

Académie de Paris

ESF – Sorbonne Université

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Phase de latence : informations
délivrées par la sage-femme
hospitalière en anténatal**

Flora MINGUEZ

Née le 31 Août 1996 à Hanoi (Vietnam)

Nationalité Française

Directrice de mémoire : Véronique CHAPLET, sage-femme
enseignante.

Année universitaire 2019-2020

Académie de Paris

ESF – Sorbonne Université

Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

**Phase de latence : informations
délivrées par la sage-femme
hospitalière en anténatal**

Flora MINGUEZ

Née le 31 Août 1996 à Hanoi (Vietnam)

Nationalité Française

Directrice de mémoire : Véronique CHAPLET, sage-femme
enseignante.

Année universitaire 2019-2020

REMERCIEMENTS

A Madame Chaplet ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité et son accompagnement, plus particulièrement à la fin malgré le covid-19.

A l'équipe enseignante de l'école Saint-Antoine pour ces quatre années.

A toutes les sages-femmes ayant pris le temps de répondre aux questionnaires permettant de constituer mon étude.

A ma famille et à Yanis pour leur soutien infailible au quotidien.

A mes amis de longue date Alexia, Aline, Alitcia, Catherine, Chloé, Mélanie et Yannis.

A mes amies de la promotion : Laurine, Lisa et Phillippe pour ce chemin que nous avons réalisé ensemble et qui nous offrira de merveilleuses expériences à venir.

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	3
I. LE TRAVAIL.....	3
1. Les différents stades du travail	3
2. Déroulement du premier stade du travail	3
II. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES	6
1. Contexte d'élaboration	6
2. Enjeux et objectifs.....	6
3. Accouchement normal	7
4. Plans d'actions	8
III. ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE	10
1. Les attentes des patientes	10
2. La préparation à la naissance et à la parentalité	11
3. Motifs de consultations aux urgences et moyens mis en œuvre	13
IV. ROLE ET COMPETENCES DES SAGES-FEMMES	17
MATERIEL ET METHODE.....	19
I. Objectifs et hypothèses	19
II. Description de l'étude.....	19
1. Type d'étude et déroulement	19
2. Outil méthodologique.....	19
III. Considérations éthiques et réglementaires	20
IV. Stratégie d'analyse	20
RESULTATS	21
I. Diagramme de flux	21
II. Description de la population	21
1. Profil des sages-femmes	21
2. Caractéristiques des structures hospitalières et de leur prise en charge.....	23
III. Principaux résultats	26
1. Connaissances et conseils de la population étudiée	26
2. Données croisées.....	29
ANALYSE ET DISCUSSION.....	36
I. CRITIQUE DE L'ETUDE	36
1. Points forts	36

2. Limites et biais.....	36
II. PRINCIPAUX RESULTATS	37
1. La population.....	37
2. Caractéristiques des structures hospitalières.....	37
3. Hypothèse 1 : les informations sont en accord avec les recommandations.....	38
3. Hypothèse 2 : les informations données varient selon la structure hospitalière..	42
4. Hypothèse 3 : l'expérience professionnelle influe sur les informations données	44
III. PERSPECTIVES	48
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	54
ANNEXES	58
ANNEXE I : OBJECTIFS DES SEANCES DE PNP PAR COMPETENCE.....	58
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE	59
GLOSSAIRE.....	64
RESUME	66

PREAMBULE

La période prénatale est un instant unique et différent d'une grossesse à l'autre. C'est aussi un moment d'interrogations, de changements et de réalités à accepter. Pour les couples, il est parfois difficile de se projeter dans un contexte de périnatalité. Ainsi, le suivi de la grossesse et certaines méthodes ont été mis en place pour les soutenir, les informer et les accompagner lors de la gestation.

Depuis quelques années, la société tend vers une démedicalisation et s'oriente vers une médecine plus humaine, sécuritaire, de qualité et de proximité. (1)
La stratégie nationale, mise en avant dans les différents plans de périnatalité en France, marque l'évolution progressive de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention, au développement d'une prise en charge plus humaine et à l'écoute des patientes.

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) regroupe l'ensemble des séances proposées à un couple dans le but de les informer sur le déroulement de la grossesse.

D'après l'enquête périnatale de 2016 (2), le nombre de participantes aux séances ne cesse d'augmenter. En effet, le taux de participantes en 2010 était de 74% tandis qu'il est de 78% en 2016.

Cette enquête porte une attention particulière à la prise en charge des grossesses à bas risque et à la prise en compte des demandes des femmes. C'est pourquoi, celle-ci évalue l'utilisation du projet de naissance par les couples, le recours aux alternatives non médicamenteuses, à la péridurale... Pendant le travail, malgré l'augmentation du recours à l'analgésie péridurale (APD), la prise en charge de la douleur a évolué vers une approche plus diversifiée et de meilleure qualité. Ainsi, plus de 35 % des femmes mentionnent avoir utilisé une méthode alternative pour gérer la douleur durant le travail, seule ou en association avec une analgésie médicamenteuse. Pourtant, seules 14.6% des femmes ne souhaitent pas d'APD avant leur arrivée à la maternité.

Cette évolution est à la fois le reflet des pratiques au sein des maternités en proposant des méthodes alternatives et complémentaires à l'APD mais également l'image des femmes demandant à pouvoir utiliser des méthodes non médicamenteuses et déclarant vouloir les utiliser.

De plus, de nouvelles recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'accouchement normal évoquent l'accompagnement de la physiologie et les interventions médicamenteuses possibles. (3)

Le rôle des sages-femmes demeure essentiel dans l'accompagnement des patientes au cours du travail. Elles doivent faire face à la motivation des femmes qui se veulent actives et autonomes pendant le travail en favorisant la physiologie et en limitant les interventions médicamenteuses.

Devant ces constatations, nous nous sommes questionnés sur les informations données par les sages-femmes sur le début du travail et sur les moyens abordés pour soulager les douleurs des patientes.

Dans une première partie, nous allons décrire le travail, puis nous parlerons des nouvelles recommandations sur l'accouchement normal et nous aborderons l'accompagnement de la physiologie. Nous finirons par évoquer le rôle et les compétences des sages-femmes.

Ensuite, nous présenterons notre étude et les résultats de cette dernière. Puis, nous exposerons l'analyse des résultats avec la discussion dans le but de proposer des perspectives pour répondre à nos questionnements et améliorer la prise en charge proposée actuellement aux femmes.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. LE TRAVAIL

1. Les différents stades du travail

Le travail se définit en plusieurs stades.

a. Le premier stade du travail

Les premières contractions utérines (CU) régulières initient le premier stade du travail. Celui-ci prend fin lorsque le col est à dilatation complète. Il comprend : (3)

- Une phase de latence démarrant avec les premières contractions régulières et potentiellement douloureuses avec ou sans modifications cervicales,
- Une phase active commençant entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale et se terminant à dilatation complète.

b. Le deuxième stade du travail

Le deuxième stade du travail débute à dilatation complète et s'achève lors de la naissance du nouveau-né. Il se divise en deux phases :

- Une phase passive ou phase de descente entre le premier toucher vaginal retrouvant une dilatation complète et les premiers efforts expulsifs.
- Une phase active ou phase d'expulsion démarrant avec les efforts expulsifs.

Il suit donc le schéma suivant : engagement, descente et dégagement du mobile fœtal.

c. Le troisième stade du travail

Le troisième stade du travail s'étend de la naissance de l'enfant à la délivrance, c'est-à-dire l'expulsion du placenta et de ses annexes.

2. Déroulement du premier stade du travail

a. Les modifications cervicales

Le col se compose de tissu conjonctif contenant des fibroblastes, des fibres de collagène, des fibres élastiques et des protéoglycanes. Ces derniers jouent un rôle dans la stabilité de la trame collagénique. Le col est également constitué de tissu musculaire.

Pendant la grossesse, la synthèse de collagène, de protéoglycane et de fibronectine est augmentée au niveau du col.

Mécanismes de maturation cervicale

En phase de latence, la trame collagénique devient plus lâche. Il existe une surhydratation du col. Ces changements, induits par la relaxine et les œstrogènes, augmentent l'excitabilité des fibres musculaires lisses, la vitesse de propagation de l'activité électrique et la concentration en prostaglandines.

La synthèse d'interleukine stimule la production de prostaglandines et de leucotriènes, responsables d'une vasodilatation des vaisseaux cervicaux.

De plus, la progestérone a une action inhibitrice sur les CU notamment en bloquant les récepteurs aux œstrogènes. Deux types de progesterone receptor (PR) sont connus. Les PRA inhibent l'action de la progestérone et les PRB l'augmentent. Le taux de PRA et des récepteurs aux œstrogènes se multiplie pendant le travail, par conséquent, l'inhibition des CU est supprimée et l'excitabilité des fibres musculaires s'intensifie.

Le mobile fœtal joue également un rôle mécanique permettant de sécréter de l'ocytocine, responsable des CU.

D'autre part, l'effet de certains stimulus tels que le décollement ou la rupture prématurée des membranes (RPM) entraînent une brutale production de prostaglandines.

Tous ces mécanismes participent donc au ramollissement du col. Le col change de position, sa longueur diminue jusqu'à s'incorporer au segment inférieur et l'orifice interne s'ouvre.

Mécanismes de dilatation cervicale

La dilatation du col est déterminée par trois éléments dont l'importance varie selon la phase du travail : l'activité contractile du col utérin, la résistance mécanique du col et l'ampliation du segment inférieur. Cette dernière est elle-même dépendante de la descente de la présentation et donc de la contractilité (facteur dynamique). De plus, la position de la tête fœtale, les proportions relatives de la tête et du bassin maternel (facteurs mécaniques) interviennent dans la dilatation. (4)

b. Durée du premier stade du travail

Selon Friedman

La moyenne des durées des différentes phases selon la parité (5,6) a été étudiée par Friedman.

	Phase de latence	Phase active	1 ^{er} stade	2 ^{ème} stade	Durée du travail
Primipare	8,6	4,9	13,5	0,95	14,4
Multipare	5,3	2,2	7,5	0,24	7,7

Tableau 1 : durée en heures des différentes phases du travail selon Friedman

La courbe obtenue représente l'évolution de la dilatation (en centimètres) avec le temps (en heures), le début étant fixé à la survenue de CU régulières.

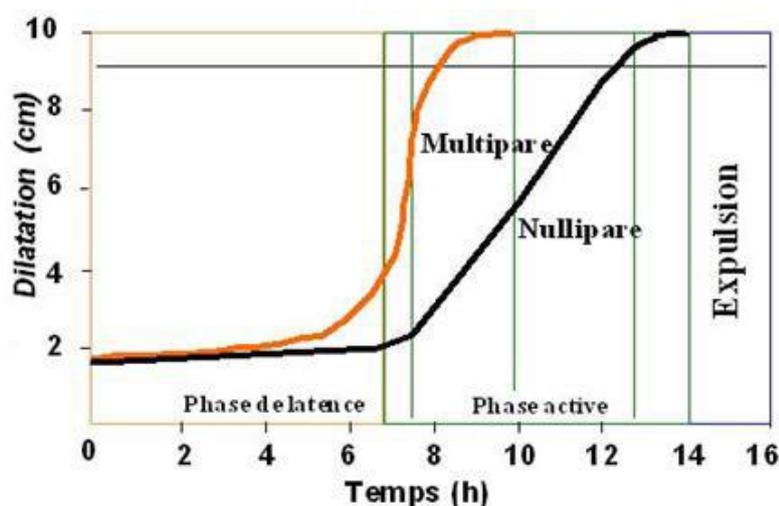


Figure 1 : courbe de la dilatation cervicale d'après Friedman

Données actuelles

Le contexte des pratiques obstétricales actuelles rend la mesure de la durée physiologique du travail complexe. Celle-ci a évolué depuis les années 60 du fait de l'introduction de l'oxytocine, de l'émergence de la péridurale et des nouvelles pratiques. De plus, le déclenchement du travail pourrait être associé à un allongement de la durée du travail. (4)

Il n'y a pas de données suffisantes pour déterminer la durée normale de la phase de latence, dont le début est souvent inconnu (7). Cette phase doit faire l'objet d'interventions adaptées à la tolérance des contractions de la femme et de son fœtus : expectative, accompagnement, aide à la gestion de la douleur et techniques d'analgésies si nécessaire.

C'est autour de ces thèmes qu'ont été élaborées les nouvelles recommandations sur l'accouchement normal (accompagnement et interventions médicales) en 2017.

II. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES

1. Contexte d'élaboration

La stratégie nationale en matière de périnatalité marque l'évolution progressive de l'accentuation de la sécurité de l'accouchement et de la naissance, associée à une amélioration de la prévention, au développement d'une prise en charge périnatale au plus près de l'humain. Or, l'accouchement est caractérisé par un niveau de médicalisation élevé quel que soit le degré de risque obstétrical. (8)

Dans ce contexte, a émergé de la part des usagers la demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée de l'accouchement et plus respectueuse de la physiologie de la naissance en particulier dans les situations de bas risque obstétrical.

2. Enjeux et objectifs

Les enjeux de ces recommandations sont de : (3)

- Répondre à la demande des femmes, exprimée par la préparation d'un projet de naissance abordé lors de l'entretien prénatal précoce (EPP),
- Garantir la sécurité du couple mère-enfant,
- Harmoniser les pratiques entre les différents lieux notamment ceux dédiés à la physiologie,
- Eviter un surplus de médicalisation,
- Apporter aux femmes une information claire et loyale sur les modalités d'accouchement, permettant de faire un choix sur celles qui leur conviennent.

Les recommandations de 2017 concernent l'accompagnement physiologique et les interventions médicales. Il est précisé qu'elles s'appliquent à tout service de maternité en établissement de santé, aux unités physiologiques et aux maisons de naissance en cours d'expérimentation. Elles ont pour objectifs de : (9)

- Définir, pour les femmes à bas risque obstétrical, les modalités de prise en charge de l'accouchement respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes.
- Signaler au cas par cas les interventions médicales qui ne s'appliquent pas aux maisons de naissance ou aux unités physiologiques et qui font sortir les femmes de cet accompagnement.

- Améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

3. Accouchement normal

L'accouchement normal débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de faibles risques identifiés au début du travail.

Il exclut le déclenchement et se caractérise par un déroulement spontané qui peut s'accompagner de l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- Un accompagnement de la physiologie de l'accouchement
- Un accompagnement de l'accouchement comprenant des interventions techniques et médicamenteuses minimales qui sont destinées à assurer la sécurité et le confort de la mère et de l'enfant en cas de nécessité.

D'une part, il renvoie à la qualification médicale de l'accouchement, à l'idée d'un accouchement à bas risque sans complications majeures.

D'autre part, il est question de la nature de la prise en charge : limitation des interventions médicales. (8)

Cependant, il est important de distinguer ces deux notions. Un accouchement à bas risque se déroulant sans complication peut faire l'objet de prise en charge différenciée selon la volonté de la patiente comme le recours à la péridurale. Cet élément prouve que le niveau d'intervention n'est pas seulement déterminé par le corps médical.

Par conséquent, la femme peut passer successivement d'un accompagnement de la physiologie de l'accouchement à un accompagnement comprenant des interventions médicales soit par choix soit par nécessité.

Intervention incluses	Interventions non incluses
<ul style="list-style-type: none"> • Amniotomie • Antibiotrophylaxie • Administration préventive d'oxytocine au 3^{ème} stade du travail • Pose d'une voie veineuse 	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésie péridurale • Administration d'oxytocine pour accélération du travail

Tableau 2 : interventions dans un accompagnement de la physiologie de l'accouchement

4. Plans d'actions

a. Surveillance de la femme

En l'absence d'éléments particuliers, la surveillance de la femme comprend au minimum :

- Une prise des constantes physiologiques toutes les quatre heures,
- Une évaluation de la fréquence des CU toutes les 30 minutes et durant dix minutes au cours de la phase active,
- Une surveillance des mictions spontanées,
- La proposition d'un toucher vaginal (TV) toutes les deux à quatre heures ou avant si la patiente le demande et en cas de signes d'appel.

b. Bien-être de la femme

Il est recommandé d'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies (mobilité, besoins analgésie) tout au long du travail. Il est important de souligner qu'au cours de la phase de latence, l'adaptation de la femme à sa dynamique utérine peut entraîner des difficultés liées à son intolérance à la douleur ressentie nécessitant un soutien voire une intervention médicale.

La consommation de liquides clairs est autorisée pendant toute la durée du travail, sans limitation de volume chez les patientes avec un faible risque d'anesthésie générale. La consommation d'aliments solides ne semble pas apporter de bénéfice maternel ou fœtal et contribue à augmenter le contenu gastrique. Il est recommandé de ne pas consommer d'aliments solides en phase active. Durant la phase de latence, les données actuelles sont insuffisantes et ne permettent pas d'établir des recommandations. (3)

c. Interventions et prise en charge non médicamenteuses de la douleur

L'équipe médicale doit faire en sorte que les femmes bénéficient d'un soutien continu, individuel et personnalisé adapté à leur demande. De plus, elle doit mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort.

Les recommandations de l'HAS permettent aux professionnels de santé et aux patientes de connaître les nouvelles prises en charge concernant l'accouchement normal, son accompagnement dans la physiologie et les interventions médicamenteuses.

Une diminution de la médicalisation et des interventions, comme le toucher vaginal, le contrôle du rythme cardiaque fœtal en continu et une analgésie, est observée, mettant en avant le soutien psychologique et personnalisé adapté aux besoins de la patiente. Lors de la phase de latence, si la patiente considérée comme bas risque le souhaite, elle peut se mobiliser et être libre de ses mouvements en utilisant divers moyens.

Les patientes sont de plus en plus motivées à être active, volontaire et autonome pendant le travail, à accoucher de manière « naturelle » en respectant la physiologie, en favorisant l'eutocie de la mécanique obstétricale et la réduction des interventions médicales. (10,11)

Depuis quelques années, la demande croissante d'une prise en charge moins médicalisée et plus respectueuse de la physiologie a émergé dans les situations à bas risque obstétrical, ce qui pousse les patientes à ne pas se présenter à la maternité précocement.

Cette demande correspond au souhait des femmes concernant la prise en charge non médicale.

III. ACCOMPAGNEMENT DE LA PHYSIOLOGIE

1. Les attentes des patientes

Le Collectif Inter Associatif autour de la Naissance (CIANE) est un collectif d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie. Il a pour but d'exprimer les attentes, les demandes et les droits des femmes et des couples. Il cherche à faire évoluer les attitudes et les pratiques dans les maternités, de manière à les rendre plus respectueuses des individus et de la physiologie de l'accouchement.

En 2012, le CIANE a effectué une enquête sur les souhaits des patientes et leur vécu de l'accouchement (12). Le pourcentage de femmes exprimant des souhaits particuliers augmente régulièrement. Il est passé de 36% avant 2005 à 57% en 2011. Ceci s'accompagne par la progression de rédaction des projets de naissance. Sur 5460 réponses au questionnaire, 63% des souhaits ont été respectés par l'équipe. Dans ces derniers, nous retrouvons le choix de la position et la possibilité de déambuler pendant le travail, l'accompagnement personnalisé de la douleur et le soutien pour un accouchement sans péridurale.

Il existe une forte corrélation entre l'intérêt porté à l'égard de leurs souhaits et la qualité du vécu de l'accouchement : 90% des femmes, dont l'équipe a respecté leurs demandes, gardent un bon vécu de leur accouchement.

Cependant, un nombre important de femmes relève une incompréhension voire un refus des professionnels de santé face à leurs demandes : manque d'écoute, refus, engagements non tenus...

D'après l'enquête périnatale de 2016 (2), 80% des femmes étaient satisfaites de leur prise en charge par l'équipe obstétricale.

En 2013, une nouvelle enquête du CIANE se concentre sur la douleur ressentie lors de l'accouchement. De nouvelles alternatives non thérapeutiques comme l'utilisation du ballon et du bain émergent afin de soulager la douleur des patientes. (13)

Les experts ont retenu plusieurs axes d'amélioration tels que :

- Améliorer l'information
- Favoriser l'expression d'un projet commun femme-équipe : l'EPP devrait constituer un moment privilégié pour aborder les questions

- Accompagner la femme pendant l'accouchement : soutien psychologique et physique, une information sur l'avancement du travail permettant aux patientes de décider en connaissance de cause.
- Proposer des formes de soulagement plus variées.

Bien que les patientes aient de plus en plus recours aux méthodes non médicamenteuses, la péridurale demeure l'outil privilégié.

En effet, selon l'enquête nationale périnatale (2), le taux d'anesthésie péridurale est passé de 78,1% (2010) à 81,4% en 2016. En constante augmentation, la prise en charge de la douleur a évolué vers une meilleure qualité et une diversité expliquée par l'usage du système de péridurale par PCEA (patient controlled epidural analgesia) et l'utilisation fréquente des méthodes non médicamenteuses. Ces dernières sont passées de 14,3 % en 2010 à 35,5 % en 2016.

88,3% des femmes affirment avoir été très ou plutôt satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions. Toutefois, près de 12 % sont peu satisfaites, soulignant le fait qu'il est important de poursuivre les efforts pour améliorer le bien-être des femmes pendant le travail.

Pour conclure, la qualité de l'accompagnement aux femmes lors du travail et pendant l'accouchement s'effectue par l'instauration d'un dialogue entre les professionnels et la femme et/ou le couple afin qu'émerge de celui-ci leurs attentes. Le professionnel sera alors en capacité d'y répondre de manière adaptée.

2. La préparation à la naissance et à la parentalité

a. Contexte

Le déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical personnalisé. Ce dernier se complète par une PNP structurée dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux-nés.

Suite au plan périnatalité 2005-2007 et à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes, l'Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations professionnelles sur la préparation à la naissance et à la parentalité en 2005. (14)

De nos jours, la PNP s'oriente vers une approche plus humaine autour de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance.

Elle renforce l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et d'action de la femme ou du couple en tenant compte de leurs volontés.

De ce fait, les relations entre professionnels de santé se sont modifiées puisque la personnalisation de l'accompagnement nécessite une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau.

b. Organisation de la démarche de PNP

La PNP comporte quatre étapes, successives permettant de s'adapter à la femme et au couple :

L'entretien prénatal précoce

L'entretien individuel ou en couple doit être proposé systématiquement par le professionnel diagnostiquant la grossesse. Il est réalisé de préférence au cours du premier trimestre et le conjoint est encouragé à y participer.

Cet échange permet d'évaluer les besoins des futurs parents et de présenter la suite de la PNP. (15)

Planification et organisation des séances

La PNP consiste à informer sur les objectifs, le contenu, les différentes techniques, la fréquence, la durée des séances et les modalités d'évaluation. En ce sens, il faudra orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement afin de soutenir la parentalité et ajuster les réponses aux vulnérabilités.

Après l'EPP, s'ajoutent sept séances prénatales de quarante-cinq minutes minimum.(14) Elles sont prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie (16).

Evaluation individuelle de la PNP

L'évaluation individuelle apprécie l'atteinte des objectifs par le couple, l'évolution des connaissances et des pratiques parentales, la maîtrise des difficultés et le renforcement de la confiance en soi. Cela permet alors d'ajuster le suivi en fonction des besoins. C'est pourquoi elle doit être considérée comme un acte de communication entre le (ou les) professionnel(s) de santé qui accompagne(nt) la femme ou le couple. (14)

Elle est facilitée par l'utilisation d'outils proposés : grille d'observation, entretien et auto-questionnaire.

c. Contenu de la PNP

L'ensemble des contenus proposés (annexe I) ne sera pas abordé systématiquement.

Le contenu à aborder lors des séances est sélectionné et adapté selon :

- Les étapes du processus de naissance : début de grossesse, préparation au travail et à la naissance, soins du nouveau-né, soutien à la parentalité,
- Le moment où est proposé la séance : avant la naissance, durant le séjour à la maternité, à domicile,
- Les besoins des femmes selon leur parité et leur type de grossesse (14).

Ces séances proposent des activités d'information et d'apprentissage permettant à la future mère et au couple de développer des compétences parentales. (17)

d. Différents types de PNP et choix des patientes

Il existe une diversité importante de types de PNP : classique, haptonomie, sophrologie, yoga, acupuncture, méthode Bonapace, de Gasquet, chant prénatal...

Du fait du manque de moyens humains et financiers à la maternité, l'établissement ne permet pas de proposer une large sélection de PNP et par conséquent, la préparation classique prédomine en milieu hospitalier.

Les patientes s'orientant de plus en plus vers ces pratiques sont motivées à effectuer des séances chez des sages-femmes libérales plutôt qu'à l'hôpital (18).

Un vaste choix est offert aux femmes et aux couples pour adopter la PNP qui leur correspond le mieux selon leurs objectifs, le contenu, les techniques de travail corporel, les moyens pédagogiques et le déroulement des séances (17).

La PNP sera bien accueillie par la patiente tant qu'elle répond à ses attentes. Elle lui apportera de nombreux bienfaits sur les différents plans émotionnels, psychologiques et physiques et elle renforcera l'apaisement des craintes et sa confiance en soi (19).

3. Motifs de consultations aux urgences et moyens mis en œuvre

En dehors des séances de PNP, les sages-femmes hospitalières sont amenées à évoquer les motifs de consultations aux urgences dans différents contextes.

Tout au long de la grossesse, les sages-femmes exposent ces propos plus particulièrement lors de la consultation du huitième-neuvième mois, lors d'une consultation aux urgences suivie d'un retour à domicile et lors d'une consultation aux explorations fonctionnelles.

Les principaux motifs cités sont :

- La perte de liquide amniotique et la fissuration,
- Une diminution des mouvements actifs fœtaux,
- Une chute, un traumatisme ou un accident,
- Une fièvre maternelle (> 38°C),
- Des contractions utérines (CU).

Nous avons observé que les sages-femmes ne sont pas forcément unanimes sur le discours abordé par rapport aux CU. Certaines recommandent de venir à partir d'une certaine durée et fréquence, alors que d'autres suggèrent des possibilités divergentes.

Pour éviter aux patientes d'arriver prématurément aux urgences, les professionnels de santé délivrent des alternatives non médicamenteuses et des moyens médicamenteux à la disposition des patientes.

a. Les moyens non médicamenteux

Outre les moyens médicamenteux, des outils alternatifs sont abordés en prénatal permettant aux patientes de bénéficier des ressources nécessaires afin de gérer leur début de travail.

Certaines données suggèrent que l'immersion dans l'eau, la relaxation, l'acupuncture et le massage peuvent améliorer la gestion de la douleur au cours du travail, avec peu d'effets indésirables. Les études étaient avant tout limitées du fait de leur faible niveau de preuve. Ces interventions soulagent la douleur et améliorent la satisfaction à l'égard de l'apaisement de la douleur et l'expérience de l'accouchement (par rapport au placebo ou aux soins standards). (20)

Concernant les postures et la mobilité des femmes durant le travail, une revue de littérature a été publiée (21). En position couchée en opposition aux statures verticales et ambulatoires, la durée du premier stade du travail s'allonge d'une heure et vingt-deux minutes lors d'une étude randomisée. Aussi, ces positions réduisent la durée du travail, le risque d'accouchement par césarienne, la nécessité d'une péridurale et ne semblent pas être en association à une intervention ou à des effets néfastes sur les mères et le fœtus. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour d'autres résultats, y compris la durée du deuxième stade du travail.

Sur la base des résultats actuels, il est recommandé que les femmes en travail à faible risque soient informées des avantages des positions droites, encouragées et aidées à assurer les positions qu'elles choisissent.

Le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) préconise d'informer les femmes et leur compagnon sur les bénéfices des exercices de respiration, d'immersion dans l'eau et des massages sur la diminution de la douleur durant la première phase latente du travail (22). Cependant, il recommande de ne pas proposer l'aromathérapie, le yoga et l'acupression. Par ailleurs si la volonté du couple est d'utiliser ces moyens, il faut respecter leur choix.

De plus, le soutien continu par le conjoint, l'accompagnant ou la sage-femme est bénéfique pour l'accouchement et son vécu. (23)

Les données scientifiques sont peu nombreuses et de faible niveau de preuve sur les interventions non médicamenteuses de la prise en charge de la douleur. Néanmoins, la plupart d'entre elles semblent inoffensives pour la mère et le nouveau-né. Par conséquent, il est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles désirent, tant qu'ils n'affectent pas la surveillance maternelle ou fœtale.

b. Les moyens médicamenteux

Des moyens médicamenteux peuvent être prescrits par la sage-femme pour tenter de réduire la douleur des contractions.

Le phloroglucinol est un antispasmodique, existant sous forme de comprimés, oraux ou sublinguaux, de suppositoires ou sous forme injectable. Bien qu'il ne soit pas considéré comme un antalgique de palier 1, la HAS le considère comme ayant la même visée thérapeutique. (24)

En gynécologie, il est couramment utilisé dans le « *traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses* ».

Pendant la grossesse, il n'est pas contre-indiqué et peut être prescrit à n'importe quel terme de la grossesse par la sage-femme. Il est utilisé dans le « *traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au repos* ». (25)

Lors d'anomalies de phase de latence, le phloroglucinol est souvent utilisé. Son objectif est de diminuer la fréquence et l'intensité des CU et donc l'inconfort des patientes.

Le paracétamol est un antalgique de palier 1, dit « non opioïde » et un antipyrétique. (26). Selon la nature et l'intensité de la douleur, nous choisirons en première intention un antalgique de cette catégorie. Malgré le fait qu'il reste l'antalgique de choix chez la femme enceinte, il justifie à être utilisé à bon escient en cours de grossesse quel que soit le terme. S'il est nécessaire d'un point de vue clinique, le paracétamol peut être utilisé pendant la grossesse. Néanmoins, il devra être pris à la dose efficace la plus faible, pendant la durée la plus courte et à la fréquence la plus réduite possible. (27)

Cependant, il n'a pas montré son efficacité par voie intraveineuse dans la prise en charge prolongée de la douleur pendant le travail à cause de sa courte durée d'efficacité. (28)

L'homéopathie peut être utilisée afin de préparer le col de l'utérus à la dilatation et favoriser le travail. Cependant, elle ne supprime pas la douleur mais permet aux femmes d'accepter la douleur et par conséquent de mieux la supporter. (29)

L'hydroxyzine (Atarax ®) est un anxiolytique et un antihistaminique antiallergique. (30)

Ce médicament est compatible avec la grossesse. Malgré tout, il passe la barrière placentaire : les concentrations chez le nouveau-né sont équivalentes à celles de la mère. (31)

Lors d'un faux début de travail, il va permettre à la patiente de se détendre et de mieux appréhender la douleur. Utilisé en « salle de pré-travail », il doit faire l'objet d'une surveillance chez le fœtus du fait des effets sédatifs.

Dans une revue Cochrane comparant l'efficacité et la tolérance des opiacés avec les substances non opiacées sédatives, la satisfaction des femmes concernant le soulagement de la douleur pendant le travail a été démontrée plus efficace avec les opiacés. L'hydroxyzine n'est pas une méthode d'analgésie. (32)

Néanmoins, les opiacés en termes d'analgésie restent modérés et peuvent être associés à des effets secondaires maternels et néonataux.

Le rôle de la sage-femme est déterminant pour prodiguer un accompagnement respectueux du désir des femmes et l'aider à choisir le type de PNP qui leur correspond au mieux. Lors de la période anténatale, les informations et les moyens procurés sont essentiels pour aider les patientes lors du début du travail.

IV. RÔLE ET COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES

Selon le Code de la Santé Publique (CSP) (33), « *l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique de l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au diagnostic, au suivi, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.* »

D'après le code de déontologie des sages-femmes, « *la sage-femme a obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement personnel continu prévue par les articles L.4153-1 et L.4153-2* » du Code de la Santé Publique. (34)

Le développement personnel continu (DPC) est applicable à l'ensemble des professionnels de santé. Ses objectifs sont l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. (35)

De plus, « *dans le cadre de son exercice personnel, la sage-femme a le devoir de contribuer à la formation des étudiants sages-femmes et de ses pairs* ». (34)

Cela implique un devoir personnel relatif à son domaine de compétences.

Le CSP précise que « *lorsque la sage-femme participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, elle ne doit faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public.* » (33)

Dans le référentiel des sages-femmes, huit situations types de la profession ont été sélectionnées de façon à mettre en avant la démarche clinique, l'urgence, la prévention et l'éducation. (36). Parmi ces huit situations, conduire une consultation prénatale, organiser, animer une séance collective de PNP et diagnostiquer et suivre le travail en font partie.

Lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou à faible niveau de risque, le suivi peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (gynécologue, traitant ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme. Le professionnel de santé doit avoir une formation théorique et pratique adaptée au suivi des grossesses. Les exercices dans

le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité sont possibles selon les possibilités locales. (37)

Au vu des nouvelles recommandations et du contexte tendant à la physiologie du travail et de l'accouchement, nous nous sommes interrogés sur les informations données par la sage-femme hospitalière concernant le début du travail.

MATERIEL ET METHODE

I. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les pratiques professionnelles au sujet de la phase de latence.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Les informations sont en accord avec les nouvelles recommandations de 2017.
- Les informations données varient selon la structure hospitalière.
- Les informations varient selon l'expérience professionnelle.

II. Description de l'étude

1. Type d'étude et déroulement

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons réalisé une étude descriptive de type quantitative sur les pratiques professionnelles des sages-femmes. Nous nous sommes appuyés sur un questionnaire électronique. (Annexe II)

L'étude est multicentrique : les questionnaires ont été envoyés dans les différentes maternités d'Ile-de-France de tous types, dans l'objectif d'atteindre une centaine de réponses. Pour cela, nous avons contacté les sages-femmes coordinatrices du pôle mère-enfant pour qu'elles relayent le questionnaire aux sages-femmes exerçant en consultations et/ou pratiquant des séances de PNP.

Les réponses ont été enregistrées entre le 5 Novembre 2019 et le 31 Décembre 2019 dans les maternités hospitalières d'Ile de France. Nous avons décidé de choisir celles-ci afin d'avoir une représentation des différents types de maternité.

2. Outil méthodologique

L'outil méthodologique est un questionnaire mis en ligne via Google Doc, il comportait des réponses à choix simples ou multiples ainsi que des réponses libres. Nous avons testé le questionnaire en interrogeant cinq sages-femmes ayant déjà été dans un service de consultation hospitalier et/ou ayant fait de la PNP.

Le questionnaire est divisé en quatre parties. Il a été réalisé à partir du logiciel Google Forms.

La première partie a pour but d'établir le profil personnel et le statut professionnel.

Les variables retenues sont le genre, l'âge, l'année d'obtention du diplôme, le secteur d'exercice ainsi que les formations complémentaires.

La deuxième partie établit le profil de la structure hospitalière et leur pratique. Nous questionnons les sages-femmes sur le type de suivi à la maternité, la durée de consultations de suivi. Nous leur demandons si elles proposent l'entretien prénatal précoce, les séances de PNP et si elles abordent le projet de naissance.

La troisième partie regroupe des questions sur leurs pratiques professionnelles concernant la phase de latence et les conseils afin de guider cette dernière sous forme de questions ouvertes et de questions à choix multiples.

Le questionnaire a également pour but d'évaluer la formation continue des sages-femmes par rapport aux nouvelles recommandations.

A la fin du questionnaire, nous avons demandé aux sages-femmes s'il était pertinent de créer un résumé harmonisé avec les différentes informations sur le début du travail et les motifs de consultation aux urgences.

III. Considérations éthiques et règlementaires

Les sages-femmes hospitalières ayant reçu le questionnaire étaient libres de répondre ou non à ce dernier et leur anonymat était conservé. Par conséquent, nous n'avons pas eu à effectuer de démarche pour avoir une autorisation.

IV. Stratégie d'analyse

L'exploitation des résultats a été faite à partir d'un fichier Microsoft Excel que nous avons créé.

Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyenne, écart-type, médiane et extrêmes. Les variables qualitatives ont été classées par proportion (n) et pourcentage (%)

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé le logiciel en ligne OpenEpi afin de calculer la significativité des différents groupes. La comparaison des résultats dans nos deux ou trois populations s'est faite avec le test de Chi 2 (quand les effectifs étaient supérieurs à 30) et le test de Fisher (quand un (les) effectif(s) étai(en)t inférieur(s) à 30).

Une valeur de « p » était dite significative quand elle était inférieure à 0,05.

RESULTATS

I. Diagramme de flux

Dans la période étudiée, 187 sages-femmes ont répondu au questionnaire. Parmi elles, nous avons pu exploiter 164 questionnaires.

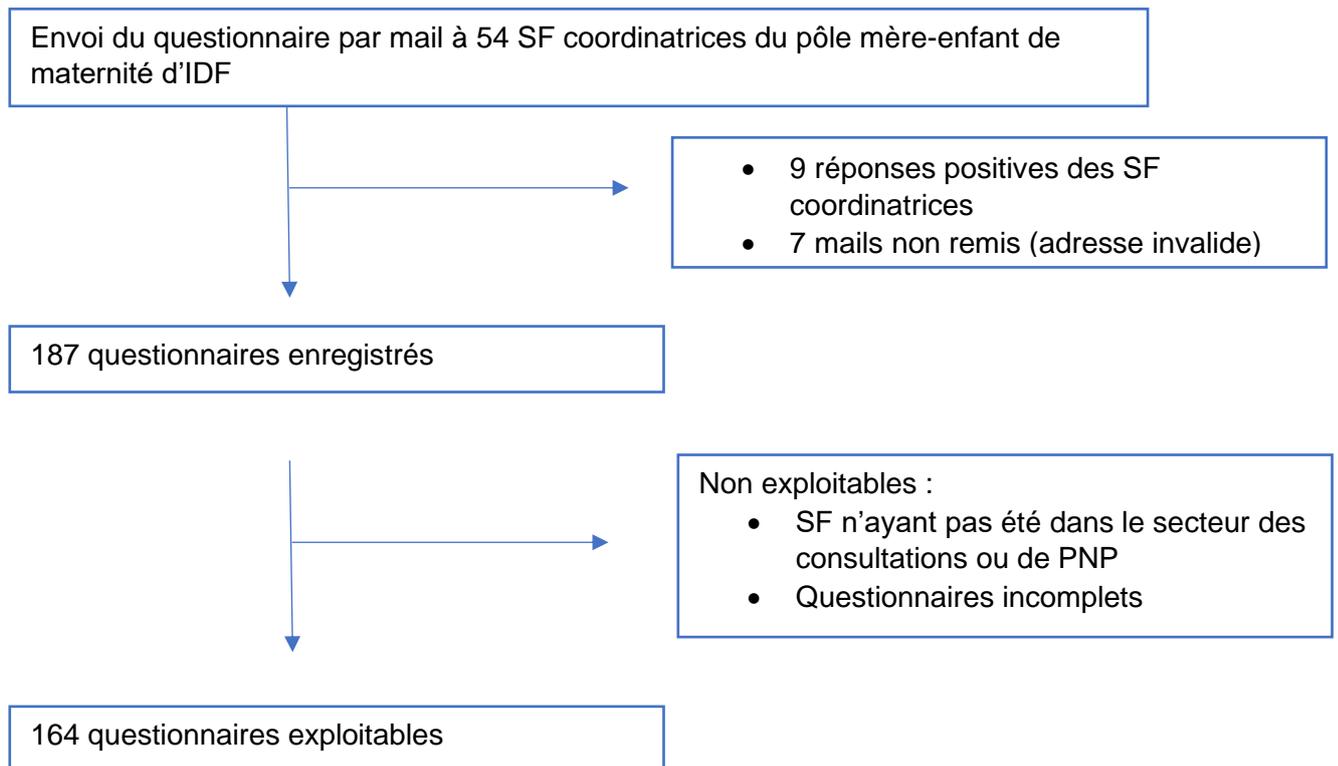


Figure 2 : Inclusion des questionnaires

II. Description de la population

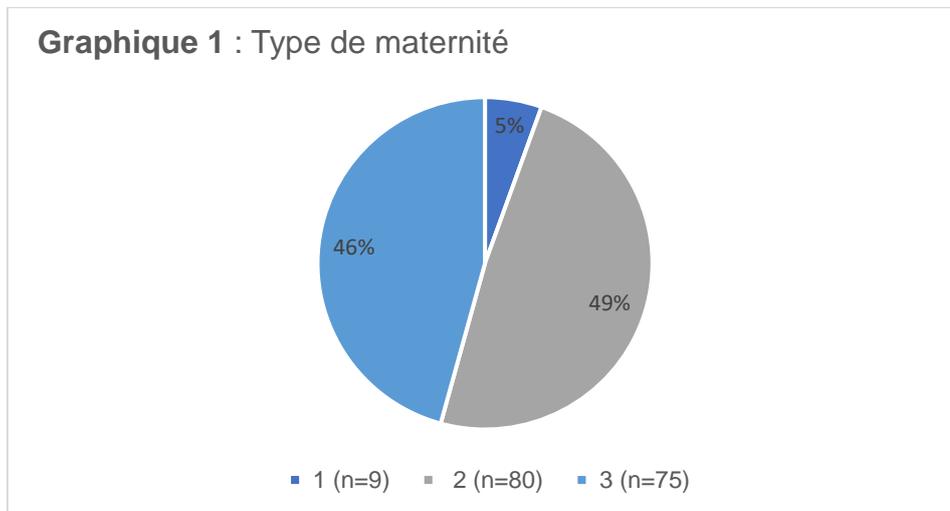
1. Profil des sages-femmes

164 sages-femmes (n = 164) ont répondu au questionnaire dont 96% de femmes (n = 158) et 4% d'hommes (n = 6).

Elles ont en moyenne 33 ans (+/-7,82) avec une médiane à 31 ans et des extrêmes entre 23 et 59 ans.

En moyenne, les sages-femmes interrogées sont diplômées depuis neuf années (+/- 7,86) avec une médiane à 6 années et des extrêmes entre 0 et 38 années.

Elles exercent dans différents types de maternité.



Parmi les sages-femmes, elles ont l'habitude de travailler dans les services suivants :

- 48% en consultations (n = 79)
- 12% en préparation à la naissance et à la parentalité (n = 21)
- 59% en grossesses à haut risques (n = 97)
- 94% en salle de naissances (n = 154)
- 71% en suites de couches (n = 117)
- 6% en consultations post-natales (n = 10)
- 9% dans d'autres services : gynécologie, échographie, diagnostic anténatal (DAN), procréation médicale assistée (PMA) et recherche. (n = 15)

Il faut préciser qu'une sage-femme hospitalière peut tourner dans différents services sur une même période.

Les sages-femmes de la population ont eu d'autres expériences professionnelles dont 23% en type 1 (n = 38), 36% en type 2 (n = 59), 26% en type 3 (n = 43), 8% en libéral (n = 13) et zéro en Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Concernant les diplômes ou formations complémentaires, 58% des sages-femmes en possèdent un ou plusieurs. (n = 95)

167 diplômes ou formations ont été répertoriés.

Tableau 3 : Formations et diplômes complémentaires

Population : n = 167		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
GHR / Pathologies maternelles	13	7,8
Echographie / Médecine fœtale	28	16,8
Régulation des naissances	5	3
Homéopathie / Aromathérapie	10	6
Hypnose / Acupuncture / Ostéopathie / Sophrologie	29	17,4
Gynécologie contraception	7	4,2
Violences faites aux femmes / excision	7	4,2
Allaitement maternel / Lactation	13	7,8
Réanimation nouveau-né	12	7,2
Tabacologie / Addictologie / Diététique	5	3
Postures / Gasquet	8	4,8
Rééducation périnéale	6	3,6
Autour de la périnatalité	6	3,6
Sexologie	3	1,8
EPP / PNP	4	2,4
Master	4	2,4
DAN	1	0,5
Autres	6	3,6
Total	167	

2. Caractéristiques des structures hospitalières et de leur prise en charge

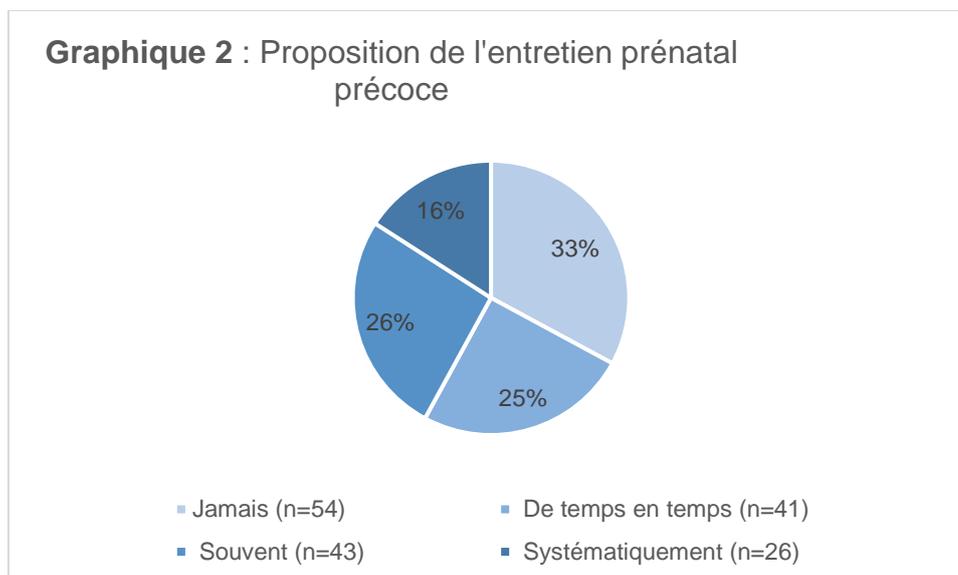
Le suivi de la grossesse diffère suivant le type de maternité, nous avons noté 7% (n = 12) de suivi exclusivement à la maternité, 62% (n = 102) en libéral puis à la maternité. Pour 31% (n = 50), le suivi pouvait s'effectuer en libéral ou à la maternité, soit par choix de la patiente soit en cas de grossesse pathologique qu'à la maternité.

Tableau 4 : Suivi de grossesse selon le type de maternité

Population : n = 167	Type 1	Type 2	Type 3
Suivi hospitalier uniquement	0	4 (5%)	8 (11%)
Suivi en libéral puis à l'hôpital	1 (11%)	49 (61%)	52 (69%)
Suivi en libéral ou à la maternité selon choix de la patiente ou contexte pathologique	8 (89%)	27 (34%)	15 (20%)
Total	n = 9	n = 80	n = 75

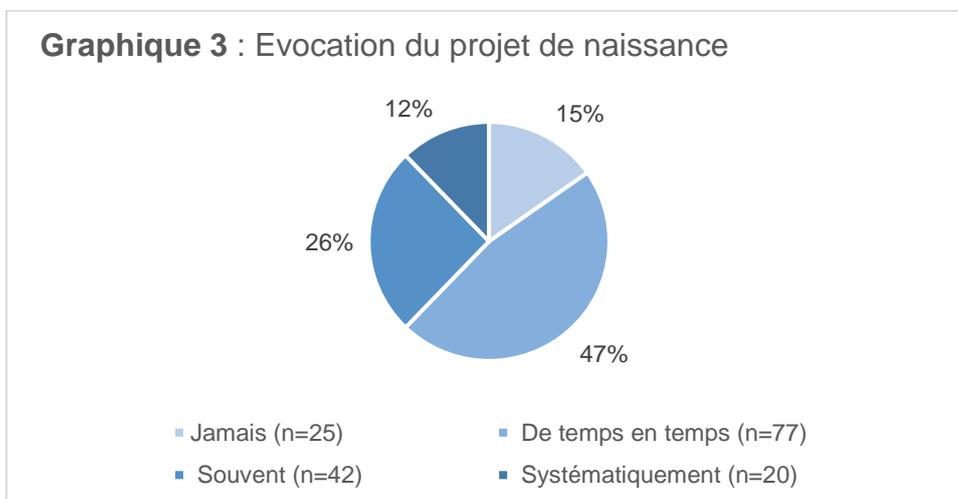
Le temps d'une consultation de suivi est de 15 minutes pour 26,8% de la population (n = 44), 20 minutes pour 64% (n = 105), 30 minutes pour 7,9% (n = 13) et de plus de 30 minutes pour 1,2% (n = 2)

L'entretien prénatal précoce est proposé aux femmes en consultations.

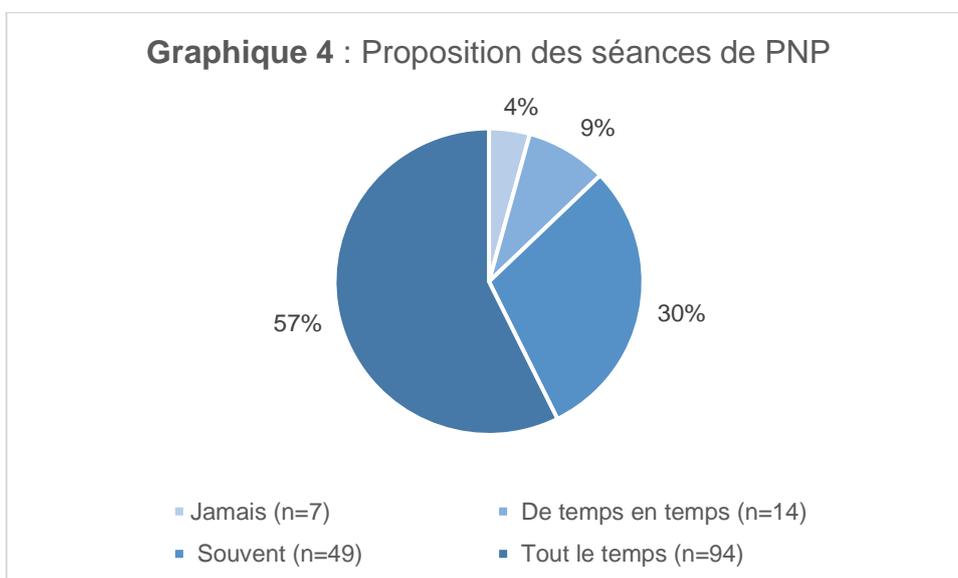


Pour les sages-femmes n'ayant pas proposé l'EPP (n = 56), les différentes raisons étaient l'absence de consultations dédiées à cet effet par manque de budget (n = 32), l'oubli d'aborder le sujet (n = 4), la barrière de la langue (n = 1) et la continuité du suivi vers le huitième mois de la grossesse en maternité ce qui laissait sous-entendre que les patientes avaient déjà effectué l'EPP en ville (n = 19).

Sur les 139 (85%) sages-femmes ayant évoqué le projet de naissance, environ 24% (n = 34) en parlent à toutes leurs patientes, 70% (n = 97) aux patientes avec des attentes particulières et 5% aux patientes francophones (n = 7).



Parmi les 164 sages-femmes interrogées, les séances de PNP sont présentes dans la structure de 105 d'entre elles (soit 64%). Il n'y a pas de séances de PNP chez 36% de la population (n = 59).



Pour les maternités proposant de la PNP, la période moyenne de démarrage des séances est vers 30 SA (septième mois). Le minimum est de 24 SA et le plus tardif est 35 SA.

Dans la population, 18,3% (n = 30) possèdent moins de trois salles de pré-travail, 64% (n = 105) en ont entre trois et cinq et 17,7% (n = 29) en ont plus de cinq salles.

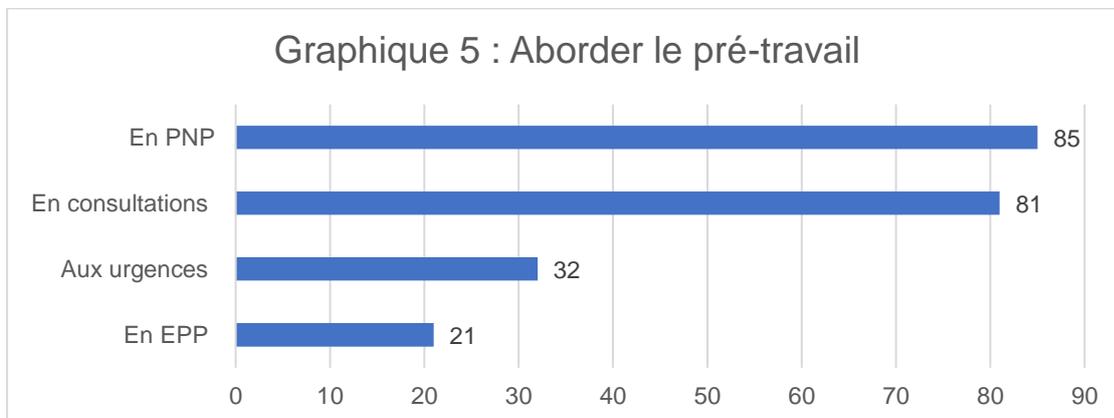
III. Principaux résultats

1. Connaissances et conseils de la population étudiée

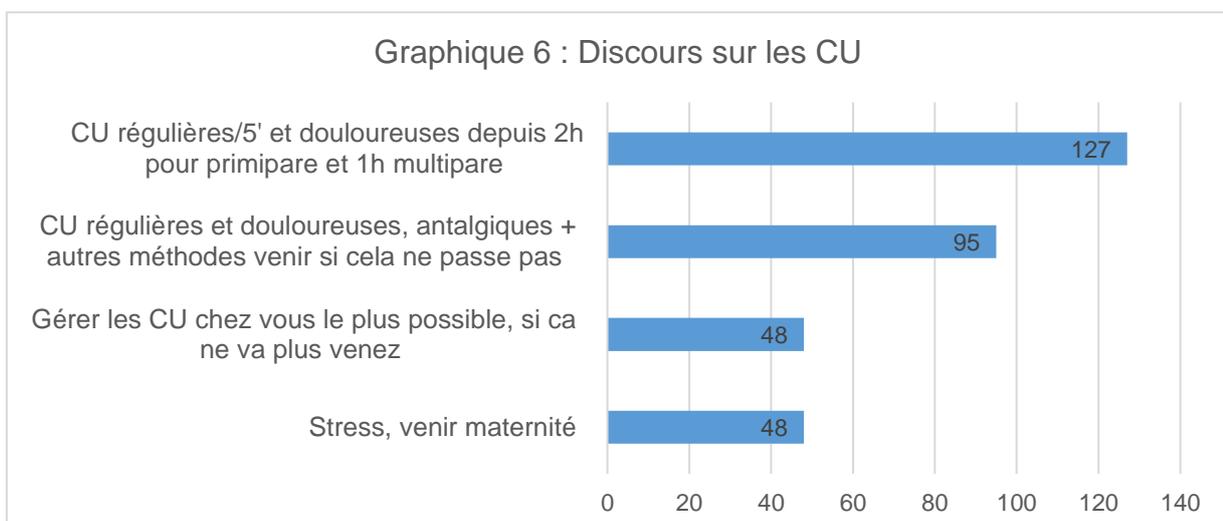
La signification du terme physiologique a été demandée aux sages-femmes :

- 37,8% (n = 62) estiment qu'elle renvoie à la notion de bas risque sans complications majeures,
- 5,5% (n = 9) considèrent qu'elle renvoie à la limitation des interventions médicales
- Et pour 56,7% (n= 93) d'entre elles, les deux réponses sont acceptables.

Les sages-femmes abordent le sujet du pré-travail à divers moments clés du suivi de grossesse.



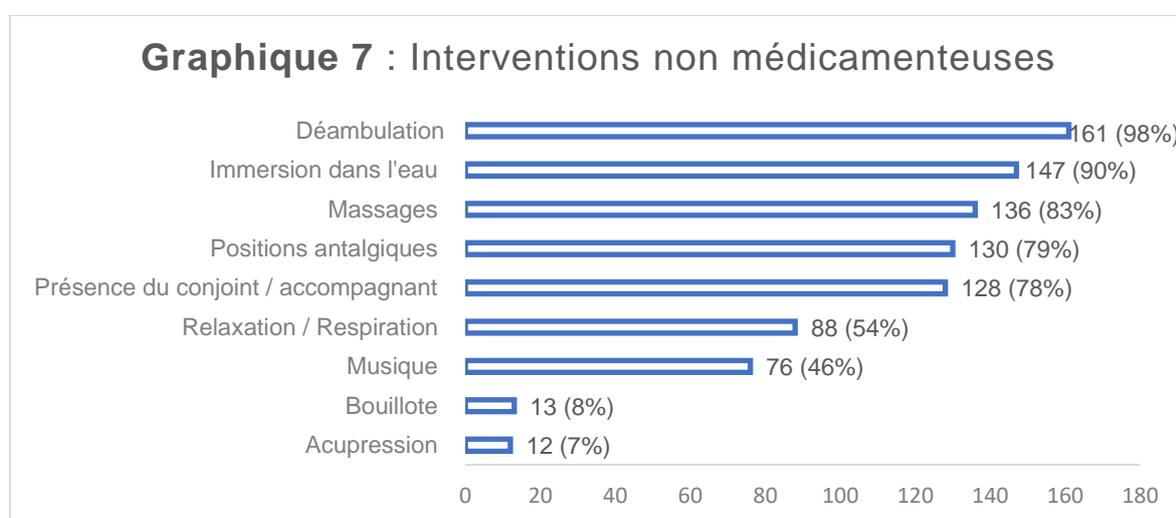
Dans un contexte d'absence de rupture prématurée des membranes et d'absence de saignements, le discours des sages-femmes sur les contractions est le suivant.



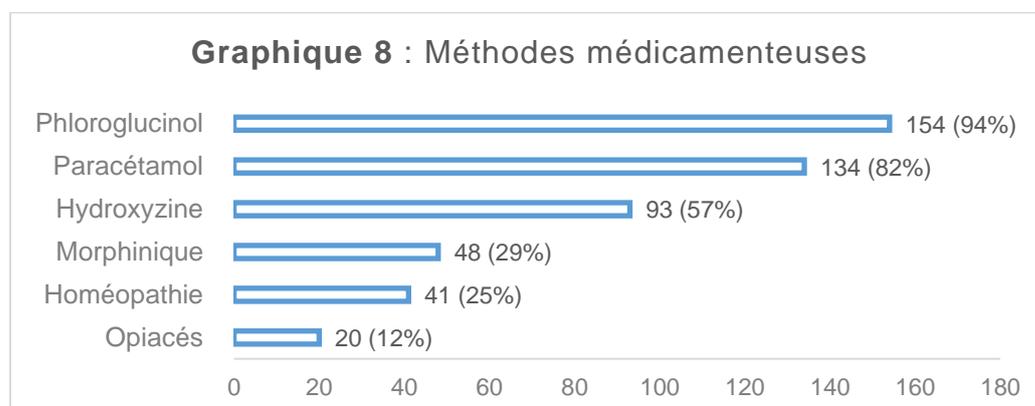
Concernant la perte du bouchon muqueux, 10 sages-femmes n'en parlent jamais soit 6,1%, 37,2% des sages-femmes (n = 61) en discutent de temps en temps, 72 (43,9%) l'abordent souvent et 21 sages-femmes l'évoquent systématiquement (soit 12,8%)

A propos de la notion de rupture prématurée des membranes, 1,2% de la population (n = 2) n'en parlent jamais, 14% (n = 23) l'abordent de temps en temps, 22,6% (n = 37) ont répondu « souvent » et 62,2% (n = 102) l'évoquent systématiquement.

Les méthodes non médicales expliquées par les sages-femmes sont nombreuses en anténatal.



Les interventions médicamenteuses pour soulager les patientes lors de leur pré-travail sont nombreuses. Les sages-femmes évoquent ces dernières.

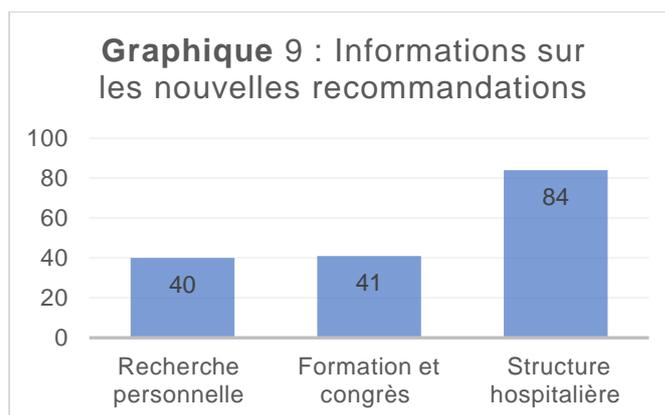


Considérant toutes les informations à communiquer aux patientes, 90,9% des sages-femmes (n = 149) adaptent ces dernières selon la parité, les antécédents, le suivi

ainsi que le type de grossesse et les attentes particulières. 2,4% (n = 4) n'adaptent pas leur discours selon la patiente et 6,7% (n = 45) l'ajustent sur demande de la patiente.

73% des sages-femmes (n = 119) ont lu les recommandations de bonnes pratiques sur l'accouchement normal publiées en 2017.

Parmi elles, leur source d'informations diffère :



A la suite de la publication de ces recommandations, 57,9% de la population (n = 95) estiment avoir changé leurs propres pratiques, 26,2% (n = 43) trouvent que cela n'a rien changé et 15,9% ne se prononcent pas à ce sujet.

Concernant le changement des pratiques de leurs collègues, 56,1% (n = 92) ont observé un changement chez leurs collègues, 17,1% (n = 28) n'ont pas aperçu de changement et 26,8% (n = 44) n'ont pas d'opinion à cette question.

L'idée de créer un résumé harmonisé d'informations sur le début du travail et les motifs de consultations aux urgences motive 90,9% des sages-femmes (n = 149), 7,3% (n = 13) n'ont pas d'avis et 1,8% (n = 3) ne considèrent pas cela nécessaire.

2. Données croisées

Tout d'abord, nous avons comparé des groupes selon la structure hospitalière ; pour cela, nous avons retenu comme variable le type de la maternité (1, 2 ou 3) et la présence de PNP dans la structure.

Ensuite, nous avons confronté des groupes d'échantillons selon leur expérience professionnelle. Nous avons tenu compte de l'année de diplôme et de leur auto-formation. Pour finir, nous avons classé des sous-groupes selon leurs réponses afin d'établir un profil de sage-femme.

a. La structure hospitalière

Type 1, type 2 et type 3

Nous avons comparé trois groupes : le groupe « type 1 » (n = 9), le groupe « type 2 » (n = 80) et le groupe « type 3 » (n = 75).

Tableau 5 : Comparaison des réponses entre le groupe « type 1 », « type 2 » et « type 3 »

N = 164	Type 1 n = 9	Type 2 n = 80	Type 3 n = 75	p
Aborder le pré-travail				
En consultations	0	45 (56%)	37 (49%)	0,006
Lors de l'EPP	1 (11%)	7 (9%)	13 (17%)	NS
En PNP	8 (89%)	34 (43%)	43 (57%)	0,013
Aux urgences	2 (22%)	16 (20%)	14 (19%)	NS
Discours concernant les CU				
CU/5' depuis 2h	6 (67%)	61 (76%)	60 (80%)	NS
Antalgiques et autres	4 (44%)	49 (61%)	42 (56%)	NS
Stress	1 (11%)	28 (35%)	19 (25%)	NS
Gérer à la maison	4 (44%)	19 (28%)	25 (33%)	NS
Interventions non médicamenteuses abordées				
Immersion dans l'eau	9	70 (88%)	68 (91%)	NS
Déambulation	9	80	72(96%)	NS
Présence du conjoint	9	59 (78%)	60 (80%)	NS
Massages	8 (89%)	60 (75%)	68 (91%)	0,03
Positions antalgiques	9	57 (71%)	64 (85%)	0,028
Musique	6 (67%)	33 (41%)	37 (49%)	NS
Relaxation / Respiration	5 (56%)	42 (53%)	41 (55%)	NS
Bouillote	3 (33%)	6 (8%)	4 (5%)	0,013
Acupression	2 (22%)	5 (6%)	5 (7%)	NS
Méthodes médicamenteuses				
Paracétamol	7 (78%)	69 (86%)	58 (77%)	NS
Phloroglucinol	6 (67%)	78 (97%)	68 (91%)	0,002
Homéopathie	0 (0%)	14 (18%)	27 (36%)	0,006
Morphinique	1 (11%)	31 (39%)	16 (21%)	0,027
Hydroxyzine	3 (33%)	52 (65%)	38 (51%)	NS
Opiacés	0	12 (15%)	8 (11%)	NS

Présence ou absence de PNP

Ensuite, nous avons comparé deux groupes : le groupe « PNP+ » regroupe les sages-femmes travaillant dans des structures hospitalières où des séances de PNP ont lieu et le groupe « PNP- » où il n'y a pas de séances de PNP.

Tableau 6 : Comparaison des réponses entre le groupe « PNP+ » et « PNP- »

N = 164	PNP+	PNP-	p
	n = 105	n = 59	
Discours concernant les CU			
CU/5' depuis 2h	84 (80%)	43 (73%)	NS
Antalgiques et autres	58 (55%)	37 (63%)	NS
Stress	24 (23%)	24 (41%)	0,016
Gérer à la maison	28 (27%)	20 (34%)	NS
Interventions non médicamenteuses abordées			
Immersion dans l'eau	95 (90%)	52 (88%)	NS
Déambulation	103 (98%)	58 (98%)	NS
Présence du conjoint	87 (83%)	41 (69%)	0,047
Massages	90 (86%)	46 (78%)	NS
Positions antalgiques	81 (77%)	49 (83%)	NS
Musique	50 (48%)	26 (44%)	NS
Relaxation / Respiration	60 (57%)	28 (47%)	NS
Bouillote	6 (6%)	7 (12%)	NS
Acupression	8 (8%)	4 (7%)	NS
Méthodes médicamenteuses			
Paracétamol	82 (78%)	52 (88%)	NS
Phloroglucinol	98 (93%)	54 (91%)	NS
Homéopathie	23 (22%)	18 (30%)	NS
Morphinique	29 (28%)	19 (32%)	NS
Hydroxyzine	70 (67%)	23 (39%)	<0.001
Opiacés	15 (14%)	5 (8%)	NS

b. Expérience professionnelle

Ancienneté

Nous avons comparé l'ancienneté des sages-femmes par rapport aux nouvelles recommandations sorties en 2017 : un groupe diplômé avant 2017 « < 2017 » (n = 135) et un groupe diplômé en 2017 ou après « ≥ 2017 » (n = 29).

Tableau 7 : Comparaison des réponses entre le groupe « diplôme < 2017 » et « diplôme ≥ 2017 »

N = 164	< 2017 n = 135	≥ 2017 n = 29	p
Discours concernant les CU			
CU/5' depuis 2h	103 (76%)	24 (83%)	NS
Antalgiques et autres	69 (51%)	26 (90%)	<0,001
Stress	40 (30%)	8 (28%)	NS
Gérer à la maison	41 (31%)	7 (24%)	NS
Interventions non médicamenteuses abordées			
Immersion dans l'eau	120 (89%)	27 (93%)	NS
Déambulation	134 (99%)	27 (93%)	0,024
Présence du conjoint	105 (78%)	23 (79%)	NS
Massages	115 (85%)	21 (72%)	NS
Positions antalgiques	108 (80%)	22 (76%)	NS
Musique	62 (46%)	14 (48%)	NS
Relaxation / Respiration	75 (56%)	13 (45%)	NS
Bouillote	11 (8%)	2 (7%)	NS
Acupression	11 (8%)	1 (3%)	NS
Méthodes médicamenteuses			
Paracétamol	109 (81%)	25 (86%)	NS
Phloroglucinol	124 (92%)	28 (97%)	NS
Homéopathie	39 (29%)	2 (7%)	0,013
Morphinique	43 (32%)	5 (17%)	NS
Hydroxyzine	76 (56%)	17 (58%)	NS
Opiacés	16 (12%)	4 (14%)	NS

Auto-formation

Nous avons enfin comparé deux groupes : un ayant lu les nouvelles recommandations (n = 119) et l'autre ne les ayant pas lues (n = 45)

Tableau 8 : Comparaison des réponses entre le groupe « recos lues » et le groupe « recos non lues »

N = 164	Recos lues n = 119	Recos non lues n = 45	p
Discours concernant les CU			
CU/5' depuis 2h	95 (80%)	32 (71%)	NS
Antalgiques et autres	68 (57%)	27 (60%)	NS
Stress	33 (28%)	15 (33%)	NS
Gérer à la maison	35 (29%)	13 (29%)	NS
Interventions non médicamenteuses abordées			
Immersion dans l'eau	111 (93%)	36 (80%)	0,013
Déambulation	117 (98%)	44 (98%)	NS
Présence du conjoint	96 (81%)	32 (71%)	NS
Massages	101 (85%)	35 (78%)	NS
Positions antalgiques	97 (81%)	33 (73%)	NS
Musique	55 (46%)	21 (47%)	NS
Relaxation / Respiration	65 (55%)	23 (51%)	NS
Bouillote	10 (8%)	3 (7%)	NS
Acupression	10 (8%)	2 (4%)	NS
Méthodes médicamenteuses			
Paracétamol	99 (83%)	35 (78%)	NS
Phloroglucinol	109 (92%)	43 (96%)	NS
Homéopathie	26 (22%)	15 (33%)	NS
Morphinique	33 (28%)	15 (33%)	NS
Hydroxyzine	69 (58%)	24 (53%)	NS
Opiacés	16 (13%)	4 (9%)	NS

c. Sous-groupes selon les réponses

La perte du bouchon muqueux (BM)

Nous avons classé deux groupes : ceux abordant la perte du bouchon muqueux systématiquement (n = 21) et le reste (n = 143).

Tableau 9 : Comparaison des profils de sages-femmes ayant répondu à la perte du bouchon muqueux

N = 164	BM+ n = 21	BM- n = 143	p
Age	37	32	
Année de diplôme	2007	2010	
Type de maternité			
1	0	9 (6%)	NS
2	8 (38%)	72 (50%)	NS
3	13 (62%)	62 (43%)	NS
Type de secteur			
Cs	10 (47%)	69 (48%)	NS
PNP	6 (29%)	15 (10%)	0.02
GHR	14 (67%)	83 (58%)	NS
SDN	20 (95%)	134 (94%)	NS
SDC	17 (81%)	100 (70%)	NS

La rupture prématurée des membranes (RPM)

Nous avons classifié deux groupes : ceux parlant systématiquement de la RPM (n = 102) et les autres (n = 62).

Tableau 10 : Comparaison des profils de sages-femmes ayant répondu à la RPM

N = 164	RPM+ n=102	RPM- n=62	p
Age	33	33	
Année de diplôme	2010	2010	
Type de maternité			
1	6 (6%)	3 (5%)	NS
2	48 (47%)	32 (52%)	NS
3	48 (47%)	27 (43%)	NS
Type de secteur			
Cs	52 (51%)	27 (43%)	NS
PNP	17 (17%)	4 (6%)	0.057
GHR	66 (65%)	31 (50%)	0.06
SDN	97 (95%)	57 (92%)	NS
SDC	78 (76%)	39 (63%)	0,06

Discours concernant les CU

Nous avons considéré comme réponse la plus adéquate à la physiologie et aux attentes des patientes concernant le début du travail « restez chez vous si vous arrivez à gérer et venez à la maternité quand vous n'en pouvez plus ». A partir de cela deux groupes se sont formés : « gérer + » (n = 48) et « gérer - » (n = 116).

Tableau 11 : Classification selon la réponse sur le discours

N = 164	Gérer + n=48	Gérer - n = 116	p
Age	32	33	
Année de diplôme	2011	2010	
Type de maternité			
1	4 (8%)	5 (4%)	NS
2	19 (40%)	61 (53%)	NS
3	25 (52%)	50 (43%)	NS
Type de secteur			
Cs	22 (46%)	57 (49%)	NS
PNP	11 (23%)	10 (8%)	0,012
GHR	30 (63%)	67 (58%)	NS
SDN	48	106 (91%)	0.036
SDC	40 (83%)	77 (66%)	0.029
Nombre de salles de pré-travail			
Moins de 3	12 (25%)	18 (16%)	NS
Entre 3 et 5	31 (65%)	74 (64%)	NS
Plus de 5	5 (10%)	24 (21%)	NS
Interventions non médicamenteuses abordées			
Immersion dans l'eau	42 (88%)	105 (91%)	NS
Déambulation	46 (96%)	115 (99%)	NS
Présence du conjoint	39 (81%)	89 (77%)	NS
Massages	37 (77%)	99 (85%)	NS
Positions antalgiques	38 (79%)	92 (79%)	NS
Musique	32 (67%)	44 (38%)	<0,001
Relaxation / Respiration	33 (69%)	55 (47%)	0,012
Bouillote	11 (23%)	2 (2%)	<0,001
Acupression	9 (19%)	3 (8%)	<0,001
Méthodes médicamenteuses			
Paracétamol	43 (90%)	91 (78%)	NS
Phloroglucinol	46 (96%)	106 (91%)	NS
Homéopathie	12 (25%)	29 (25%)	NS
Morphinique	11 (23%)	37 (32%)	NS
Hydroxyzine	24 (50%)	69 (59%)	NS
Opiacés	4 (8%)	16 (14%)	NS

Prise de phloroglucinol

Ensuite, nous avons estimé la prise médicamenteuse de phloroglucinol comme un bon moyen médicamenteux pour soulager la douleur avant de se présenter aux urgences. Nous avons donc classé les sages-femmes selon deux groupes : « phloroglucinol + » et « phloroglucinol - ».

Tableau 12 : Classification des sages-femmes selon la réponse « prise de phloroglucinol »

N = 164	Phloroglucinol+	Phloroglucinol-	p
	152	12	
Age	33	34	
Année de diplôme	2010	2008	
Type de maternité			
1	6 (4%)	3 (25%)	0,002
2	78 (52%)	2 (17%)	0,021
3	68 (45%)	7 (58%)	NS
Type de secteur			
Cs	72 (47%)	7 (58%)	NS
PNP	20 (13%)	1 (8%)	NS
GHR	93 (61%)	4 (33%)	NS
SDN	144 (95%)	10 (83%)	NS
SDC	110 (72%)	7 (58%)	NS
Nombre de salles de pré-travail			
Moins de 3	27 (18%)	3 (25%)	NS
Entre 3 et 5	98 (65%)	7 (58%)	NS
Plus de 5	27 (18%)	2 (17%)	NS
Discours sur CU			
CU/5' depuis 2h	117 (77%)	10 (83%)	NS
Antalgiques et autres	92 (61%)	3 (25%)	0,016
Stress	46 (30%)	2 (17%)	NS
Gérer à la maison	46 (30%)	2 (17%)	NS
Interventions non médicamenteuses			
Immersion dans l'eau	135 (89%)	12	NS
Déambulation	149 (98%)	12	NS
Présence du conjoint	117 (77%)	11 (92%)	NS
Massages	126 (83%)	10 (83%)	NS
Positions antalgiques	119 (78%)	11 (92%)	NS
Musique	70 (47%)	6 (50%)	NS
Relaxation / Respiration	83 (55%)	5 (42%)	NS
Bouillote	12 (8%)	1 (8%)	NS
Acupression	10 (7%)	2 (17%)	NS
Méthodes médicamenteuses			
Paracétamol	127 (84%)	7 (58%)	0,029
Homéopathie	39 (26%)	2 (17%)	NS
Morphinique	43 (28%)	5 (42%)	NS
Hydroxyzine	89 (59%)	4 (33%)	NS
Opiacés	13 (9%)	2 (17%)	NS

ANALYSE ET DISCUSSION

I. CRITIQUE DE L'ETUDE

1. Points forts

Nous avons reçu un nombre significatif de réponses exploitables (n = 164) ce qui est un effectif intéressant pour faire une étude. L'étude regroupe des sages-femmes possédant des profils divers et variés, exerçant dans différents types de maternités.

Ensuite, elle s'intéresse à un sujet souvent abordé dans la littérature. La littérature aborde l'aspect du début de travail en salle de naissances sur le versant d'aide aux patientes à soulager les femmes afin qu'elles gèrent leur travail. Nous avons voulu approcher le versant anténatal avec les consultations et les séances de PNP aidant et préparant les femmes enceintes au moment venu.

2. Limites et biais

Cependant, notre étude présente des biais et des limites. L'ensemble des réponses est limité à l'Île-de-France et le recueil de données a été achevé sur une courte durée (huit semaines). Nous pouvons souligner le faible niveau de preuve : il s'agit d'une étude observationnelle (niveau de preuve 4).

Sur le nombre de questionnaires reçus, vingt-trois n'ont pas pu être exploités à cause de réponses manquantes. Il aurait fallu mettre les réponses en obligatoire avant de passer à la section suivante.

De plus, quelques sages-femmes n'ont pas respecté l'entête du questionnaire précisant bien que nous voulions interroger les sages-femmes exerçant/ayant exercé en consultations ou en PNP.

De même, il aurait fallu leur demander leur lieu d'exercice pour avoir les données nécessaires afin d'exploiter nos résultats plus précisément. Pour conserver l'anonymat des sages-femmes, il aurait été nécessaire d'attribuer des numéros à chacune des maternités.

Certaines questions semi-ouvertes étaient difficiles à analyser et à classer dans certains groupes par mots clés. Nous avons essayé au maximum de ne pas regrouper les réponses et de créer de nouvelles propositions.

II. PRINCIPAUX RESULTATS

1. La population

Dans notre étude, la population est représentative de celle d'Ile de France en 2017. En 2017 (38), 4590 sages-femmes en Ile de France étaient répertoriées dont 97,9% de femmes et 2,1% d'hommes.

Notre population regroupe 164 sages-femmes avec 96% de femmes et 4% d'hommes.

L'âge moyen de nos sages-femmes hospitalières est de 33 ans. Concernant les données démographiques du Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), celui-ci est de 39,2 ans chez les sages-femmes hospitalières. (39).

Quant à l'âge, notre population n'est pas représentative. Le CNOSF a recensé l'âge des sages-femmes hospitalières sur toute la France, pas spécifiquement sur notre région, ce qui pourrait expliquer cette différence d'âge.

Les sages-femmes jeunes sont peut-être plus concernées par le sujet et accordent plus d'importance au mémoire de fin d'études, obligatoire pour obtenir le diplôme d'Etat.

Plus de la moitié des sages-femmes de notre étude possède une formation complémentaire. Cela reflète le fait qu'elles sont de plus en plus demandeuses de se former et de se spécialiser à travers les nombreux diplômes complémentaires.

73% des sages-femmes ont lu les recommandations de 2017 sur l'accouchement normal. Une faible proportion de notre population ne les a pas lues. Ce résultat peut s'expliquer par l'accessibilité aux nouvelles données de la littérature via internet qui reste un outil de diffusion majoritaire dans notre quotidien. Nous n'avons pas forcément besoin d'une formation pour se tenir au courant des nouveautés. Cela montre l'implication des sages-femmes à s'actualiser sur les pratiques.

2. Caractéristiques des structures hospitalières

Pour le suivi de la grossesse, 62% des maternités hospitalières effectuent un suivi en ville puis à la maternité. Cela montre le développement plus accentué du lien ville-hôpital. (37)

Dans notre étude, pour les maternités de type 1, elles tendent plus vers un suivi en libéral ou à l'hôpital selon le choix de la patiente. Alors que les maternités de type 2 et 3 s'orientent vers un suivi en ville avec une continuité à l'hôpital. Cela peut s'expliquer avec la notion de

bas risque obstétrical, si une patiente n'a pas d'antécédents notables ou de facteurs de risques surajoutés, son suivi peut s'effectuer en ville alors qu'une patiente ayant une pathologie particulière il se fera plutôt à l'hôpital. Cette situation se retrouve plus en maternité de type 2 ou 3 qu'en type 1.

Chez 105 sages-femmes, soit 64% de notre population, nous retrouvons des séances de PNP dans la maternité. Ce chiffre est assez élevé par rapport au nombre d'établissements hospitaliers pratiquant encore la PNP. Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire viennent sûrement du même hôpital où la PNP est présente. C'est pourquoi, dans le questionnaire il aurait fallu leur demander dans quelle structure les sages-femmes travaillent afin d'évaluer plus précisément les données. Cela aurait permis de savoir d'où venait les sages-femmes hospitalières et comparer les établissements entre eux après les avoir anonymisés.

3. Hypothèse 1 : les informations sont en accord avec les recommandations de 2017

a. Connaissances

Plus de la moitié des sages-femmes (56,7%) estiment que le terme « physiologique » renvoie à la notion de bas risque et à la limitation des interventions médicales. L'accouchement normal évoque le respect de la physiologie du travail et de l'accouchement en adaptant les interventions techniques et médicamenteuses. (3)

Ce pourcentage est assez important sur notre population. Ceci montre qu'elles connaissent la définition et les interventions incluses dans le déroulement dit « normal » : une amniotomie, une antibioprofylaxie, de l'ocytocine en troisième phase de travail et la pose d'une voie veineuse périphérique. (8) Cela est en accord avec les recommandations.

Certaines abordent le versant de la physiologie par rapport au bas risque (37,8%), ceci montre que les interventions médicales n'interviennent pas dans leur point de vue puisqu'une patiente, par exemple, qui souhaite une analgésie péridurale n'est pas considérée comme « physiologique ». Et d'autres abordent plus la limitation des interventions médicales (5,5%). Pour eux, peut-être cela signifie être moins interventionniste auprès des patientes pour qu'elles bénéficient d'une prise en charge différenciée selon la volonté de la patiente.

Pour limiter les interventions, les sages-femmes délivrent des informations.

b. Les moyens non médicamenteux

Parmi les moyens non médicamenteux abordés, nous avons principalement la déambulation, l'immersion dans l'eau, les massages, les positions antalgiques et la présence du conjoint.

98% des sages-femmes suggèrent la déambulation, ce qui représente presque la totalité de notre population.

Une grande majorité des sages-femmes, 90% d'entre elles conseillent l'immersion dans l'eau, 83% les massages, 79% les positions antalgiques et 78% la présence du conjoint.

Ces pourcentages sont en faveur d'une connaissance de la majorité des sages-femmes à propos de ces pratiques et sous-entendraient qu'elles ont conscience de leurs effets bénéfiques.

Cela reste en accord avec les références puisqu'il est recommandé d'informer les femmes sur les avantages de la mobilité et des positions verticales. Celles-ci diminuent le temps de travail, favorisent l'accouchement voie basse et entraînent peu de complications. (8)

De plus, selon l'HAS, l'immersion dans l'eau diminue les douleurs du premier stade du travail et l'usage des analgésiques locaux. Le NICE recommande également cette approche pour atténuer la douleur.

Les massages par l'accompagnant réduisent les douleurs et l'anxiété, améliorant donc l'humeur de la patiente. Le soutien continu par quelqu'un soit par la sage-femme ou à défaut le conjoint, lorsque la sage-femme ne peut pas être présente en permanence, est bénéfique. (23)

Le NICE recommande également les massages mais l'acupression ne fait pas partie de leur intervention. Seulement, 12 sages-femmes ont mentionné l'acupression dans les moyens non médicamenteux. Ceci est une faible proportion de notre population.

De même, les techniques de relaxation incluant la relaxation musculaire progressive, la respiration, la musique et la pleine conscience sont recommandées. Les réponses à ces pratiques ont été moindres par rapport aux précédentes du fait de la technicité. Les sages-femmes ne sont peut-être pas toutes formées à la relaxation, à la pleine conscience ou ne montrent pas un intérêt particulier à cette dernière. De plus, elles nécessitent un état d'esprit particulier, une ambiance apaisée et une réceptivité particulière de la part des patientes.

L'ensemble de ces moyens exposés est inoffensif pour la patiente. Ils sont représentatifs de notre population et en accord avec les recommandations. Toujours dans une démarche d'accompagnement, si la patiente le désire, elle peut tester ces différentes techniques.

c. Moyens médicamenteux

94% (n = 154) de la population propose le phloroglucinol (Spasfon®) pour soulager la douleur. Lors de la phase de latence, il est souvent utilisé pour diminuer la fréquence et l'intensité des CU et par conséquent, l'inconfort des patientes. (24)

De plus, les sages-femmes peuvent prescrire cet antispasmodique tout au long de la grossesse. Cela démontre l'anticipation des sages-femmes en prescrivant au 8^{ème} mois du phloroglucinol pour que les patientes puissent en disposer chez elles.

82% des sages-femmes abordent la prise de paracétamol. Ce dernier est un antalgique de palier 1 et un antipyrétique. (26). Non contre-indiqué pendant la grossesse, il reste l'antalgique de choix chez la femme enceinte et peut être prescrit par la sage-femme. Nous n'avons pas de preuve scientifique par voie orale, cependant en intraveineux lors du travail, cette substance n'a pas montré son efficacité. (28)

L'hydroxyzine (Atarax®) arrive en troisième position avec 93 sages-femmes l'évoquant, malgré le non-droit de prescription par la sage-femme.

Il est quand même surprenant de voir qu'il apparaît dans les réponses fréquentes de notre étude sachant que les sages-femmes n'ont pas le droit de le prescrire.

Etant donné que notre population travaille en hospitalier, il est possible, sous couvert de l'hôpital, de le donner aux patientes pour réduire leur anxiété. Ce médicament ne peut être utilisé qu'en salle de naissances pour soulager la patiente puisqu'il nécessite une surveillance du rythme cardiaque fœtal. Cependant, il n'existe aucune recommandation sur l'hydroxyzine dans le cas d'analgésique car il n'a pas encore démontré ses preuves (32). Les preuves scientifiques datent de plusieurs années, de nouvelles études de plus grand niveau de preuve pourraient être acceptables afin de conclure sur leur efficacité.

Avec 41 réponses, l'homéopathie reste peu développée. Bien que les sages-femmes puissent prescrire cette méthode, elle reste peu utilisée compte tenu de la connaissance qu'elle requiert. En effet, le diplôme universitaire d'homéopathie est une aide supplémentaire à la prescription.

d. Discours et prise en charge

Concernant le discours des sages-femmes, il est surprenant d'observer que le discours prédominant sur les CU (en dehors d'un contexte de métrorragies et de RPM) est celui des « CU régulières et douloureuses depuis deux heures pour les primipares et une heure pour les multipares ». Alors que les sages-femmes délivrent des informations sur les alternatives non médicamenteuses et les moyens médicamenteux pour soulager les CU, leur discours n'est pas cohérent.

Seulement 95 sages-femmes proposent d'abord aux patientes de rester chez elle, voir si les CU passent après avoir utilisé des techniques médicamenteuses et 45 sages-femmes conseillent de rester chez elle le plus possible si elles gèrent leur début de travail au mieux.

D'ailleurs, l'ensemble des moyens non médicamenteux recommandés sont accessibles pour la patiente à son domicile : douche, bain, massage par le conjoint, déambulation, relaxation via des vidéos sur internet... Alors que, parfois par manque de moyens et selon l'afflux de l'activité en salle de travail, ces alternatives ne sont pas forcément disponibles pour les patientes.

C'est pourquoi si la patiente préfère rester chez elle où elle se sent bien avec les équipements nécessaires, il faut les encourager.

En phase latente du travail, la surveillance à la maternité est assez espacée : toutes les quatre heures et sur demande de la patiente si elle souhaite être examinée au niveau du col de l'utérus. (3)

Cela montre qu'il n'est pas nécessaire qu'une patiente se présente aux urgences après un laps de temps et de régularité des CU, elle peut rester chez elle si elle le souhaite jusqu'à qu'elle ne puisse plus supporter la douleur.

Cependant, selon notre étude, 91% des sages-femmes adaptent leurs informations aux femmes afin de répondre à leurs attentes et leurs besoins. Ceci montre le rôle de la sage-femme dans l'écoute et l'ajustement de ses propos selon la patiente/le couple.

Les connaissances et les informations données par les sages-femmes concernant le début du travail sont à peu près en accord avec les recommandations de bonnes pratiques.

3. Hypothèse 2 : les informations données varient selon la structure hospitalière

a. Type de maternité

Le « pré-travail » est abordé plus facilement en consultations chez les maternités de type 2 et 3. Alors qu'il est exposé lors des séances de PNP dans les maternités de type 1.

Les séances de PNP sont plus présentes dans ces dernières ce qui est représentatif de la population. Les types 2 et 3 en parlent majoritairement lors des consultations pour assurer le suivi des informations sans processus de PNP.

Il n'a pas été démontré de significativité concernant le discours des CU. Leur discours reste homogène selon le type de maternité.

Pour les interventions non médicamenteuses, la présence de massages prédomine dans toutes les maternités et plus particulièrement dans les types 3. Les sages-femmes délivrent les informations aux patientes et à leur accompagnant afin qu'ils puissent appréhender au mieux les massages ensemble, sans avoir besoin d'une aide extérieure.

Les positions antalgiques sont évoquées systématiquement par les sages-femmes de type 1. Nous pouvons relier les réponses à l'état d'esprit de ces structures, dans la physiologie au plus possible et au plus près de l'écoute et des souhaits des patientes. Même si nous pouvons penser que dans les types 3 les patientes sont moins mobiles, le taux d'évocation des positions antalgiques reste élevé chez les maternités de type 3 avec 85%. De même pour les types 2, il représente 71%. Cela prouve que les équipes sont de plus en plus informées des bénéfices des positions antalgiques : diminution de la douleur, amélioration du confort, réduction de la durée du travail et diminution des besoins d'ocytocine en favorisant l'accouchement voie basse. De plus, le personnel est apte à proposer des positions antalgiques aux patientes et à leur montrer.

La bouillote est significativement mentionnée dans les structures de type 1 avec 33%. Elle reste faible dans les autres établissements. Nous pouvons attribuer ces résultats à la disponibilité des équipements de la maternité et la renommée des types 1 où la physiologie prime.

Les maternités de type 2 et 3 prescrivent de préférence du phloroglucinol plutôt que du paracétamol. Le taux de médication par les maternités de type 1 est moindre par rapport à ses confrères. Cela s'accompagne par le fait de démedicaliser le plus possible le début du travail.

L'homéopathie prédomine dans les maternités de type 3 et 2. Dans notre population, les sages-femmes ayant le diplôme complémentaire d'homéopathie sont présentes dans ces structures ce qui peut expliquer ce résultat. De plus, les collègues possédant cette compétence peuvent donner aux autres sages-femmes la spécialité et la posologie afin qu'elles sachent comment la prescrire.

La morphine reste peu utilisée dans les maternités en général avec un taux de 11% (type 1), 39% (type 2) et 21% (type 3), cela s'explique par la surveillance continue de la mère et du fœtus au moment de l'administration et des heures après afin d'évaluer le retentissement sur le fœtus. Elle nécessite une surveillance accrue du rythme cardiaque fœtal, du comportement de la mère et du nouveau-né à la naissance.

Il n'existe pas de différences entre les trois types de maternités : leurs discours et les moyens abordés restent relativement similaires.

b. Séances de PNP dans la structure

Le discours sur le stress est moins abordé dans les structures présentant de la PNP avec 23% comparé à celles ne présentant pas de PNP (41%). Les sages-femmes savent peut-être que les patientes participant aux séances de PNP sont en majorité des primipares (78% selon l'enquête périnatale de 2016). Leur niveau de stress et d'anxiété est de base plus élevé que les multipares à cause du changement, de la nouveauté de la grossesse et de l'accouchement à venir. Le discours sur les CU répétées et douloureuses depuis un laps de temps permet aux patientes d'avoir un repère fixe afin de les réconforter dans l'idée de se déplacer à la maternité.

La présence du conjoint est évoquée de manière significative dans les maternités avec de la PNP. Souvent les séances de PNP se déroulent de manière collective, les futurs pères y sont conviés. Ils assistent de plus en plus aux séances permettant une réassurance pour les femmes. De plus, lors des séquences dédiées au soutien, au positionnement et à la respiration, les pères présents sont amenés à voir une première fois comment cela se

déroule et par la suite, ils peuvent pratiquer les exercices au quotidien à la maison pour s'entraîner lors du moment venu.

Concernant les autres moyens, il n'a pas été démontré de différence significative car les pourcentages sont assez équivalents.

L'hydroxyzine est proposée majoritairement dans les structures présentant de la PNP avec 67%. Cela est surprenant par rapport aux données précédentes : en cas d'administration de ce comprimé, l'effet secondaire principal est la somnolence. Dans ce cas de figure, quelle va être la place du conjoint si la patiente dort afin de se reposer de la douleur des CU.

Néanmoins, ces structures favorisent le phloroglucinol ou le paracétamol.

Malgré quelques différences significatives, nous pouvons infirmer cette hypothèse, puisque selon la présence de PNP dans la structure, les réponses obtenues restent globalement harmonieuses.

4. Hypothèse 3 : l'expérience professionnelle influe sur les informations données
 - a. Selon l'année de diplôme

Les sages-femmes ayant lu les recommandations de 2017 sur l'accouchement normal proposent plus l'immersion dans l'eau que celles ne les ayant pas lues.

Cela va de pair avec les indications de l'HAS où il est recommandé de présenter cette technique pour aider les patientes à soulager la douleur.

Pour les autres techniques et moyens médicamenteux, il n'a pas été montré de différence significative. Cela peut s'expliquer par le faible échantillonnage des sages-femmes n'ayant pas lu les recommandations (n = 45). Un plus grand échantillon nous aurait permis de conclure sur les autres techniques.

Concernant le discours des CU, les jeunes diplômées (≥ 2017) abordent de manière significative le monologue suivant « lorsque les CU sont régulières et douloureuses, prenez d'abord des antalgiques, voyez si elles passent sinon venez à la maternité ». Ces sages-femmes sont diplômées depuis les nouvelles recommandations, ce qui implique qu'elles ont eu lors de leur cursus universitaire la formation des nouvelles pratiques et peuvent les intégrer directement une fois qu'elles sont diplômées d'état.

Par opposition, les sages-femmes diplômées depuis plus longtemps doivent se former sur le sujet et changer leurs pratiques suite aux données de la littérature.

L'homéopathie est plus abordée chez les sages-femmes diplômées avant 2017. Le diplôme universitaire d'homéopathie s'étend sur deux ans, cela montre que les jeunes diplômées n'ont pas forcément eu le temps de le passer.

Cela est en accord avec les chiffres puisque les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme avant 2017 parlent plus de l'homéopathie.

b. Selon les réponses données et le profil des sages-femmes

Pour les sages-femmes ayant répondu au discours « gérer le plus longtemps chez vous jusqu'à ne plus en pouvoir », elles ont pour moyenne d'âge 32 ans et sont diplômées de 2011 en moyenne. Un écart d'un an se fait avec l'échantillon n'ayant pas répondu à cette question, ce qui n'est pas significatif.

Cependant, les sages-femmes ayant répondu positivement sont dans les secteurs suivants : PNP, SDN et SDC.

Cela démontre que ces sages-femmes abordent ce discours. En PNP, le taux reste quand même faible de 23%, mais par rapport aux sages-femmes n'ayant pas parlé de ce discours, il est significatif. Il va de même avec la physiologie et avec le fait de venir le plus tardivement à la maternité.

En SDN, ce discours peut être expliqué par une saturation des salles de pré-travail et d'accouchement et l'encouragement des praticiens à commencer le début du travail à la maison plutôt que de venir à la maternité où la patiente va sûrement attendre dans la salle et être dans l'expectation des modifications cervicales. A cause de l'activité de la SDN, la sage-femme ne pourra pas forcément tout le temps aider la patiente pour son début de travail.

Les moyens donnés de manière significative avec ce discours sont la musique, la relaxation, la respiration, la bouillote et l'acupression. Toutes ces méthodes sont réalisables à la maison si elles ont été suggérées et bien expliquées en amont par les sages-femmes.

Les sages-femmes ayant répondu positivement au sujet de la perte du bouchon muqueux sont âgées en moyenne de 37 ans et diplômées en 2007. Significativement

différent des sages-femmes n'ayant pas parlé du bouchon muqueux, leur moyenne d'âge est de 32 ans et elles sont diplômées en moyenne de 2010.

La perte du bouchon muqueux ne doit pas inquiéter les patientes. C'est pourquoi il est intéressant d'en parler aux patientes et leur expliquer la physiologie. Les sages-femmes avec de l'expérience ont plus tendance à en parler peut-être par maturité professionnelle pour expliquer aux patientes que cette perte n'est pas un motif de consultation aux urgences et qu'il est physiologique de le perdre lors du dernier mois de grossesse.

Ce sont aussi des sages-femmes du secteur de PNP qui l'aborde de manière significative. Cela rejoint l'idée de préciser que ce n'est pas un motif d'urgence. Ailleurs, en consultations ou en GHR, la perte du bouchon muqueux n'est peut-être pas abordée par manque de temps ou par oubli de la sage-femme. Il y a déjà beaucoup de choses à penser en dehors et pour certaines, ce n'est peut-être pas utile de le préciser, jusqu'à qu'une patiente se présente aux urgences pour cela...

Concernant la RPM, il n'a pas été démontré de différence concernant l'âge, l'année de diplôme et les secteurs d'exercice des sages-femmes.

Pour les réponses positives au phloroglucinol (Spasfon®), les sages-femmes sont âgées de 33 ans et diplômées de 2010 en moyenne, non significatif à l'autre échantillon (phloroglucinol -) avec un âge moyen de 34 ans et un diplôme obtenu en 2008.

Les sages-femmes ayant répondu positivement au phloroglucinol appartiennent à des maternités de type 2 de manière significative. Dans les maternités de type 1, la prise de phloroglucinol est moins abordée. Cela rejoint les résultats précédents où les types 1 donnent moins de médicaments et favorisent les méthodes non médicamenteuses.

Les sages-femmes proposant le phloroglucinol ont un discours correspondant puisqu'elles proposent de prendre des antalgiques lorsque les CU sont régulières et douloureuses avant de se présenter à la maternité.

Elles ont tendance à associer la prise de paracétamol avec le phloroglucinol.

Nous pouvons conclure que le nombre d'années d'exercice influence les conseils donnés par les sages-femmes. D'une part, les sages-femmes avec le moins d'ancienneté délivrent des conseils adaptés plus à jour des recommandations actuelles puisque leur formation initiale est proche. D'autre part, les sages-femmes

avec le plus d'ancienneté délivrent aussi d'autres informations en rapport avec leur expérience passée.

A travers ces résultats, nous avons élaboré un profil type de la sage-femme donnant les informations adéquates : il s'agit d'une sage-femme de 33 ans ayant eu son diplôme en 2011 travaillant dans une maternité de type 2 ou 3 en majorité et dans les services suivants : Cs, GHR et SDN.

En affinant les réponses, nous avons déterminé la sage-femme « parfaite » : elle est âgée de 46 ans, diplômée de 1999, travaillant dans une maternité de type 2 et exerçant en consultations, en GHR et en SDN.

III. PERSPECTIVES

Après la revue de la littérature et les résultats de notre étude, nous pouvons émettre quelques propositions.

D'abord, il semble essentiel aux sages-femmes de se former aux nouvelles recommandations de bonnes pratiques.

Une information collective par le service serait une bonne initiative par une réunion d'information mensuelle sur les nouvelles pratiques ou par manque de temps, l'envoi d'un mail aux sages-femmes avec les nouvelles recommandations de l'HAS.

Egalement, la formation par les confrères serait intéressante si une sage-femme est désinformée, elle peut se référer à ses collègues en leur posant des questions. Le travail en équipe reste un atout majeur. En effet, il permet la confrontation des différentes pratiques des sages-femmes engendrant ainsi une prise de recul sur son propre exercice.

En cas de doute sur une prise en charge, les sages-femmes avec le plus d'ancienneté peuvent se rapprocher des jeunes diplômées. Ces dernières ont assisté lors de leur formation initiale à une intervention sur les nouvelles recommandations de 2017.

En per-partum, les sages-femmes n'ont pas forcément le temps de revoir avec les patientes les informations et les diverses techniques non médicamenteuses pour soulager la douleur c'est pourquoi il est important d'insister sur ces méthodes en anténatal. Le rôle des sages-femmes en consultations, en séance de PNP et en libéral est primordial. Elles devraient accentuer la pratique plutôt que la théorie. Ainsi, elles pourraient donner des pistes comme le site internet « sages-femmes IDF » qui répertorient les praticiens d'Ile de France en libéral si les patientes souhaitent faire une PNP particulière.

La Protection Maternelle Infantile (PMI) offre de nombreux services d'accueils et d'informations anténatales comme des conseils aux femmes enceintes, des groupes de parentalité ou encore des séances de PNP par des équipes pluridisciplinaires. Quelle que soit leur couverture sociale, la PMI permet aux femmes d'avoir accès à ces aides. Cet élément permettrait un accès gratuit et non sectorisé réduisant ainsi les inégalités sociales dont est jalonnée la santé des femmes.

Les sages-femmes hospitalières peuvent diriger vers la ville en particulier en faisant un relais avec la PMI qui offre un suivi en prénatal puis en post-natal avec un suivi médical des enfants de 0 à 6 ans.

Néanmoins, les résultats de notre étude sont de faible niveau de preuve et ne sont pas transposables. Il faudrait continuer dans la réalisation d'études de plus grands effectifs.

Enfin, comme aide aux conseils pour les sages-femmes, nous proposons une plaquette d'informations à remettre aux patientes dans les services de consultations prénatales, lors des séances de PNP et lors des consultations aux explorations fonctionnelles. Cette fiche d'information permet de donner les informations importantes aux patientes sur les motifs de consultations aux urgences avec quelques conseils pour qu'elles ne se déplacent pas systématiquement et avec des numéros nécessaires si besoin.

Figure 3 : *Plaquette informative sur les motifs de consultations aux urgences pour les patientes (ci-contre)*

La fièvre

La fièvre est un motif de consultations aux urgences. Il peut être le signe d'une infection

Si vous vous sentez fiévreuse, mesurez votre température avec un thermomètre.

Si ce dernier affiche une température supérieure à 38°C, venez à la maternité, de préférence accompagnée.

Chute, traumatisme ou accident

En cas de choc, traumatisme sur l'abdomen ou d'accident : venez à la maternité.

Contacts

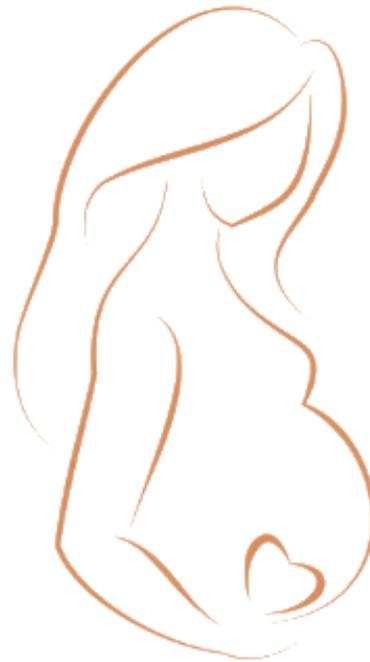
Accueil standard : *Numéro*

Numéro de la maternité 24h/24, 7jours/7
Numéro SDN

Samu 15

Pompiers 18 (ils vous emmèneront à la maternité la plus proche de chez vous)

Taxis



Quand venir à la
maternité ?

Les contractions utérines

Qu'est-ce qu'une contraction utérine ?

Lors d'une contraction, vous sentez l'ensemble de votre abdomen se durcir. L'utérus est un muscle qui se contracte. Il faut savoir qu'une contraction utérine n'est pas forcément douloureuse. Elles sont aussi douloureuses, la plupart du temps. Pour certaines femmes, cette douleur ressemble à des douleurs de règles de plus en plus fortes, qui apparaissent puis disparaissent au rythme des contractions. Parfois, les contractions se traduisent par des douleurs dans le bas du dos ou dans les reins.

Que faire en cas de contractions utérines douloureuses et régulières ?

- Prenez un bain ou une douche à l'eau chaude en insistant sur les endroits douloureux
- Marchez, mobilisez-vous, adoptez les positions antalgiques avec ou sans ballon
- Respirez, relaxez-vous
- Massages dans le dos
- Faites participer votre conjoint
- Ecoutez de la musique

Malgré cela, en cas de stress, n'hésitez pas à venir !

Si vous êtes seule ou en insécurité, venez ne restez pas seule dans ces moments.

Si les contractions ne cessent pas après ces techniques, prenez deux comprimés de Spasfon® (phloroglucinol). Renouveler la prise si besoin.

Si les contractions ne diminuent pas en nombre et/ou en intensité après, vous pouvez vous rendre à la maternité.

La perte de liquide amniotique

Si vous perdez du liquide transparent comme de l'eau :

- Souvenez-vous l'heure à laquelle vous avez perdu du liquide
- Si le liquide est clair, vous avez le temps de prendre une douche et de rassembler les affaires pour la maternité
- En cas de perte de liquide verdâtre ou marron, prenez vos affaires et venez à la maternité.

En cas de doute de perte de liquide :

- Observer si le liquide coule en continu (à différencier des pertes vaginales)
- Sinon venez à la maternité où nous ferons un test

Les métrorragies

En cas de perte de sang abondant, comme des règles, venez à la maternité.

Le col est très vascularisé en fin de grossesse. Des traces de sang peuvent être expliquées par des modifications cervicales, un examen du col par un toucher vaginal ou après un rapport sexuel.

La perte du bouchon muqueux est fréquente. C'est un amas de glaires marrons. Rien de grave !

La diminution des mouvements actifs fœtaux

Au fur et à mesure de la grossesse, le bébé occupe de plus en plus d'espace dans votre utérus, cela ne l'empêche pas pour autant de bouger. Les mouvements ont moins d'amplitude et ne sont pas perçus de la même façon mais il bouge.

Si vous sentez moins votre bébé bouger :

- Si vous étiez active, reposez-vous en vous allongeant
- Stimulez le en faisant bouger votre ventre, en buvant quelque chose de froid ou de sucré qui pourraient le réveiller
- Sinon venez à la maternité pour faire un check-up.

CONCLUSION

Pour notre mémoire de fin d'étude en maïeutique, nous avons étudié les pratiques des sages-femmes concernant le début du travail lors de la phase de latence.

En effet, les femmes sont de plus en plus demandeuses d'être actives dans leur début de travail et veulent accoucher le plus naturellement possible. D'ailleurs, l'ajout récent de nouvelles recommandations de bonnes pratiques sur l'accouchement normal a accentué ces souhaits. La sage-femme possède pleinement un rôle primaire à jouer dans cet accompagnement.

L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques des sages-femmes en essayant de voir quelles informations elles donnent. Nos hypothèses de départ étaient diverses : celles-ci suivaient les nouvelles recommandations, les informations variaient selon la structure hospitalière et l'expérience professionnelle.

Tout d'abord, les sages-femmes semblent intéressées par le sujet puisqu'elles ont aisément répondu au questionnaire.

Les connaissances théoriques et pratiques des sages-femmes interrogées autour du début du travail semblent à jour par rapport aux recommandations actuelles. Les conseils concernant les moyens thérapeutiques et les alternatives non médicamenteuses sont globalement satisfaisants.

Le type de maternité et la présence de PNP dans la structure hospitalière ne semblent pas influencer le discours et les informations sur la phase de latence. Ceux-ci restent homogènes.

Ensuite, nous pouvons conclure que l'expérience professionnelle influe sur certaines prises en charge et conseils. Les savoirs des sages-femmes diplômées depuis plus longtemps et les jeunes diplômées sont complémentaires.

Un travail en équipe est primordial. La confrontation des différentes pratiques des sages-femmes engendre une prise de recul et une réflexion sur son expérience et permet de l'améliorer.

Pour aider à la délivrance des conseils concernant le début du travail, la plaquette d'information que nous avons élaborée à l'issue du mémoire reprend les motifs de consultations aux urgences et les informations essentielles accompagnant le début du travail.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Plan périnatalité 2005-2007 [Internet]. [Consulté le 25 mai 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/pnp/site/html/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
2. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la Santé (DRESS). Enquête nationale périnatale [Internet]. [Consulté le 2 janvier 2019]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
3. Haute Autorité de santé. Recommandations de bonnes pratiques : accouchement normal : physiologie de l'accompagnement et interventions médicales.[Internet]. [Consulté le 8 décembre 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
4. Kayem G. Déroulement du travail : quelles définitions de la normalité ou de la dystocie ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Avril 2015;(43):319-323.
5. Pitkin RM. Friedman EA. Primigravid labor: A graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol 1955;6:567-89. Obstet Gynecol. 1 févr 2003;101(2):216.
6. Friedman EA. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol 1956;8(6):691-703.
7. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. [Internet] [consulté le 20 Novembre 2019]. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>
8. Haute Autorité de santé. Argumentaire : accouchement normal physiologie de l'accompagnement et intervention médicales [Internet]. [Consulté le 8 décembre 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2017%252FRPC_HAS-CNGOF_Accouchement_Argumentaire_2017.pdf&i=13594
9. Magnan G. Nouvelle donne en salle de naissance. Profession Sage-Femme. Février 2018;(242):16-20.
10. Piquée N. Les enjeux de la préparation à la naissance. Soins Pédiatrie Puériculture. 2018;(301):16-18.

11. Giraud A. Accoucher « naturellement » : profils, attentes et motivations des femmes enceintes. *Vocation Sage-Femme*. Nov 2015;(117):14-17
12. CIANE. Enquête sur les accouchements, respects des souhaits et vécu de l'accouchement, dossier N°3. Paris ; 2012. [Internet] [Consulté le 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf>
13. CIANE. Enquête sur les accouchements, douleur et accouchement, dossier N°5. Paris; 2013. [Internet]. [Consulté le 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/04/DossierDouleur.pdf>
14. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité recommandations [Internet]. [consulté le 31 octobre 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
15. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Fiche action : les séances de PNP [Internet]. [Consulté le 31 oct 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3l.pdf>
16. Se préparer à l'arrivée de bébé tout au long de la grossesse | ameli.fr | Assuré [Internet]. [Consulté le 30 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/paris/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
17. Pauchet-Traversat A-F. Comment se prépare-t-on à la naissance et à l'accueil de l'enfant ? *Actual Doss En Santé Publique*. 2008;(61):58-62.
18. Bouychou M, Sallez H, De Brito G, Piquée N, Mouilti Y, Boyé H. Accompagnements et outils pour se préparer à la naissance. *Soins Pédiatrie Puériculture*. mars 2018;(301):19-22.
19. Soro R. Les multiples facettes de la préparation à la naissance et à la parentalité. *Vocation Sage-Femme*. Mai 2015;(114):21-4.
20. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;Issue 3:CD009234.
21. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013 [consulté le 16 févr 2020];Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full>
22. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: NICE; 2017. [Internet] <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/evidence/full-guideline-248734770>

23. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003766.
24. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence : Spasfon (2014) [Internet]. [Consulté le 15 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-12373_SPASFON_RI_Avis2_CT12373.pdf
25. Vidal. Spasfon lyoc 160mg - Indications [Internet]. [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/spasfon_lyoc-108137-indications.htm
26. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (le CRAT). Paracétamol [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=32
27. Vidal. Doliprane 1000 mg - Fertilité / grossesse / allaitement [Internet]. [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/Medicament/doliprane-19649-fertilite_grossesse_allaitement.htm
28. Abd-El-Maeboud KH, Elbohoty AE, Mohammed WE, Elgamel HM, Ali WA. Intravenous infusion of paracetamol for intrapartum analgesia. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40(11):2152-7.
29. M. Boiron, F Roux. Homéopathie, gynécologie et obstétrique. Le moniteur des pharmaciens. 2013. [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.pharmaciengiphar.com/maman/grossesse/accouchement/accouchement-bienfaits-homeopathie>
30. Vidal. Atarax 25 mg - Indications [Internet]. [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/atarax-1616-indications.htm>
31. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (le CRAT). Hydroxyzine [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=173
32. Othman M, Jones L, Neilson JP. Non-opioid drugs for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;Issue 7:CD009223.
33. Code de déontologie des sages-femmes. [Internet]. [Consulté le 26 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>
34. République Française. Légifrance. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes [Internet] [consulté le 21 Mars 2020]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2012/7/17/2012-881/jo/article_1
35. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. La formation continue : le DPC. [Internet] [Consulté le 21 Mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>

36. Référentiel sages-femmes [Internet]. [Consulté le 26 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
37. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles sur le suivi et l'orientation des femmes en fonction des situations à risque identifiées. Mise à jour en Mai 2016. [Internet]. [Consulté le 14 Mars 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
38. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Données démographiques de la profession [Internet]. [Consulté le 14 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/>
39. Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes. La démographie de la profession. [Internet]. [Consulté le 21 Mars 2020]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>

ANNEXES

ANNEXE I : OBJECTIFS DES SEANCES DE PNP PAR COMPETENCE

COMPETENCE	OBJECTIFS
Faire connaître ses besoins, définir des buts en collaboration avec le professionnel de santé	Exprimer ses besoins, ses connaissances, ses projets, en particulier son projet de naissance, son projet familial, professionnel, ses attentes, ses émotions, ses préoccupations et ses besoins d'information et d'apprentissage
Comprendre et s'expliquer	<ul style="list-style-type: none"> - Comprendre le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, des suites de l'accouchement - S'expliquer les modifications physiques, psychologiques liées à la grossesse - Comprendre les risques liés au mode de vie - Avoir des repères sur le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel de l'enfant - S'expliquer les répercussions sociales et familiales liées à l'arrivée de l'enfant
Repérer, analyser	<ul style="list-style-type: none"> - Repérer les symptômes précoces, les signes d'alerte qui doivent motiver une consultation en urgence pour la mère avant la naissance, pour la mère et l'enfant après la naissance - Analyser une situation à risque
Faire face, décider	<ul style="list-style-type: none"> - Décider d'être accompagné durant l'accouchement - Connaître les soins après l'accouchement et savoir y participer - Décider du mode d'alimentation du bébé, décider de suivre les principes d'une alimentation saine pour la première année de vie de l'enfant, contribuer à la prévention de l'allergie alimentaire et de l'obésité - Comprendre les comportements habituels de l'enfant Faire face aux pleurs de l'enfant - Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une difficulté ou une complication pour la mère et l'enfant après la naissance - Décider de contacter un professionnel de santé de proximité, d'aller aux urgences - Connaître les recours possibles à proximité, en cas d'urgence ou de difficultés
Résoudre un problème de prévention, aider à anticiper une situation	<ul style="list-style-type: none"> - Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé et à celle de l'enfant - Organiser avec l'entourage et les professionnels de santé le retour à domicile dans les meilleures conditions - Résoudre des difficultés d'allaitement - Comprendre la prévention des risques pour l'enfant
Pratiquer, faire	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en œuvre une technique de travail corporel adaptée aux besoins - Pratiquer des exercices pour récupérer sa condition physique d'avant la grossesse - Connaître et savoir réaliser les soins après l'accouchement pour la mère, les soins essentiels d'hygiène pour le bébé
Adapter, réajuster	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter son mode de vie pour prévenir les risques infectieux du nouveau-né - Réajuster son régime alimentaire à partir des conseils diététiques - S'ajuster aux besoins d'un bébé
Utiliser les ressources du système de soins Faire valoir ses droits	<ul style="list-style-type: none"> - Savoir où et quand consulter, participer aux séances de PNP, qui appeler en cas d'urgence ou de préoccupations, rechercher de l'information utile et crédible - Connaître les éléments de suivi médical pour la femme et l'enfant après la naissance et l'utilité du carnet de santé - Savoir utiliser les ressources d'aide et d'accompagnement - Rechercher de l'information utile - Faire valoir des droits (travail, maternité)

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE

Bonjour,

Actuellement étudiante en cinquième année du cursus maïeutique à Paris Saint-Antoine, je réalise pour mon mémoire de fin d'études une évaluation des pratiques au sujet de du début du travail dans le milieu hospitalier.

Vous pouvez participer en répondant au questionnaire ci-joint. Il est destiné aux sages-femmes occupant ou ayant déjà occupé un poste en consultations prénatales et/ou en préparation à la naissance et à la parentalité au cours de sa carrière professionnelle.

Il respecte l'anonymat et dure entre 5 et 10 minutes.

Cette étude est réalisée sous la direction de Madame CHAPLET Véronique, sage-femme enseignante.

Nous vous remercions, par avance, pour l'aide apportée à ce travail de recherche.

Restant à votre disposition pour toutes informations complémentaires,

Bien cordialement,

Flora MINGUEZ.

flora.minguez@gmail.com

1^{ère} Partie : Données liées au statut

1) Vous êtes :

- Un homme Une femme

2) Quel est votre d'âge ?

.....

3) En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'Etat de sage-femme ?

Année :

4) Dans quel type de maternité exercez-vous en ce moment ?

- Type 1 Type 2 Type 3

5) Avez-vous eu d'autres expériences auparavant ? (Plusieurs réponses possibles)

- Maternité type 1 Maternité type 2 Maternité type 3 Libéral
 PMI Autres :

6) Dans quel(s) secteur(s) de la maternité avez-vous l'habitude d'exercer ?

(Plusieurs réponses possibles)

- Consultation prénatale PNP Grossesse pathologique
 Salle de naissances Suite de couches Consultation postnatale

7) Avez-vous eu une ou des formation(s) complémentaire(s) / diplôme(s) universitaire(s) ? Si oui, lesquels ?

- Non Oui :

.....

2^{ème} partie : Structure hospitalière et pratique

8) Dans la maternité où vous exercez, comment se déroule le suivi de grossesse ?

- Exclusivement à la maternité En libéral puis à la maternité
 Autres :

9) Quel temps est consacré à chaque consultation de suivi de grossesse ? (hors première consultation)

- Toutes les 15 minutes Toutes les 20 minutes Toutes les 30 minutes
 Plus de 30 minutes

10) Proposez-vous l'entretien prénatal précoce (EPP) ?

- Jamais De temps en temps Souvent
 Systématiquement

11) Si non, pourquoi ?

.....

12) Evoquez-vous la notion de projet de naissance ?

- Jamais De temps en temps Souvent

Systématiquement

13) Si vous en parlez à vos patientes, est-ce ?

A toutes vos patientes

Uniquement aux patientes avec des attentes particulières

Autres :

14) Proposez-vous les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ?

Jamais

De temps en temps

Souvent

Toujours

15) Les séances de PNP sont-elles proposées dans votre structure hospitalière ?

Oui

Non

16) Si oui, à quelle période de la grossesse débutent-elles ?

.....

17) Combien y-a-t-il de salle de pré-travail dans la maternité ?

Moins de 3

Entre 3 et 5

Plus de 5

3^{ème} partie :

18) Selon vous, quelle est la signification du terme « physiologique » ?

La notion de bas risque sans complications majeures

La limitation des interventions médicales

Les deux

19) Quand parlez-vous du pré travail ?

En consultation

Lors de l'EPP

En PNP

Autres :

20) Quel est votre discours concernant les contractions utérines (CU) et l'arrivée à la maternité ? (dans un contexte d'absence de RPDE et d'absence de saignements)

- Venir à la maternité lorsque les CU sont régulières toutes les 5 minutes et douloureuses depuis 2h pour une primipare et depuis 1h pour une multipare
- Lorsque les CU sont régulières et douloureuses, prenez d'abord des antalgiques, voyez si elles passent sinon venez à la maternité
- Si vous êtes stressée, venez à la maternité
- Si vous arrivez à gérer les CU chez vous, restez le plus possible chez vous jusqu'à que vous n'en pouvez plus
- Autre :

21) Discutez-vous de la perte du bouchon muqueux ?

- Jamais De temps en temps Souvent
- Systématiquement

22) Abordez-vous la notion de la rupture prématurée des membranes ?

- Jamais De temps en temps Souvent
- Systématiquement

23) Quelles interventions non médicamenteuses abordez-vous afin d'aider les patientes à gérer leur pré-travail ? (plusieurs items possibles)

- Immersion dans l'eau Déambulation Présence du conjoint
- Massages Positions antalgiques Musique
- Relaxation Autres :

24) De quelles méthodes pharmacologiques parlez-vous pour soulager les patientes en pré-travail ?

- Paracétamol Phloroglucinol Homéopathie

- Morphinique Hydroxyzine (Atarax®) Opiacés

25) Adaptez-vous les informations selon la patiente (parité, antécédents...) et ses attentes (projet de naissance...) ?

- Oui Non Sur demande de la patiente

4^{ème} partie :

26) Avez-vous lu les nouvelles recommandations de bonne pratique sur l'accouchement normal (accompagnement de la physiologie et interventions médicales) publiées en 2017 ?

- Oui Non

27) Comment avez-vous eu l'information sur les nouvelles recommandations ?

- Structure hospitalière Formation, congrès
 Recherche personnelle

28) Depuis la diffusion des nouvelles recommandations, avez-vous remarqué un changement sur votre pratique ?

- Oui Non Ne se prononce pas

29) Sur les pratiques de vos collègues ?

- Oui Non Ne se prononce pas

30) Que pensez-vous de l'idée de créer un résumé harmonisé d'informations sur le pré-travail et les motifs de consultation aux urgences pour les patientes (à distribuer lors des séances de PNP ou en consultations) ?

- Oui, pourquoi pas Pas question Sans avis

GLOSSAIRE

APD : analgésie péridurale

CIANE : Collectif Inter associatif Autour de la Naissance

CSP : Code de la Santé Publique

CNOSF : Conseil national de l'Ordre des Sages-Femmes

CU : contractions utérines

EPP : entretien prénatal précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

PCEA : pompe permettant aux femmes de contrôler les doses d'analgésiques administrés

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

PR : progesterone receptor

RPM : rupture prématurée des membranes

TV : toucher vaginal

RESUME

Depuis quelques années, la société tend vers une démedicalisation. Le rôle des sages-femmes est essentiel dans l'accompagnement des patientes au cours du travail. En anténatal, grâce au suivi mensuel et à la préparation à la naissance et à la parentalité, nous préparons les femmes sur le plan physique et psychique au début du travail, notamment à la gestion de la douleur.

L'enquête a été menée dans les maternités d'Ile-de-France et avait pour objectif d'étudier les pratiques des sages-femmes hospitalières concernant la gestion de la phase de latence.

164 sages-femmes ont répondu au questionnaire.

Sur la population étudiée, l'ensemble des informations données paraissent en accord avec les pratiques actuelles. L'expérience personnelle semble influencer ces conseils.

Cette étude est de faible niveau de preuve. Cela nécessiterait une étude de plus grand effectif et serait intéressante pour confronter nos résultats.

Mots-clés : sage-femme ; travail ; phase de latence ; informations ; discours ; préparation à la naissance et à la parentalité

Nombre de pages : 53

Nombre d'annexes : 2

Nombre de références bibliographiques : 39

ABSTRACT

In recent years, society has shifted towards de-medicalisation. Midwives play an essential role in supporting patients before and during labour. During the antenatal period, we carry out monthly monitoring and help women prepare for birth and parenthood. We prepare women physically and mentally at the start of labour, especially with regards to facilitating pain management.

A quantitative survey was conducted in maternity wards throughout the Ile-De-France region and aimed to study the practices of midwives regarding the management of the latency phase. 164 midwives have responded to the questionnaire.

Of the population studied, all the information given seems to be in line with current guidelines. Personal experience seems to influence this advices.

This study has a low level of evidence and served an exploratory purpose. This would require a larger study and would be interesting to compare our results.

Keywords : midwife ; labour ; latency phase ; information ; speech ; preparation for birth and parenthood