avec la femme qui dit qu'elle le sent contre le sacrum, qu'elle le sent descendre » (E18) voire « qui s'engage franchement, en effet au niveau des fesses du coup, on sent que le bébé descend donc il y a beaucoup moins de place et on sent qu'il y a un étirement » (E11).*

Elles les mettent en relation avec d'autres signes : *« Il y a de la chair de poule au niveau des fesses que l'on peut voir quand le bébé commence à descendre au niveau du sacrum et a amorcé sa descente en fait. Ça c'est souvent au moment de la phase de désespérance » (E17).*

3.2.6. Les pertes vaginales

La majorité des SF interrogées m'en ont parlé. C'est *« quand elle est franchement en travail et puis d'un coup, ça saigne rouge pour de vrai mais t'as un bon relâchement utérin entre les contractions, t'as un bébé qui bouge encore un peu, t'as un bon rythme » (E12), les diagnostics différentiels d'une hémorragie sont bien sûr vérifiés. Plusieurs explications sont données : « des restes de l'hymen qui saignent » (E13), « le col doit s'effacer complètement » (E8) ...*

Cela peut commencer « à 3 cm, chez qui ça ne saigne pas et puis d'un coup, ça se met à saigner un peu puis les contractions sont plus fortes, on se dit : ah ça doit bouger ! » (E2) ou « quand il n'y a pas eu de saignements particuliers, elles commencent à saigner quand elles sont à 8-9 » (E13). Une des critiques faites est que « ça travaille mais ça ne me donne pas tellement d'informations sur l'avancée du travail » (E17). Cependant, « quand ton col craque, c'est qu'il s'ouvre vite. S'il s'ouvre vite tu n'as pas besoin de savoir comment il s'ouvre, il s'ouvre » (E12). « Après il y en a qui ont des cols sensibles qui saignent dès le départ, c'est comme ça » (E13) ce qui peut en fausser l'interprétation.

3.2.7. Le périnée

Les signes recherchés sur le périnée sont la vulve qui bombe puis la dilatation de l'anus, « c'est surtout pour l'expulsion mais c'est un grand grand signe d'efficacité quand même » et « ça montre qu'elles n'ont pas peur. Ça va être efficace et qu'elles ont captées comment il fallait faire » (E13). C'est donc une preuve de lâcher-prise de la part de la femme.

Au niveau de la vulve, « à la contraction quand vous commencez à avoir les grandes lèvres qui bombent, même si la tête n'est pas derrière, il n'y a pas besoin de savoir où vous en êtes, vous le savez » (E13). C'est « vers 8-9-10 cm, quand ça pousse » (E9) que les SF voient une dilatation rectale : « un anus qui commence à s'ouvrir légèrement avec des hémorroïdes, c'est certain qu'il y a un bébé qui passe même si ça ne se voit pas en-dessous, sur le périnée » (E3). Par la suite, c'est « le périnée qui s'amplie donc c'est le bébé qui est pas loin » (E15).

Les SF récupèrent ces informations avec des « compresses d'eau chaude. Je vais juste poser ma main sur le périnée pour sentir le bébé arriver, la tête faire son chemin » (E14). Comme décrit plus haut, les conditions qui entourent l'accouchement physiologique ne permettent pas de mettre en exergue visuellement tous ces signes.

3.2.8. Les sons et la respiration

L'évolution de la respiration et des sons produits par la parturiente font également partie de ce panel de signes permettant de qualifier la progression du travail. Alors, « *il ne faut pas qu'elles se gênent pour émettre des sons. Elles n'embêtent personne et il faut qu'elles se sentent à l'aise* » (E9). Certaines SF essaient de ne « *pas parasiter leur espace. C'est pour ça que le son est important, le son appelle. A un moment, elle nous appelle inconsciemment pour l'accouchement* » (E13).

Dans la surveillance du travail, une des SF interrogées est beaucoup plus à l'aise avec les sons qu'avec le TV : « *Je travaille beaucoup plus à l'oreille qu'aux doigts. Les sons de la mère : l'intonation, le râle ... Maintenant, je crois que je pourrais vous dire la dilatation rien qu'à entendre le cri de la mère. [...] Y a un moment où le bruit change et là, vous savez où elle en est et je me trompe rarissimement* ». Elle trouve l'étude des sons plus pratique, surtout quand se dressent des obstacles à la réalisation du TV comme la position ou la douleur de la femme : « *C'est compliqué d'aller examiner une femme à 4 pattes ou une femme accroupie sous la douche* » (E13).

En début de travail mais « *souvent quand vraiment les contractions sont régulières, qu'elles sont bien dans le travail* », les parturientes commencent à adapter leur respiration : « *c'est des respirations assez... assez lentes du coup qui se mettent en place et qui durent un peu tout le long* » (E4). A partir de 5-6 cm, au moment du changement de positions, c'est une période de transition : « *Ça va souvent de pair avec le fait de se mettre dans sa bulle et puis parfois, ça correspond au passage de la respiration où elle souffle à l'utilisation des sons* » (E15). Certaines SF précisent que les femmes peuvent aussi vocaliser de manière aiguë pendant le commencement du travail actif : « *Quand elles sont encore dans les vocalises assez aiguës, ça reste encore très travail actif, entre 5-6 cm, c'est variable en dilatation* » (E18) ou « *c'est quand elles sont trop dans leur tête qu'elles font des sons aigus* » (E13). Ce sont plutôt « *des cris de l'ordre de la panique* » (E2).

Après, plus les femmes avancent dans le travail, « *plus ce sont des sons libérés, moins contrôlés* » (E16), « *les sons deviennent de plus en plus profonds, de plus en plus forts* » (E17). Les sons graves arriveraient naturellement en parallèle avec l'évolution du travail et auraient plusieurs propriétés : « *Les sons graves, c'est plus dans la gestion de la douleur. La fréquence des sons graves ... de façon interne, ça dilate les cols, j'en suis de plus en plus convaincue* » (E13), « *quand on part dans le grave, on sent que le diaphragme baisse un peu*

plus. S'il n'est pas engagé, il ne va pas en être loin » (E18). En fait, « plus ça va dans le grave, plus on s'approche de l'engagement et de la poussée » (E18). Il faudrait par contre se méfier « Quand elles poussent dans la gorge, c'est quand au moins il commence à s'engager mais des fois, elles sont à 8 » (E5).

Le terme de « rôle » revient plusieurs fois pour décrire ces sons particuliers émis en fin de travail : « *les rôles d'expulsion, les rôles du bébé qui descend » (E2), « des rôles en fait de plus en plus longs, de plus en plus rauques, de plus en plus graves » (E3). C'est une « aspiration diaphragmatique qui est typique de l'engagement » (E10).*

Les SF mettent aussi en lien différentes parties du corps qui influeraient donc l'une sur l'autre : « *et puis à un moment, on s'en sort plus, on n'est plus dans le même pic de douleur, on sent que ça pousse en bas. Elles ouvrent la bouche, elles ouvrent tout, elles ouvrent la mâchoire jusqu'aux mandibules » (E13).*

Une SF voit l'utilisation de sons comme « *les « ssss » plutôt à la fin. Après, ça s'est quelque chose que je fais en cours pour qu'elles apprennent à le faire » (E9). Elle leur inculque donc quelques bases de chant prénatal en amont, tout comme une autre SF : « la seule chose que je leur dis, c'est que les sons aigus, ça n'aide pas du tout et qu'il vaut mieux les sons graves. Donc je leur fais expérimenter en prénatal pour qu'elles ressentent et que pendant le travail, je leur dis « attention, t'es en aigu, essaye de redescendre en grave », elles n'aient pas à réfléchir « pourquoi il ne faut pas que je fasse de l'aigu ? », ça a été vu avant » (E2). Se repose alors la question de savoir à quel point une action est spontanée. « On a aussi affaire à des patientes qui sont très cérébrales, mine de rien » (E11) me confie une SF. Alors, dans ce dernier exemple, c'est possiblement pour éviter à sa patiente de se remettre à raisonner dans une période où on préfère éviter cela, que la SF lui transmet de manière superficielle quelques renseignements.*

Et il y a toujours cette notion d'évolution propre à chaque femme et à son travail : « *c'est plus quand on aura pris la température avec elle, de les voir en travail et de voir l'évolution dans leur travail quoi. Certaines patientes peuvent manifester beaucoup dès le départ et n'être qu'à un doigt » (E13).*

3.2.9. Les odeurs

2 SF me disent utiliser tous leurs sens dont leur odorat : « *j'observe tout ce qui est olfactif, je trouve ça super intéressant : ça sent le LA, les selles, tout se mélange un peu* » (E6), l'odeur « *change en fin de travail* » (E17). C'est par contre difficile pour elles d'en donner une description plus poussée.

DISCUSSION

IV- DISCUSSION

4.1. Forces et limites de l'enquête

4.1.1. *Biais de l'étude et difficultés*

Le fait d'accomplir les entretiens par téléphone a apporté quelques inconvénients : la réception n'a pas toujours été de bonne qualité pouvant couper plusieurs fois un même appel ; l'enregistrement de ceux-ci s'est fait après les avoir mis sur haut-parleur avec un dictaphone, diminuant l'intelligibilité des paroles des SF ; n'étant pas physiquement présente lors des entretiens, des tierces personnes (conjoint, enfant ...) ont pu plus facilement les perturber.

Le recrutement des SF de cet échantillon n'est pas aléatoire car une partie a été choisie par le biais de connaissance (grâce à ma directrice de mémoire) et l'autre partie sélectionnée dans le répertoire de l'ANSFL.

4.1.2. *Forces de l'étude*

D'une part, au vu des modifications récentes des recommandations françaises portant sur l'accouchement physiologique et amenant les SF à réaliser des TV moins fréquents lors du travail, l'étude d'autres moyens de surveillance me semble donc appropriée. Cela a pu se traduire dans la motivation et l'envie de partager des SF dans leurs discours.

D'autre part, même si la qualité des enregistrements téléphoniques a pu causer des difficultés de retranscription, ces derniers m'ont toutefois permis d'interroger des SF selon leurs disponibilités et qui exercent dans toute la France, dans des structures différentes comme les rares maisons de naissance (sept en métropole).

4.2. Les recommandations internationales

De nombreuses SF anglaises indépendantes interrogées par Winter utilisent principalement le TV dans leur pratique afin de clarifier une situation ou confirmer ce qui est déjà suspecté, contrairement aux protocoles hospitaliers où les TV sont seulement réalisés pour évaluer la progression de la dilatation [49]. La même réflexion est retrouvée ici où les SF continuent d'utiliser cet examen : « *le TV, il est pas à jeter non plus* » (E4) mais en regrettent l'usage systématique. « *Qu'est-ce que je vais en tirer comme info et qu'est-ce que je vais lui (la parturiente) donner comme info ?* » (E8) : elles veulent en tirer une information qui va avoir un impact sur le déroulement ultérieur du travail.

Dans des pays tels que le Royaume-Uni avec une population semblable à la nôtre, leur conception de la grossesse est différente et se base sur une stratégie de dépistage et une classification des grossesses plus fouillée en amont [39]. Cela offre la possibilité aux femmes « à bas risque » de choisir un accouchement non médicalisé, et cela, sans qu'une augmentation du taux de la morbi-mortalité maternelle ou fœtale ni du nombre de césariennes ne soient observée [50]. Pour étayer leurs pratiques, les SF sont donc amenées à chercher des recommandations et des études étrangères comme celles de l'OMS [35] et du NICE [39] (E17) : « *On suit les recommandations de l'OMS, un toucher toutes les 4h* » (E14), « *Je sais qu'en Angleterre ou dans d'autres pays, les façons de faire sont différentes : ils n'examinent pas, les travaux durent 3 jours ...* » (E9).

Dans ses nouvelles recommandations [17], la HAS se base aussi majoritairement sur cette littérature anglosaxonne pour conseiller un TV toutes les 2 à 4h en début de travail. Selon le NICE [39], si le soignant n'est pas certain du diagnostic de mise en travail, un TV peut aider au diagnostic après une période d'évaluation mais n'est pas forcément nécessaire. Ce TV peut néanmoins être « *essentiel* » (E2) pour certaines SF, la moitié de mon échantillon ici. Par la suite, ils conseillent de proposer un TV toutes les 4 heures voire plus souvent si le professionnel doute quant à la progression du travail ou si la parturiente le demande, après palpation abdominale et évaluation des pertes vaginales. Cette palpation est utile pour connaître la variété de présentation en cherchant la tête et le dos, la situation de celle-ci par rapport au bassin maternel (mobile ou fixée, engagée ou non si l'épaule est encore palpée) et le degré de flexion de la tête fœtale (« *coup de hache* ») [43]. Par contre, elle ne s'avère pas cliniquement très fiable pour dépister une malposition [51].

L'OMS conseille également un TV toutes les 4 heures durant le premier stade. Il considère les TV fréquents et répétés, surtout s'ils sont réalisés par des professionnels différents, comme des pratiques souvent effectués à tort (catégorie D) [52].

« *Puis tous les changements majeurs, ils méritent que t'écoutes les bruits du cœur* » (E12) comme lors de la RSM où la majorité des SF interrogées préfère cette méthode de première ligne au TV. Effectivement, si procidence il y a, elle impacte le RCF car la circulation vasculaire ombilicale se trouve interrompue ou du moins diminuée par compression entre la présentation céphalique et l'arc antérieur du bassin et plus particulièrement lors de chaque contraction utérine [53]. Dans le cas des ARCF, le tracé est considéré comme normal ou à faible risque d'acidose lorsque les décélérations ne sont que des ralentissements uniformes précoces ou variables non compliquées d'une durée inférieure à 60s et d'une diminution de moins de 60 bpm [54]. Ces ARCF sont les résultats d'une réaction vagale réflexe suite à une pression exercée sur la présentation fœtale contre le bassin maternel au cours d'une contraction (neoventa), signe qu'« *il descend, mais j'ai intérêt d'observer après qu'il descende bien pour le coup* » (E6).

4.3. Le déroulement du travail physiologique

4.3.1. Le premier stade du travail

Au début ce stade, pendant la phase de latence, les femmes sont décrites comme étant peut-être un peu plus bavardes, se comportant « normalement » sans assistance [4], ayant besoin de se tenir occupées [55]. Elles sont plus souvent debout à marcher [55]. Des pertes vaginales légèrement sanglantes ou la perte du bouchon muqueux sont observés à cette période indiquant qu'il y a du mouvement au niveau cervical [4].

« *Le nombre de femmes où tu vois une phase de latence qui dure qui dure qui dure ... et que finalement d'un coup elle passe de 3 à 10 en l'espace d'une heure et finalement elles accouchent. Tu vois je trouve que du coup ça (le TV) induit presque même parfois des mauvaises interprétations alors que si tout le reste, ça avance bien c'est juste le col qui lâche pas, bon bah finalement il s'ouvrira quand il s'ouvrira quoi* » (E4). Cette réflexion nous rappelle que la progression de la dilatation cervicale est imprévisible [27] et les connaissances des mécanismes régulateurs de la contraction utérine mériteraient d'être approfondies [56].

En se basant sur trois études dans de nombreux pays à bas, moyen et haut revenu qui ont suivi l'évolution de milliers de travaux, l'OMS a tout de même essayé de mesurer la durée des différentes phases du travail. La phase de latence y est caractérisée par des contractions douloureuses et des modifications du col, prenant en compte son effacement et sa lente dilatation jusqu'à 5 centimètres. Sa durée moyenne n'a pas pu être établie car trop variable. Ils désapprouvent alors les actes ayant pour but d'accélérer le travail et la naissance durant cette période [52]. Par contre, la phase active avec des contractions douloureuses et régulières, de 5 centimètres à dilatation complète, dure normalement moins de 12 heures chez les nullipares et moins de 10 heures chez les multipares, ou respectivement moins de 18 heures et moins de 12 heures [39].

Selon l'OMS, le changement qui s'opère de la phase de latence à la phase active, ce sont les contractions qui deviennent régulières en plus d'être douloureuses. Cependant, dans leur revue de la littérature, la fréquence attendue de ces contractions n'est pas spécifiée. Seules six études estiment qu'il faut que la dynamique soit au moins de 2-3 contractions par 10 min [52]. Ces normes sont majoritairement retrouvées dans le discours des SF : « *(elles) peuvent être espacées mais c'est rare qu'elles en aient moins de 2 par 10 min, entre 2 et 5 par 10 min. On est entraînées à en voir 3-4 par 10 min mais moi, 2 par 10 min, ça me satisfait complètement* » (E2). Certaines peuvent se contenter d'une contraction par 10 min tant que le reste des signes cliniques montrent une progression satisfaisante du travail.

Ici, les durées jaugées par les SF ne sont pas retrouvées car elles sont estimées en prenant des repères différents comme la RSM par exemple et tout comme la fréquence des contractions, sont femme-dépendant : « *C'est pas tout le temps pour tout le monde pareil, ça dépend* » (E13). D'autant plus que des auteurs critiquent cette catégorisation. Les femmes, surtout nullipares, présenteraient plusieurs plateaux où la vitesse ralentit voire stagne et les contractions s'espacent au cours du travail [4, 43, 57]. Walsh estime qu'on devrait décrire le travail en terme de « stade » mais aussi de « rythme » avec des états de pause faisant partie intégrante du processus physiologique. Schmid et Downe [43] le compare à la biologie féminine. Ces pauses peuvent être interprétées comme problématiques si d'autres signes cliniques font aussi douter la SF [49]. Par exemple, les présentations postérieures ont tendance à engendrer des contractions moins fréquentes [4, 58], commençant et se terminant dans la région inférieure du sacrum [58]. La douleur en bas du dos, preuve que le fœtus est en présentation postérieure, est un autre point sujet à débat [59]. Des contractions s'élevant

rapidement mais mettant du temps à retourner à sa ligne de base, associée à une suspicion de stagnation, seraient caractéristiques d'une disproportion céphalo-pelvienne [60, 61].

Néanmoins, plus le travail progresse, plus les femmes qui se déplaçaient auparavant peuvent devenir apathiques et vouloir se reposer entre les contractions [55] et se concentrer pendant. Elles se retrouvent à parler de moins en moins et à se retirer dans leurs corps [4]. C'est à ce moment-là que les femmes changent leur niveau de conscience selon Gaskin et apparaissent comme étant en transe, dans leur « bulle » [4].

Elles peuvent avoir tendance à se pencher en avant pour prendre appui sur une surface. Ce mouvement instinctif les aide à s'accommoder à leur utérus pendant qu'il travaille de la région fundique et accompagnant le fœtus plus loin dans le bassin [55]. Cette position verticale soulageant la douleur en bas du dos et libérant le sacrum comme à genoux ou à quatre pattes [43], elle peut être usitée par les femmes avec un bébé en présentation postérieure. Selon qu'il ait dévié vers son flanc droit ou gauche, elle soulèverait sa jambe correspondante [58]. Les SF l'avaient déjà observé : « *Quand elles se mettent un peu en asymétrie, qu'elles relèvent la jambe ... là tu vois qu'elle cherche à faire tourner son bébé* » (E6). Au contraire, l'inverse peut être observé avec des femmes qui se rapprochent du sol à la recherche de plus d'ancrage [4].

Ce premier stade du travail est aussi marqué par des changements dans sa façon de respirer. Au début, la parturiente peut facilement discuter entre voire pendant ses contractions. Puis plus le travail avance, plus elle doit faire des efforts pour se concentrer sur sa respiration qui va devenir plus profonde [55].

La période de transition marque la fin du premier stade du travail, à 6-7 cm pour certains [4] ou à dilatation complète pour d'autres comme Woods [62]. Ce dernier déplore la méconnaissance du milieu obstétrical sur cette période. Les manifestations sont différentes selon les femmes mais les SF les entendent généralement dire qu'elles ont envie d'abandonner, qu'elles ne vont pas y arriver, qu'elles veulent une APD, qu'elles veulent rentrer chez elles, qu'elles ont l'impression de mourir [4, 55] ... Elles perdent le contrôle et peuvent devenir plus ou moins irrationnelles ou cassantes [4]. « *À un moment donné, tous les signes de politesse, de discussion, quand tout ça commence à disparaître bah pareil c'est le signe que ça avance* » (E4) : la femme est submergée par des sensations nouvelles et difficiles et essaye d'y faire face.

Elles peuvent frissonner - « *de la chair de poule au niveau des fesses que l'on peut voir quand le bébé commence à descendre au niveau du sacrum* » (E17) – trembler, vomir, avoir le hoquet ou des nausées alors que son corps se prépare aux contractions expulsives qui vont suivre [4, 55]. Les vomissements ne sont cependant pas un signe très spécifique car ils peuvent être présents en phase de latence [4] comme l'a souligné une SF sollicitée, « *Y a des vomisseuses et des patientes qui ne vomissent pas. A mon sens, ne cherchez pas d'explications* » (E13).

4.3.2. *Le deuxième stade du travail*

De manière paradoxale, une pause dans les contractions a été mise en évidence par plusieurs auteurs au début du deuxième stade du travail, après la phase de transition et a été nommée « *the rest and thankful phase* » [43, 55] qui pourrait être traduit comme la phase de repos et de reconnaissance : « *Les CU se calment à DC, elle a besoin de se coucher, de dormir, de manger, d'aller faire autre chose, d'aller marcher ...* » (E8). Les contractions y sont toujours aussi fortes mais moins fréquentes, le segment supérieur se rétracte et la présentation fœtale se fléchit. Les patientes peuvent même dormir quelques fois [4, 43]. Aderhold et Robert considèrent qu'elle est courte et dure environ 15 min contrairement à Varney et al. qui estiment qu'elle peut durer jusqu'à une heure chez les futures primipares [4]. Le même débat est retrouvé chez les SF questionnées ici. Ce répit permet néanmoins à la future mère de devenir plus consciente de son environnement [4].

La femme se retrouve alors avec plus d'énergie ce qui se répercute sur sa respiration, plus expiratoire qu'inspiratoire. Elle est concentrée sur sa respiration qui devient plus gutturale comme les sons qu'elle laisse échapper à la fin de la contraction, avec quelques bruits involontaires de poussée [55]. Les fréquences basses sont de meilleure augure pour la fin du travail car elles permettent à la femme d'investir la partie inférieure de son corps et de se détendre. D'après Gaskin, il existe un lien direct entre les muscles de la bouche et de gorge et ceux de l'utérus et du vagin. Si la mère est décontractée, son col est également bien plus élastique. C'est pourquoi le chant entrainerait une dilation idéale des sphincters et aiderait la descente fœtale suite à l'abaissement du diaphragme [63]. Les sons aigus sont par contre associés à une certaine tension plus délétère pour l'avancée du travail [64]. Ces sons ont aussi l'avantage de permettre aux SF les plus habituées de savoir à quel stade du travail se trouve la femme [65].

Avec ce regain d'énergie, elles vont aussi chercher à se mettre debout et à bouger de nouveau [55], sûrement à la recherche d'une position plus en adéquation avec leurs nouvelles perceptions.

Ce deuxième stade est la période entre la dilatation complète et la naissance durant laquelle la femme va ressentir l'envie involontaire de pousser. Ce stade est également découpé en deux phases, la phase active puis la phase périnéale, voire trois si « the rest and thankful phase » est incluse [4].

Cependant, les SF dans ce contexte d'accouchement physiologique ne connaissent pas le moment précis de la dilatation complète et attendent 20 minutes (E4) à une heure et demie (E17) à partir du début de cette poussée spontanée. Pour certaines femmes, cette envie indique que le col est complètement ouvert alors que pour d'autres, c'est le signal du début de la phase de transition qui précède le second stade du travail. Certaines parturientes n'ont de sensation de poussée que tardivement dans le deuxième stade lorsque la présentation fœtale a atteint le périnée. Certains auteurs préfèrent alors se servir de cette mesure plus subjective pour déterminer le début du second stade [4] comme le NICE. Il utilise les mêmes limites de temps que l'OMS, 3 heures chez les nullipares et 2 heures chez les multipares [52], mais à partir de ce qu'il nomme la phase active, c'est-à-dire quand le bébé est visible, en présence de contractions expulsives ou quand un effort actif maternel suit les contractions [39]. Il est conseillé qu'elles suivent de manière spontanée cette envie.

Il n'y a pas d'études prouvant l'efficacité d'une méthode de poussée sur une autre. Le contexte clinique et les préférences de la femme doivent guider ce choix [66, 67, 68]. Il est intéressant de noter que même en poussant de manière spontanée, la femme peut accoucher sans dépasser la durée impartie de 2h et que permettre à cette dernière de respirer durant l'effort en fait une méthode qui interfère moins avec l'équilibre physiologique [69]. Lorsque les femmes commencent à pousser, elles décrivent comment avec la poussée, une douleur est associée et qu'elles qualifient de piquante et brûlante [70]. Ce sont les tissus qui doivent s'étirer.

Cette sensation peut donc débiter avant la dilatation complète en fonction de la position de la tête fœtale dans le bassin ou si le rectum est plein et « *tu vas avoir des selles pendant 1h* » (E8). C'est une variation physiologique du travail et non un signe de complications [43, 71]. « *Des fois une OS, c'est assez fréquent, c'est cette envie de pousser un peu tôt par rapport à ce qu'on pourrait examiner* » (E18), elle peut en être effectivement une

des causes. La majorité des études s'accordent sur le fait que pousser en suivant cette envie permet de soulager la femme et d'aider à la tête fœtale à tourner et se fléchir afin de terminer la dilatation, sans causer de lésions ou d'œdèmes au col. Une étude précise cependant qu'il faut avoir un col souple dilaté à 8 cm au moins. Ils proposent des positions comme être allongé sur le côté, à quatre pattes ou s'accroupir dans le but de favoriser la rotation de la présentation [71].

De même, un bourrelet de col en antérieur peut donner ce besoin précoce de pousser. Si le bourrelet est minime et le reste du col est totalement dilaté, il est possible de réduire manuellement celui-ci lors d'une contraction avec les efforts de poussée de la femme, comme le font déjà certaines SF : « *Très souvent, bourrelet de col en antérieur. Je fais un TV et je fais passer le col* » (E13). Autrement, cette sensation peut être diminuée en redistribuant la pression sur le col en proposant à la femme de se mettre à quatre pattes, avec les genoux contre la poitrine ou debout [43, 71].

Le NICE conseille de proposer un TV toutes les heures pendant ce second stade [39] mais comme ont pu le décrire quelques SF ayant déjà accouché, c'est une période sensible où la femme n'accepte pas forcément d'être touchée : « *Le pire, c'est quand on déplisse le périnée au moment du passage de la tête, j'avais envie de la mordre* » (E13).

Il est donc pertinent de rechercher d'autres signes cliniques qui pourraient nous donner les informations recherchées d'autant plus qu'à l'approche du second stade, un regroupement de descripteurs est observé, plusieurs signes se chevauchent [4]. C'est en additionnant tous ces indices que la SF peut affiner son diagnostic sans incommoder la femme.

Lemay propose différents points sur lesquels porter notre attention [72] :

- Si la parturiente laisse la contraction s'installer avant de pousser, cela signifie que la dilatation n'est pas terminée. Simultanément, elle va se retrancher dans son intériorité afin de trouver inconsciemment les forces et connaissances pour l'enfantement dans son cerveau archaïque.
- Toutes les sensations que la femme ressent vont l'amener à s'accroupir et à grogner ce qui montre l'urgence de pousser.
- Des pertes vaginales sanglantes indiquent que le col poursuit sa dilatation. Elles se tarissent lorsque la tête commence à s'accommoder et descendre dans le bassin. De légers saignements peuvent reprendre et provenir de déchirures vaginales.

- Un anus distendu est un signe que la naissance est proche. Une « ligne rouge foncé » qui s'étend de l'anus puis sur le sillon inter-fessier se différencie lorsque la dilatation complète est atteinte.

Les derniers signes dépeints sont expliqués par les phénomènes se déroulant lors de la phase périnéale du second stade du travail : le fœtus en descendant dans le vagin distend l'urètre, aplatit le rectum d'où l'émission de selles puis étire et aminci le corps périnéal avant de naître[4, 43].

« C'est sûr qu'un anus qui commence à s'ouvrir légèrement avec des hémorroïdes, c'est certain qu'il y a un bébé qui passe même si ça ne se voit pas en-dessous, sur le périnée » (E3)
Il faut toutefois se méfier de cet élargissement car il peut être apparaître plus tôt à cause de l'engagement profond de la présentation et de la poussée prématurée de la femme [43]. Tout comme, les pertes sanglantes peuvent être expliquées la fusion finale du col dans le segment inférieur [4].

La « ligne rouge foncé » décrite précédemment est aussi qualifiée de mauve ou pourpre dans les différentes études. L'augmentation de la pression intrapelvienne provoquant la congestion des veines autour du sacrum avec l'absence de tissu sous-cutané dans cette région aboutit à cette ligne de décoloration [47]. Elle est donc facilement repérable lors du second stade du travail. Elle est néanmoins sensée apparaître dès 2 cm de dilatation à partir de la marge anale et évoluer en miroir avec la dilatation [47] mais selon certains auteurs, les données la concernant sont encore incomplètes et peu détaillées [43]. Dans des études récentes, elle apparaît pourtant chez 75.3% des femmes durant la phase active avec une corrélation positive entre celle-ci et la dilatation dans 89% des cas. Les auteurs conseillent alors de l'utiliser comme une méthode complémentaire non invasive pour l'évaluation clinique des progrès du travail [73, 74, 75].

« Les signes du bassin, ça se voit en fin du travail » (E6). Simultanément, des changements sont observés au dessus des ligaments connectant le sacrum à l'os iliaque, une région nommé le losange de Michaelis [49]. Il possède des mesures permettant d'affirmer s'il est dans les normes et s'il est symétrique. Pendant le travail, cette région bombe suite au soulèvement du sacrum et du coccyx quand l'occiput progresse dans la courbe du sacrum [43, 49]. Elle apparaît au début de l'envie involontaire de pousser [49].

Avec cette envie et la réapparition de contractions plus fréquentes, la femme peut s'accroupir pour accompagner cette sensation comme cité plus haut, et écarter ses jambes l'une de l'autre [4]. Elle va se redresser et tendre ses bras en l'air afin d'augmenter l'espace au niveau du pelvis lorsque la tête de son bébé descend [55] et peut-être chercher une personne à qui « s'accrocher » (E5). Ces actions de préhension se poursuivent tout au long du travail mais diminuent considérablement à la fin [4]. Les mouvements rythmiques peuvent soulager la douleur pendant le travail et aider la tête du fœtus à descendre dans le bassin [4].

Wickam et al ont noté que les sages-femmes arrivaient à identifier l'approche de la naissance grâce à leur odorat qui est un sens peu usité, sûrement de manière inconsciente. Il est évident que le placenta a une odeur très forte dans le cas d'une chorioamniotite mais ils décrivent plus particulièrement dans leur étude une odeur féminine capiteuse qui ne résulte pas seulement du liquide amniotique ou de la transpiration [55].

« Je pense que j'ai énormément progressé en travaillant en maison de naissance. On fait tout du début de la grossesse jusqu'aux SDC en passant par l'accouchement, on est vraiment dans la pleine puissance de la sage-femme et dans notre domaine d'expertise qu'est la physiologie. Être autour de la grossesse comme un événement » (E2). Alors, quels sont les mécanismes biologiques qui sous-tendent le travail et quels en sont les facteurs protecteurs ou au contraire, inhibiteurs ?

4.4. Les facteurs en jeu dans la physiologie du travail

4.4.1. Les hormones

4.4.1.1. De la parturiente

Pendant le travail, le système hormonal de la femme est un ensemble de processus involontaires et instinctifs pouvant être perturbé par le néocortex et dont la compréhension est encore limitée (Buckley 2004, 2015 + Odent 2006). Il existe trois grands groupes d'hormones qui sont produites par l'hypophyse, une structure du cerveau archaïque [45], participant à ces processus [63] :

- Les hormones favorisant les contractions : Ocytocine, prostaglandine
- Les hormones du stress : Adrénaline, noradrénaline, épinéphrine, corticotropine, cortisol
- Les hormones à effet « tampon » : Endorphine, prolactine

L'ocytocine initie les contractions utérines et est relarguée de manière pulsatile, engendrant une certaine rythmicité de ces contractions [76]. Elle a une demi-vie courte mais ces effets se prolongent dans le temps car grâce à une boucle de rétrocontrôle positive, ses pulsations augmentent en fréquence, durée et amplitude afin de maintenir un travail physiologique [76, 77] et elle influe sur d'autres hormones comme les prostaglandines [78]. Elle diminue aussi le stress dans une certaine mesure [43, 77].

D'autre part, l'ocytocine augmente les taux d'endorphines qui ont un fort effet analgésique [76]. Ces substances opiacées endogènes sont également libérées en réponse à la douleur et au stress, et s'accroissent eux aussi tout au long du travail [4]. Paradoxalement, en trop grande quantité, elles inhibent l'ocytocine [43]. Elles sont la cause derrière l'état de conscience altéré qui aide la femme à s'immerger dans le processus de l'accouchement [4, 43]. Il possède plusieurs composantes telles qu'une concentration intense et une fusion de la conscience et de l'action avec une perte de conscience de soi. Cela s'accompagne également d'une distorsion du temps et de l'espace, même si le sentiment de contrôle personnel est maintenu avec la perception de l'activité comme étant intrinsèquement enrichissante [70]. Comme avec l'effort sportif, la douleur intermittente stimule cette production surtout si la femme se détend entre les contractions. Dans ce cas, la formation réticulée du tronc cérébral ne reçoit aucun signal d'alarme et le signal douloureux est modulé à la baisse et augmente la production d'endorphines [43].

Des taux précis sont donc à l'œuvre : un stress maternel excessif pendant le travail peut conduire à une quantité excessive d'endorphines, qui peuvent inhiber l'ocytocine et ralentir le travail. Alternativement, des niveaux trop bas d'endorphines peuvent ne pas donner la réduction adéquate de la douleur et du stress [78].

L'ocytocine est appelée l'hormone « timide » car les hormones dûes au stress peuvent inhiber sa production et ralentir ou arrêter les contractions, contrairement à leur impact sur les endorphines [43]. Les catécholamines et le cortisol ont néanmoins leur rôle à jouer dans le travail [43].

Le cortisol permettrait la transition délicate entre un état de relaxation à un état de contraction, c'est-à-dire le début de la phase de latence [79].

Lorsque la tête du bébé descend et que le col de l'utérus et les tissus mous associés commencent à s'étirer, les récepteurs présents créent une boucle de rétroaction pour augmenter la production d'ocytocine - entraînant de fortes contractions expulsives également connues sous le nom de réflexe de Ferguson [76]. Mais d'après Michel Odent, c'est la

combinaison avec l'augmentation soudaine des catécholamines en fin d'un travail non dérangé qui entraînerait le « réflexe d'éjection du fœtus » [80].

Ce réflexe typique peut être précédé d'une peur soudaine, transitoire et irrationnelle, et exprimée de la même manière. Elle se comporte de manière déraisonnable en osant crier et jurer, ce qui ne serait pas acceptable dans la vie de tous les jours. Cela rappelle la phase de désespérance. Dans une telle situation, la pire attitude serait alors de rassurer avec des mots. Cette expression brève et transitoire de la peur peut être interprétée comme un bon signe d'une augmentation spectaculaire de la libération hormonale, y compris l'adrénaline. De même, une augmentation progressive de corticotropine pendant le travail et atteignant un pic à 8 et 9 cm de dilatation et à la naissance a été également observée [76]. Cette phase devrait être immédiatement suivie d'une série de contractions puissantes pendant lesquelles, la future mère semble être soudainement pleine d'énergie, avec le besoin de saisir quelque chose et de se mettre debout [45, 80].

4.4.1.2. De la sage-femme

« *C'est comme si cette ocytocine engorge toute la pièce. C'est fou d'être imprégnée moi-même de cette ambiance* » (E18). Effectivement, la recherche animale suggère que l'ocytocine peut agir de manière phéromonale, c'est-à-dire transmise entre les individus par l'intermédiaire de l'organe voméronasal dans le nez. Ce type de ressenti euphorique a déjà été décrit par des parents et des soignants l'euphorie après avoir été présents à une naissance physiologique [77]. De même, il est supposé que les odeurs sont plus facilement remarquées dans un environnement serein et calme grâce l'accumulation naturelle d'ocytocine et d'endorphines [55].

De même, le stress est contagieux [81] à double sens dans cette relation. « *T'as la phase de désespérance quand elle te dit qu'elle va mourir, enfin c'est bon, ça me fait des frissons dans le dos à chaque fois* » (E12). Mais la femme peut se sentir moins observée par une SF dont l'attention semble être centrée sur une autre activité comme le tricot. Les tâches répétitives sont un moyen efficace de réduire les tensions. Dr Odent a également expliqué que, du point de vue d'une femme qui accouche, la connaissance que sa SF tricote (même si elle ne la regarde pas, elle peut entendre le cliquetis sur les aiguilles) peut être rassurante. Si la sage-femme est en train de tricoter, c'est qu'il n'y a pas de quoi s'inquiéter. Cette activité étonnante aide aussi à garder bas le niveau d'adrénaline de la SF, assurant ainsi un sentiment de sécurité à tous les niveaux. De plus, cette activité occupe les mains et amène la SF à être plus dans l'« être » et moins dans le « faire » avec la femme [55]. Comme me l'avait confié

une SF, « *Le sages-femmes, on sert à rien [rires]. C'est une grande remise en cause, on ne fait pas grand-chose. On cherche par tous les moyens à s'occuper. Alors qu'à l'accouchement, on ne fait rien, on tricote, on dort, on lit, on attend* » (E13).

4.4.2. Les facteurs externes

Ce cocktail d'hormones complexe peut être aisément déséquilibré. Les éléments perturbateurs sont ceux qui stimulent le néocortex et qui sortent les femmes de leur cerveau archaïque, origine de nombreuses hormones du travail. La lumière, une conversation rationnelle avec des directives, le manque d'intimité, le froid, les changements de position ou d'environnement et les situations de stress en sont des exemples [45, 63]. Selon Dr Odent, ils peuvent même inhiber le réflexe de pousser [80] et interrompre l'état altéré de conscience [43].

Les paroles des soignants en plus de ramener la femme dans son intellect peuvent impacter son corps. Roberts et Wooley mettent cependant en garde les soignants qui conseillent aux parturientes de lutter contre le réflexe de poussée, « *on va chercher à le minimiser* » (E8), dans l'attente que la dilatation se termine car la femme pourrait se dissocier de ses instincts corporels et avoir du mal à pousser au moment opportun [71]. Le message qu'elle pourrait intégrer est que son corps ne fonctionne pas correctement, qu'il lui envoie les mauvais signaux et qu'elle doit lutter contre. La difficulté réside par la suite dans le fait de faire confiance de nouveau à son corps une fois donnée l'« autorisation » de pousser [82].

Le TV occupe une place ambiguë car il peut être générateur de stress mais aussi rassurer la parturiente sur son travail voire la SF également. Le fait que ce soit un outil plus objectif que la réalité subjective de la parturiente peut être apprécié [76]. Cet examen peut aussi être vécu comme une sensation de perte de contrôle et de perte de pouvoir sur son travail, sur son accouchement et sur son corps [42]. L'annonce du résultat de l'examen en plus de la faire réfléchir et calculer peut impacter son estime d'elle-même : « *Comme si tu lui dis, t'es 6 sur 10* » (E8).

La différence réside alors dans le choix, dans sa relation avec le professionnel : « *Elles savent que pendant l'accouchement, c'est quand c'est nécessaire* » (E17), et dans la réalisation du geste. Selon l'OMS et le NICE [39, 52], le professionnel doit s'assurer du consentement de la patiente et du respect de son intimité, de sa dignité et de son confort avant chaque acte, et d'expliquer de manière adaptée à quoi sert son examen, le résultat obtenu et son impact sur le reste du travail à la femme et aux personnes l'accompagnant.

« Si elle ne supporte pas ses contractions, est en difficulté majeure ..., elle doit absolument être prise en charge et ce n'est pas en attendant 4h sous prétexte que son col n'a pas évolué » (E10) : ici, la SF souligne l'importance du soutien empathique et physique continu pendant le travail qui « a pour effet de diminuer le stress et présente de ce fait de nombreux avantages comme un travail plus court, une diminution du recours systématique aux moyens techniques et une réduction des extractions instrumentales » [83].

D'autre part, la physiologie du travail est favorisée par l'instauration d'une relation de confiance avec la SF [43], ici plus aisée car la parturiente la connaît déjà en amont. Cela aide par la suite la femme à lâcher-prise plus facilement ce qui est essentiel pour un bon déroulement comme l'explique M.Trelaün, « le processus de l'accouchement est un processus inscrit dans le corps de la femme et il pourra se dérouler sans encombre du moment que la femme l'écoute, se donne la liberté d'être instinctive et que personne l'en empêche » [84]. La femme a besoin en plus d'un environnement calme, confortable et intime, et donc souvent dans la pénombre et avec peu d'intervenants, où elle est libre de ses déplacements [43] La semi-obscurité par exemple augmente la production de mélatonine qui rentre en synergie avec l'ocytocine pour accroître les contractions [43].

CONCLUSION

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de connaître les moyens de surveillance utilisés dans le cadre d'un travail physiologique chez des femmes à « bas risque », c'est-à-dire l'utilisation du TV et de ses alternatives.

Pour répondre à ce questionnement, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs. Ils nous ont permis de constater d'une part, que les SF exerçant en suivi global réalisent des TV mais de manière différente de la pratique hospitalière systématique. Ses conditions et sa fréquence d'exécution sont régis par des carcans moins rigides où le sens clinique a toute sa place. Elles le considèrent comme un outil les aidant à confirmer ou infirmer un diagnostic suspecté par le biais de signes cliniques.

D'autre part, ces signes représentent des alternatives moins invasives mais toutefois complémentaires au TV. L'observation du comportement de la parturiente et des différentes régions de son corps apportent de nombreuses informations. Cependant, ces signes sont intrinséquement liés et c'est dans leur ensemble, qu'ils nous dépeignent une progression physiologique ou non du travail. Ils sont en fait la résultante d'un cocktail chimique d'hormones qui peut être facilement bouleversé.

La SF a pu nouer une relation privilégiée de confiance avec sa patiente en lui laissant son autonomie comme l'explique J. Lavillonnière, c'est : « laisser une femme suivre son chemin qui mène à l'accouchement en veillant à ce qu'elle ne trébuche pas trop, qu'elle puisse toujours se relever. En l'aidant juste à découvrir qu'elle est capable de mener à terme et à bon port son précieux fardeau » [84]. C'est un avantage de l'accompagnement global amenant la femme à lâcher-prise aisément afin de s'immerger dans cette aventure qu'est l'accouchement.

C'est un moment primordial dans une vie de femme et de mère qui va avoir des répercussions sur son estime d'elle-même, tout comme sur la santé future de son nouveau-né qui est se façonne dans l'utérus selon Dr Odent. Le respect de la femme et de l'enfant à naître est aussi une priorité dans notre profession de sage-femme, il est donc essentiel de faire en sorte que nos pratiques traduisent au quotidien ces valeurs et permettent de conserver la physiologie de ce phénomène au maximum.

Cependant, les alternatives développées dans cette étude restent des notions floues voire méconnues pour la majorité des SF. Il nous apparaît alors utile d'encourager la formation continue des SF, peu importe leurs lieux d'exercice, à propos de la physiologie de l'accouchement et des signes alternatifs au TV. Des études plus poussées sur le sujet sont toutefois encore nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Friedman, E. A. (1954). The graphic analysis of labor. *The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68(6), 1568-1575.
2. Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor: A graphicostatical analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 6(6), 567-589.
3. Friedman, E. A. (1956b). Labor in multiparas. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 8(6), 691-703
4. Margaret Duff. A Study of Labour [Internet]. University of Philosophy in New-Zealand; 2005. Disponible sur:
<https://pdfs.semanticscholar.org/696b/b895debdbbcd7f4a6efb6b933741259e3aa.pdf>
5. Neal JL, Lowe NK, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. What is the Slowest-Yet-Normal Cervical Dilation Rate Among Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset? *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1 juill 2010 ; 39(4):361-9.
6. Cesario SK. Reevaluation of Friedman's Labor Curve: a pilot study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. déc 2004;33(6):713-22.
7. Cheng YW, Shaffer BL, Bryant AS, Caughey AB. Length of the first stage of labor and associated perinatal outcomes in nulliparous women. *Obstet Gynecol*. nov 2010 ; 116(5):1127-35.
8. Greulich B and T. The latent phase of labor: diagnosis and management. [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467585>
9. Béranger R, Chantry A-A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1: définition et caractéristiques du travail normal et anormal. *La Revue Sage-Femme*. févr 2017;16(1):6-21.
10. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol*. déc 2010;116(6):1281-7.

11. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol.* avr 2010;115(4):705-10.
12. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* oct 2002;187(4):824-8.
13. El-Sayed YY. Diagnosis and management of arrest disorders: duration to wait. *Semin Perinatol.* oct 2012;36(5):374-8.
14. van Dessel HJ, Frijns JH, Kok FT, Wallenburg HC. Ultrasound assessment of cervical dynamics during the first stage of labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* févr 1994;53(2):123-7.
15. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* sept 2005;34(5):513.
16. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol.* nov 2012;120(5):1181-93.
17. HAS. *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales.* déc 2017;196.
18. CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE - Modalités de surveillance fœtale pendant le travail [Internet]. [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_18.HTM
19. Laughon SK, Branch DW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* mai 2012;206(5):419.e1-419.e9.
20. Stănescu AD, Dumitrescu AC, Sima RM, Pleș P. Evidence based considerations regarding the new ACOG labor guidelines. *Gineco.eu.* 20 déc 2016;12(4):205-7

21. Cahill AG, Tuuli MG. Labor in 2013: the new frontier. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. déc 2013;209(6):531-4.
22. Royal College of Midwives. (2012b). Evidence based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour : Assessing Progress in Labour. Disponible sur : <http://www.rcm.org.uk/college/policypractice/evidence-based-guidelines/>
23. Winter C, Cameron J. The 'stages' model of labour: Deconstructing the myth. *British Journal of Midwifery*. août 2006; 14(8):454-456
24. Buchmann EJ, Libhaber E. Accuracy of cervical assessment in the active phase of labour. *BJOG*. juill 2007;114(7):833-7.
25. Phelps JY, Lambrou N, Roshanfekr D. Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation and effacement measurements. *Primary Care Update for OB/GYNS*. 1 juill 1998;5(4):185.
26. Nizard J, Haberman S, Paltieli Y, Gonen R, Ohel G, Nicholson D, et al. How reliable is the determination of cervical dilation? Comparison of vaginal examination with spatial position-tracking ruler. *Am J Obstet Gynecol*. avr 2009;200(4):402.e1-4.
27. Ferrazzi E, Milani S, Cirillo F, Livio S, Piola C, Brusati V, et al. Progression of cervical dilatation in normal human labor is unpredictable. *Acta Obstet Gynecol Scand*. oct 2015;94(10):1136-44.
28. The state of Queensland. Queensland Clinical Guidelines | Queensland Health [Internet]. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
29. Dahlen H, Downe S, Duff M, Gyte G. Vaginal Examination During Normal Labor: Routine Examination or Routine Intervention? *International Journal of Childbirth*. 1 sept 2013;3(3):142-52.
30. Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. *Good Clinical Practice (GCP)*. Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.
31. Claude d'Ercole, Raha Shojai, Raoul Desbriere. Faut-il encore réaliser des TV ? *Profession sage-femme*. févr 2003;20-8.

32. Imseis HM, Trout WC, Gabbe SG. The microbiologic effect of digital cervical examination. *Am J Obstet Gynecol.* mars 1999;180(3 Pt 1):578-80.
33. Cahill AG, Duffy CR, Odibo AO, Roehl KA, Zhao Q, Macones GA. Number of cervical examinations and risk of intrapartum maternal fever. *Obstet Gynecol.* juin 2012;119(6):1096-101.
34. Seaward PG, Hannah ME, Myhr TL, Farine D, Ohlsson A, Wang EE, et al. International Multicentre Term Prelabor Rupture of Membranes Study: evaluation of predictors of clinical chorioamnionitis and postpartum fever in patients with prelabor rupture of membranes at term. *Am J Obstet Gynecol.* nov 1997;177(5):1024-9.
35. WHO | WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections [Internet]. WHO. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/peripartum-infections-guidelines/en/
36. WHO | A “good birth” goes beyond having a healthy baby [Internet]. WHO. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2018/having-a-healthy-baby/en/>
37. Royal College of Midwives. (2012a). Evidence based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour : Latent phase. Disponible sur : <http://www.rcm.org.uk/college/policypractice/evidence-based-guidelines/>
38. Muliira RS, Seshan V, Ramasubramaniam S. Improving vaginal examinations performed by midwives. *Sultan Qaboos Univ Med J.* août 2013;13(3):442-9.
39. Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 10 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#ongoing-assessment>
40. Bergstrom L, Roberts J, Skillman L, Seidel J. « You’ll feel me touching you, sweetie »: vaginal examinations during the second stage of labor. *Birth.* mars 1992;19(1):10-8; discussion 19-20.

41. St-Amant S. Déconstruire le paradigme obstétrical / Revendiquer une science sage-femme authentique. [cité 4 juin 2018]; Disponible sur:
https://www.academia.edu/20268333/D%C3%A9construire_le_paradigme_obst%C3%A9trical_Revendiquer_une_science_sage-femme_authentique
42. Dixon L, Foureur M. The vaginal examination during labour. Is it of benefit or harm? janv 2010 [cité 4 juin 2018]; Disponible sur:
<https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/13828>
43. Lemay C. La mise au monde: Revisiter les savoirs. Les Presses de l'Université de Montréal; 2017. 166 p.
44. Downe S, Ml Gyte G, Dahlen H, Singata M. Routine Vaginal Examinations for Assessing Progress of Labour to Improve Outcomes for Women and Babies at Term. The Cochrane database of systematic reviews. 15 juill 2013;7:CD010088.
45. Odent M. WombEcology by Michel Odent - In-labour intrauterine life - [Internet]. 2006 [cité 23 mars 2018]. Disponible sur:
<http://www.wombecology.com/?pg=fetusejection>
46. Byrne DL & Edmonds DK (1990). Clinical method for evaluating progress in first stage of labour. Lancet 335(8681): 122
47. Hobbs L (1998). Assessing cervical dilatation without VEs: watching the purple line. TPM 9(11): 34-35.
48. Association nationale des sages-femmes. L'accompagnement global [Internet]. 2002. Disponible sur: <https://ansfl.org/document/laccompagnement-global/>
49. McCourt C. Childbirth, Midwifery and Concepts of Time. Berghahn Books; 2009. 282 p.
50. European Perinatal Health Report 2010 - Euro-Peristat [Internet]. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.europeristat.com/reports/european-perinatal-health-report-2010.html>

51. Marit et al. Is it possible to detect malposition of the vertex at an early stage in labour? A case-control study [Internet]. ResearchGate. 2014 [cité 19 mai 2018]. Disponible sur :
https://www.researchgate.net/publication/262019629_Is_it_possible_to_detect_malposition_of_the_vertex_at_an_early_stage_in_labour_A_case-control_study
52. WHO | WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. WHO. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur:
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>
53. Université Médicale Virtuelle Francophone. Le cordon ombilical [Internet]. 2011 [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/cordonombilical/site/html/1.html>
54. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF : modalités de surveillance foetale pendant le travail. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf.
55. Gutteridge. Assessing progress through labour using midwifery wisdom [Internet]. ResearchGate. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur:
https://www.researchgate.net/publication/261365284_Assessing_progress_through_labour_using_midwifery_wisdom
56. Masson E. Physiologie de la contraction utérine [Internet]. EM-Consulte. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/7936/physiologie-de-la-contraction-uterine>
57. The MANA curve - Denis Walsh [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur:
<https://www.jiscmail.ac.uk/cgi-bin/webadmin?A2=MIDWIFERY-RESEARCH;3a3b2a41.0709>
58. Sara Wickham, Jean Sutton. The Rhombus of Michaelis: a key to normal birth, or the poor cousin of the RCT? 2002 Practising Midwife 5(11):22-23. Disponible sur :
<http://sarawickham.com/wp-content/uploads/2011/10/tpm8-the-rhombus-of-michaelis.pdf>

59. Lee N, Kildea S, Stapleton H. 'Facing the wrong way': Exploring the Occipito Posterior position/back pain discourse from women's and midwives perspectives. *Midwifery*. 1 oct 2015;31(10):1008-14.
60. Ebrahimzadeh Zagami S, Golmakani N, Saadatjoo SA-R, Ghomian N, Baghbani B. The Shape of Uterine Contractions and Labor Progress in the Spontaneous Active Labor. *Iran J Med Sci*. mars 2015;40(2):98-103.
61. Althaus JE, Petersen S, Driggers R, Cootauco A, Bienstock JL, Blakemore KJ. Cephalopelvic disproportion is associated with an altered uterine contraction shape in the active phase of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1 sept 2006;195(3):739-42.
62. Woods T. The transitional stage of labour [Internet]. [cité 23 mars 2018]. Disponible sur: <https://insights.ovid.com/midirs-midwifery-digest/mmwd/2006/06/000/transitional-stage-labour/23/00115386>
63. Tabea Affolter. Les hormones de l'accouchement [Internet]. 2010. Disponible sur: http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2010_04-S28_33.pdf
64. McKay S, Roberts J. Obstetrics by ear. Maternal and caregiver perceptions of the meaning of maternal sounds during second stage labor. *J Nurse Midwifery*. oct 1990;35(5):266-73.
65. Baker A, Kenner AN. Communication of pain: vocalization as an indicator of the stage of labour. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. nov 1993;33(4):384-5.
66. Roberts J, Hanson L. Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. *J Midwifery Womens Health*. juin 2007;52(3):238-45.
67. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A. Pushing methods for the second stage of labour | Cochrane [Internet]. 2017 [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: /CD009124/PREG_pushing-methods-second-stage-labour
68. Ratier N, Balenbois E, Letouzey V, Marès P, De Tayrac R. Mode de poussée à l'accouchement et conséquences pelvi-périnéales. *Revue de la littérature (2015)* [Internet]. [cité 2 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.urofrance.org/nc/science-et->

[recherche/base-bibliographique/article/html/mode-de-poussee-a-laccouchement-et-consequences-pelvi-perineales-revue-de-la-litterature.html](https://www.recherche/base-bibliographique/article/html/mode-de-poussee-a-laccouchement-et-consequences-pelvi-perineales-revue-de-la-litterature.html)

69. Koyucu RG, Demirci N. Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 oct 2017;56(5):606-12.
70. Dixon L, Skinner J, Foureur M. The emotional journey of labour-women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*. mars 2014;30(3):371-7.
71. Tsao N. Early pushing urge before full dilation : a scoping review. janv 2015 [cité 2 juin 2018]; Disponible sur: <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/undergraduateresearch/52966/items/1.0108912>
72. Lemay G. La poussée pour les mères primipares [Internet]. *Midwifery Today*. 2000 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: <https://midwiferytoday.com/mt-articles/la-poussee-pour-les-meres-primipares/>
73. Shepherd A, Cheyne H, Kennedy S, McIntosh C, Styles M, Niven C. The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16 sept 2010;10:54.
74. Kordi M, Irani M, Tara F, Esmaily H. The diagnostic accuracy of purple line in prediction of labor progress in omolbanin hospital, iran. *Iran Red Crescent Med J*. nov 2014;16(11):e16183.
75. Irani M, Kordi M, Esmaily H. Relationship between length and width of the purple line and foetal head descent in active phase of labour. *J Obstet Gynaecol*. 22 juin 2017;1-6.
76. Dixon L, Skinner J, Foureur M. The Emotional and Hormonal Pathways of Labour and Birth: Integrating Mind, Body and Behaviour. *New Zealand College of Midwives Journal*. 20 déc 2013;48:15-23.

77. Buckley SJ. Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *Janv 2015*;248.
78. Selman T, Johnston T. Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine. juill 2013*;23(7):208-13.
79. Grammatopoulos DK, Hillhouse EW. Role of corticotropin-releasing hormone in onset of labour. *Lancet. 30 oct 1999*;354(9189):1546-9.
80. Odent M. New reasons and new ways to study birth physiology. *International Journal of Gynecology & Obstetrics. nov 2001*;75:S39-45.
81. Social transmission and buffering of synaptic changes after stress | *Nature Neuroscience* [Internet]. 2018 [cité 1 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.nature.com/articles/s41593-017-0044-6>
82. Bergstrom L, Seidel J, Skillman-Hull L, Roberts J. « I gotta push. Please let me push! » Social interactions during the change from first to second stage labor. *Birth. sept 1997*;24(3):173-80.
83. CIANE, CNGOF, CNSF, SFN. Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités - Fondamentaux [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_pc48a.pdf
84. Documents de la maternité de Givors, Compte-rendu d'une conférence tenue par M. Trelaün, Accouchement et positions, 22 pages

RESUME :

OBJECTIFS : L'objectif de cette étude était de connaître l'utilisation du TV et de ses alternatives dans la surveillance du travail physiologique chez des femmes à « bas risque ».

METHODE : En utilisant une méthode qualitative, nous avons effectué 18 entretiens semi-directifs avec des sages-femmes, exerçant en suivi global et réalisant des accouchements à domicile, en maison de naissance ou en plateau technique.

RESULTATS : Le toucher vaginal a toujours sa place dans la surveillance du travail, c'est l'usage dont il en est fait qui diffère. C'est l'observation de signes tels que le comportement de la femme, ses positions, sa respiration et les modifications de son ventre, de son bassin et de son périnée qui permettent de dresser un tableau clinique de cette femme en travail. Il nous permettra alors de savoir si le toucher vaginal est nécessaire pour récupérer une information manquante à l'élaboration de notre diagnostic et à notre prise de décision.

CONCLUSION : Ces alternatives sont nombreuses et détaillées mais le manque d'études scientifiques les concernant et leur caractère femme-dépendant rendent l'émission d'un consensus difficile. Néanmoins, leur utilisation permet de ne pas perturber, ou tout du moins au minimum, ce phénomène complexe qu'est le travail et de rendre à la femme, son autonomie, la maîtrise de son corps et de ses sensations.

TITRE : La place du toucher vaginal et ses alternatives dans la surveillance du travail physiologique par les sages-femmes exerçant en suivi global

MOTS CLES : toucher vaginal, surveillance du travail, accouchement physiologique, accompagnement global, sage-femme

AUTEUR : Gwendoline BARBIERI, 6 chemin des prunelles, 38300 DOMARIN