

Pousser ou ne pas pousser y a-t-il une différence ?

par Lise Bélanger, Sonia Hovington
et Nancy Beaulieu

DEPUIS DEUX DÉCENNIES, on a publié de nombreuses recherches sur le deuxième stade du travail. Les auteurs concentrent leur exploration sur plusieurs sujets d'étude comme l'épisiotomie, les positions, la respiration bloquée ou non, l'anesthésie péridurale et le soutien. Trois principales révisions de la littérature¹⁻³ ont évalué un grand nombre de recherches sur le plan de leur validité et de leurs conclusions sur les positions, ainsi que sur la respiration bloquée ou non et son utilisation au début ou à la fin du deuxième stade. L'une d'entre elles, AWHONN⁴, s'est soldée par la suite par la publication des lignes directrices de pratique destinées aux infirmières sur la conduite du deuxième stade de travail.

De façon spécifique, les positions sont classées en deux catégories : verticales et horizontales. Puisque les études se contredisent, les auteurs restent prudents quant aux recommandations : ils disent qu'il s'agit d'une question de confort, et qu'il faut donc laisser la mère prendre les positions qu'elle désire, puisqu'il y a peu de différences importantes entre une position verticale et horizontale sur les indicateurs recherchés. Toutefois, on reconnaît que les positions semi-assises engendrent plus d'épisiotomies.

Quant aux respirations utilisées au cours du deuxième stade, on les classe en deux types : glotte ouverte et glotte fermée, mais toutes deux accompagnées d'une poussée vers le bas. Les auteurs sont formels : on doit limiter ce temps de poussée, que la glotte soit ouverte ou fermée, à un maximum de quatre à six secondes. De plus, on admet que pousser à la dilatation com-

plète est beaucoup plus épuisant et qu'à ce moment-là, plus d'interventions chirurgicales comme l'utilisation de forceps, l'application d'une ventouse ou une épisiotomie s'imposent.

Cependant, les répercussions des positions et des respirations sur les conséquences à long terme, comme l'incontinence urinaire et fécale, n'ont pas été étudiées. Laisser la mère faire comme elle le ressent est une fausse piste de recherche de solution. Elle choisira nécessairement une position antalgique à cause de la douleur provoquée par la contraction, et non à partir d'une connaissance et d'une application des postures et des respirations qui influent directement sur la mécanique obstétricale.

Or, à partir de la méthode APOR (approche posturorespiratoire) de Bernadette de Gasquet⁵, il est possible d'enseigner à la mère des notions simples de posture et de respiration. En fait, pour les femmes nord-américaines, il s'agit de rééducation plutôt que d'éducation. Il faut réapprendre à respirer... parce que nous le faisons à l'envers : on inspire en entrant le ventre en on expire en le sortant. Pendant la grossesse, il faut éviter des postures qui imposent davantage de tension ou de charge au plancher pelvien. Le poids du bébé s'en charge en partant. Il y a donc lieu de distinguer les postures bénéfiques de celles qui le sont moins. Cette préparation sera des plus utiles lors du travail et de l'expulsion.

La mobilisation joue un rôle crucial, car elle favorise un accouchement physiologique (c'est-à-dire exempt de tout obstacle, sans contrainte respiratoire ni de position). Mais, il ne s'agit pas de bouger seulement pour bouger. Avec cette méthode, la posture est fondamentale dans le déroulement du travail et de l'accouchement, autant pour faciliter l'engagement, la descente et l'expulsion du bébé que pour soulager la mère.

L'accouchement, c'est une histoire d'asymétrie : une posture ou position peut faciliter le déroulement d'un certain stade et être contre-indiquée lors du suivant. Le bébé traverse un couloir osseux dont les directions sont perpendiculaires les unes aux autres. Savoir comment la posture influe sur l'ouverture du bassin permet d'améliorer la descente du bébé. Ici, il s'agit d'offrir à la mère l'occasion de prendre et de varier les positions

M^{me} Lise Bélanger, B. Sc. inf., est responsable de l'éducation à la salle d'accouchement du Centre hospitalier de St. Mary à Montréal depuis novembre 2001. Jusqu'en août 2001, elle occupait les fonctions d'infirmière-chef à l'unité mère-enfant du Centre hospitalier de Granby. M^{me} Sonia Hovington, physiothérapeute spécialisée en rééducation périnéale et en rééducation posturale globale, travaille au service de réadaptation physique du Centre hospitalier de Granby. M^{me} Nancy Beaulieu, B. Sc. inf., est infirmière-chef à l'unité de périnatalité, pédiatrie, santé des femmes de ce même hôpital.

en utilisant des accessoires simples comme un ballon, des cousins, un petit banc, un fauteuil, une chaise droite, une barre d'étirement et, idéalement, une suspension au plafond.

La notion d'étirement est capitale. Une colonne en étirement permet à la respiration de s'installer de façon réflexe au niveau du ventre et favorise en même temps le relâchement du périnée. Expirer en rentrant le ventre fait lever le diaphragme, qui, lui, élève les organes et la musculature du plancher pelvien. Il n'y a rien de plus physiologique que cette dynamique. L'obstacle du périnée rigide est ainsi évité, d'où l'importance de ne pas pratiquer la manœuvre de Valsalva, qui entraîne une hypertension des muscles du périnée.

Il faut ajouter à cette approche une autre structure musculaire méconnue de beaucoup d'intervenants : le muscle transverse. C'est le muscle abdominal le plus profond qui ceinture l'utérus. Contracté, il a l'effet d'une sangle. Au moment de la contraction utérine, il serre l'utérus, l'obligeant à rester en place, alors que la contraction utérine pousse le bébé vers le bas. Le « moule » ne descend donc pas avec le bébé.

Le fait de pousser en bloquant sa respiration et en adoptant la position classique d'efforts expulsifs (Valsalva) ne permet pas d'utiliser l'approche posturorespiratoire comme l'étirement de la colonne, la respiration abdominale et la contraction du muscle transverse.

Toutes les études consultées n'ont pas abordé ces principes fondamentaux et totalement physiologiques que sont l'influence de la posture et de la respiration sur la mécanique obstétricale. Bernadette de Gasquet a exploré ce champ dans ses recherches, en gardant toujours comme objectif la prévention de l'incontinence urinaire.

En attendant une recherche scientifique nord-américaine sur les résultats de l'application des principes prônés par la méthode APOR, certains services d'obstétrique ont remis en question et modifié les pratiques obstétricales. Au Centre hospitalier de St. Mary à Montréal, qui comptait 3373 naissances en 2001-2002, le taux d'anesthésies péridurales pour les accouchements vaginaux est de 77 %. De ce pourcentage, 93 % sont ambulatoires⁶. De plus, pour tous les accouchements sous péridurale, l'équipe de médecins, d'obstétriciens et d'infirmières a décidé de retarder la poussée bloquée jusqu'au moment où la tête est visible au niveau du périnée.

Les intervenants du Centre hospitalier de Granby ont aussi remis en question l'utilisation de la poussée bloquée au deuxième stade et ont cherché des solutions de rechange. Un début de changement dans les pratiques d'accompagnement des patientes en travail a été amorcé, dans un premier temps,

par la modification des pratiques visant le soulagement de la douleur. L'application de la méthode posturorespiratoire représente donc une continuité dans l'élaboration d'outils d'accompagnement des familles durant le travail. Les intervenants et, plus particulièrement, les infirmières se trouvaient ainsi mieux outillés pour accompagner les couples et agir sur le cycle tension-douleur-peur qui s'enclenche lors du travail.

Depuis, les intervenants du Centre hospitalier de Granby ont pu observer une présence accrue des infirmières auprès des couples durant le travail. L'implantation de ces nouvelles approches a permis l'acquisition de nouvelles connaissances sur les mécanismes de la douleur, sur le rôle de la posture dans la descente du bébé et sur l'utilisation de l'expiration forcée durant le travail. De ce fait, puisqu'il faut aider la mère soit à corriger sa posture, soit à soulager ses douleurs, le père peut jouer un rôle plus actif. On a aussi pu observer que l'utilisation de ces nouvelles approches rendait les mères plus satisfaites du déroulement du travail.

En ce qui concerne les statistiques, en 2000-2001, il y a eu au Centre hospitalier de Granby 750 accouchements, mais seulement 38 % des patientes ont utilisé la méthode Valsalva traditionnelle, 42 % ont utilisé une méthode dite mixte, et 20 % ont utilisé l'approche posturorespiratoire. Malheureusement, aucune étude scientifique n'est actuellement menée pour évaluer les différentes répercussions de ces changements. Malgré tout, les observations qui ont pu être faites incitent les intervenants à poursuivre leurs efforts pour intégrer davantage l'utilisation de l'approche proposée par la D^{re} de Gasquet lors du travail, et à consigner les retombées observables. ❧

Bibliographie

1. Gupta JK, Nikodem VC. Position for women during second stage of labour (Cockrane Review). Oxford : *The Cockrane Library* 2002 ; (2).
2. Flynn P, Franiek J, Janssen P, Hannah WJ, Klein MC. How can second stage management prevent perineal trauma. *Can Fam Phys* janvier 1997 ; 43 : 73-84.
3. AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses). *Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Nursing Management of the Second Stage of Labor*. Monographie 2000.
4. AWHONN (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses). *Evidence-Based Clinical Practice Guideline. Nursing Management of the Second Stage of Labor*. Practice Guideline 2000.
5. De Gasquet B. L'incontinence urinaire, constats et propositions. Thèse de doctorat en médecine (extraits). *Les Dossiers de l'Obstétrique* août-septembre 1994 ; (220).
6. Brassard N. *Maternal and Child Program, St. Mary's Hospital, Obstetric Report. Annual Report 2001-2002*.