

ESF – SORBONNE UNIVERSITE

ECOLE DE SAGES-FEMMES SAINT ANTOINE

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE SAGE-FEMME

DIRECTION DU TRAVAIL SPONTANE :

FACTEURS INFLUENÇANT LES PRATIQUES EN

SALLE DE NAISSANCE

ODY Chrystèle

Née le 08/07/1978

A Brive la Gaillarde

Nationalité française

Directrice de mémoire :

Dr Priscille Sauvegrain

Année universitaire 2019-2020

J'adresse tous mes remerciements,

A Priscille Sauvegrain, directrice de ce mémoire, pour sa bienveillance, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail

A l'ensemble des sages-femmes qui ont participé à cette étude, ainsi que les cadres de maternité qui m'ont accueillie pour réaliser ce travail, pour leur investissement et la richesse de nos échanges

A toutes les sages-femmes qui ont contribué à ma formation, pour leur patience, leurs encouragements et leur amour communicatif du métier

A mes camarades de promotion de l'école de Paris Sainte Antoine

A ma famille et à mes amis, pour leur soutien et leurs encouragements au cours de ces années d'étude

A mes parents et à ma sœur Virginie, qui m'ont enseigné que rien n'est impossible

A mes enfants Naël et Lucianne, pour leur enthousiasme à toute épreuve

A Pascal, époux extraordinaire, auprès de qui chaque instant est toujours une joie.

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	7
1.1	Préambule	7
1.2	Généralités	8
1.2.1	Amniotomie et oxytocine de synthèse	8
1.2.2	Histoire de la direction du travail spontané	9
1.2.3	Complications associées à la direction du travail spontané.....	10
1.3	Recommandations et pratiques internationales.....	11
1.3.1	Recommandations relatives à la direction du travail spontané	11
1.3.2	Epidémiologie de l'amniotomie et de l'utilisation d'oxytocine de synthèse au cours du travail.....	12
1.3.3	Dynamique du travail obstétrical « normal » et diagnostic de dystocie.....	13
1.3.4	Articulation de l'amniotomie et de la perfusion d'oxytocine et dosage de l'oxytocine.....	15
1.4	Pratiques obstétricales en France	16
1.5	Contraintes organisationnelles en salle de naissance	17
1.6	Question de recherche	17
1.7	Objectif de l'étude	18
1.8	Hypothèses.....	18
2.	Méthodologie	18
2.1	Recueil de données.....	18
2.2	Analyse de données.....	19
3.	Résultats	19
3.1	Profils des sages-femmes ayant participé à l'étude	20
3.2	Pratiques obstétricales dans les maternités d'exercice.....	20
3.2.1	Niveaux ressentis d'activité dans les maternités d'exercice	20
3.2.2	Des pratiques de direction du travail spontané globalement perçues comme homogènes	21
3.3	Une volonté de respecter la physiologie du travail et de favoriser le bien-être des parturientes.....	21
3.3.1	Privilégier le déroulement physiologique du travail	21
3.3.2	Des interventions réservées aux situations sortant de la physiologie du travail spontané.....	23

3.3.3	Une volonté de favoriser le bien-être des parturientes et une expérience positive de l'accouchement.....	24
3.4	Des pratiques qui ne sont pas toutes en adéquation avec les recommandations.....	25
3.4.1	Examen cervical	25
3.4.2	Définition de la stagnation	25
3.4.3	Modalités de direction du travail.....	26
3.4.4	Information des parturientes	26
3.4.5	Accompagnement des parturientes	27
3.4.6	Question du consentement.....	28
3.5	Actualisation des connaissances des sages-femmes et accès aux ressources documentaires.....	29
3.5.1	Connaissance des risques liés aux interventions réalisées	29
3.5.2	Connaissance des recommandations du CNSF au sujet du travail spontané.....	31
3.5.3	Discussions des recommandations au sein de l'équipe obstétricale.....	31
3.5.4	Accès à des revues professionnelles.....	32
3.6	Impact de l'organisation des soins sur les pratiques.....	32
3.6.1	Gestion du temps entre ses différentes parturientes.....	32
3.6.2	Position des obstétriciens du service.....	33
3.6.3	Contraintes liées à la disponibilité des salles de naissance.....	34
3.6.4	Adaptation des locaux au travail physiologique.....	37
3.6.5	Comment faire évoluer ses pratiques dans ce contexte ?	37
4.	Discussion	37
4.1	Forces et Limites de l'étude	38
4.2	Des pratiques fortement ancrées.....	38
4.2.1	Le respect de la physiologie : un changement de paradigme	38
4.2.2	Information éclairée et recueil du consentement.....	39
4.3	Freins à l'application des recommandations concernant le travail spontané	40
4.3.1	Actualisation des connaissances des sages-femmes et accès aux ressources documentaires	40
4.3.2	Impact de l'organisation des soins sur les pratiques	41
4.4	Des freins environnementaux aux freins individuels.....	45
4.5	Préconisations	46
5.	Conclusion	47

1. Introduction

1.1 Préambule

Ce mémoire porte sur la direction du travail obstétrical spontané.

La rupture artificielle des membranes (RAM) ou amniotomie et l'administration d'ocytocine de synthèse au cours du travail obstétrical sont des pratiques fréquentes dans l'ensemble des maternités françaises. Utilisées chez plus de la moitié des parturientes ayant un travail spontané (1), elles permettent d'augmenter la fréquence et l'intensité des contractions utérines et leur efficacité sur le col utérin. Ceci permet de raccourcir la durée du travail (2) et de limiter le nombre de césariennes réalisées pour absence de progression du travail. L'utilisation de l'ocytocine pour la direction du travail spontané est très variable en France selon les maternités et d'un pays à l'autre, ainsi que les doses administrées (3). Cette variabilité illustre l'absence de consensus à la fois sur les indications de la direction du travail obstétrical spontané et sur les modalités d'administration de l'ocytocine lorsqu'une dystocie dynamique est diagnostiquée.

Ces pratiques peuvent cependant provoquer des effets indésirables. L'amniotomie est associée à un risque augmenté de complications, la plus fréquente étant la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (4), mais aussi la procidence du cordon ombilical et l'hémorragie de Benckiser. L'administration d'ocytocine peut provoquer une hypertonie utérine avec un effet dose-dépendant (5), augmentant les risques d'acidose néonatale, de rupture utérine, d'hémorragie du post-partum et de difficultés d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (6). Devant ces effets indésirables graves, il apparaît nécessaire que les indications et les modalités d'amniotomie et d'administration de l'ocytocine au cours du travail spontané soient strictement définies afin d'assurer une balance bénéfice-risque favorable.

Le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) a choisi de travailler sur ce sujet pour établir ses premières recommandations pour la pratique clinique (RPC). Suivant la méthodologie retenue pour les RPC, un groupe d'experts a travaillé à l'analyse de la littérature internationale. Il a proposé une définition du travail obstétrical normal ou anormal, a étudié les interventions associées à l'utilisation d'ocytocine, ainsi que son efficacité et les risques materno-fœtaux associés. Ce travail a abouti en décembre 2016 à la publication par le CNSF des recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané, en partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF). Un pédiatre, une anesthésiste et une représentante des usagères ont également participé au groupe de travail. Ces recommandations ont été reprises par

la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 au sujet de la prise en charge de l'accouchement normal (7).

Depuis la publication de ces recommandations, de nombreuses maternités ont adapté leurs pratiques mais il persiste une certaine hétérogénéité entre maternités.

Quelle sont les motivations de la direction du travail spontané par les sages-femmes et les obstétriciens français et quels sont les facteurs influençant cette conduite ? Les recommandations publiées en décembre 2016 ont-elles permis une évolution des pratiques liées à la direction du travail spontané ? Quels sont les freins qui pourraient exister à l'application des recommandations dans certaines maternités ?

Pour répondre à cette problématique, nous avons réalisé une étude qualitative auprès des sages-femmes de deux maternités d'Ile-de-France, au moyen d'entretiens semi-directifs.

1.2 Généralités

1.2.1 Amniotomie et oxytocine de synthèse

L'amniotomie est la perforation artificielle des deux membranes amniotiques au moyen d'un crochet à manche long au cours d'un examen vaginal. La libération de liquide amniotique concentré en prostaglandines renforce la dynamique des contractions utérines et, combinée à l'effet mécanique de l'application plus directe de la présentation, accélère la maturation et la dilatation du col utérin (2). L'amniotomie est indiquée pour le déclenchement du travail obstétrical lorsque la maturation cervicale est favorable (score de Bishop ≥ 7 , il faut que l'examineur puisse avoir accès aux membranes). Elle est indiquée au cours du travail spontané : en cas de nécessité de pose d'un dispositif interne (pH au scalp, scalp-électrode et/ou cathéter de pression intra-utérine), dans le but de contrôler l'aspect du liquide amniotique ou en cas d'insuffisance de la progression du travail. Dans cette dernière indication, plusieurs études ont démontré que l'amniotomie réduit la durée du 1^{er} stade du travail (7, 8).

L'ocytocine est une hormone produite dans l'hypothalamus puis sécrétée par l'hypophyse et qui agit sur le muscle lisse utérin pour en stimuler les contractions au cours du travail obstétrical et immédiatement après l'accouchement. L'ocytocine et ses propriétés contractiles ont été découvertes en 1909 (10).

L'oxytocine de synthèse est un analogue de l'ocytocine endogène. Synthétisée pour la première fois en 1954, son usage obstétrical s'est ensuite développé. L'oxytocine stimule l'activité utérine en

augmentant la fréquence des contractions utérines existantes et en augmentant le tonus de la musculature utérine. Elle a trois indications en obstétrique : insuffisance des contractions utérines en début ou en cours de travail, obtention d'une bonne rétractation utérine dans le cadre d'une chirurgie obstétricale et atonie utérine consécutive à une hémorragie de la délivrance. Nous nous intéressons dans ce travail à la première indication.

En France l'oxytocine de synthèse a obtenu une autorisation de mise sur le marché en 1970, sous le nom de spécialité Syntocinon®. La Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé (HAS) a indiqué dans son avis rendu en 2009 : « *La correction précoce des insuffisances de la contractilité utérine est le moyen principal, par la perfusion intraveineuse continue d'oxytocine, de réduire la durée du travail. Syntocinon® est un traitement de 1ère intention pour renforcer la fréquence et l'intensité des contractions utérines au cours du déclenchement ou de l'activation du travail afin de réduire la durée de celui-ci* ». Le service médical rendu de Syntocinon® a été jugé important par la HAS, et il est cependant noté que cette indication nécessite un contrôle médical strict en milieu hospitalier¹. En France, les sages-femmes ont un droit de prescription de l'oxytocine au cours du travail spontané depuis 2005.

1.2.2 Histoire de la direction du travail spontané

Un travail prolongé est un facteur de risque de plusieurs complications obstétricales et néonatales : recours à la césarienne ou aux instruments, asphyxie foetale, mais aussi infection et hémorragie, principales causes de morbidité et mortalité maternelle liées à l'accouchement (10, 11).

La « gestion active » ou « direction » du travail obstétrical spontané, correspondant à l'amniotomie suivie de l'administration d'oxytocine, a été développée à partir des années 1960 afin de prévenir le travail prolongé et réduire le recours à la césarienne (13). En 1969, une étude menée dans une maternité de Dublin a suggéré que la gestion active du travail réduisait fortement la durée du travail tout en réduisant le recours aux forceps (14). Largement promue par les obstétriciens de « l'école de Dublin », la gestion active du travail s'est ensuite rapidement généralisée dans de nombreux pays (15–18), permettant de traiter la dystocie dynamique tout en contrôlant le coût financier de l'accouchement (19). Notons que dans le protocole originellement proposé par O'Driscoll, l'accompagnement de chaque parturiente par un(e) professionnel(le) dédié(e) est un point essentiel au bon déroulement du travail.

¹ http://www.sigma-tau.fr/media/pdf/syntocinon_has.pdf

1.2.3 Complications associées à la direction du travail spontané

La gestion active du travail s'accompagne d'effets indésirables parfois sévères.

Les complications possibles de l'amniotomie comprennent le prolapsus du cordon ombilical si la présentation n'est pas engagée, la compression du cordon et l'apparition de décélérations du rythme cardiaque fœtal, l'infection ascendante et l'hémorragie de Benckiser (20–22). Selon une revue Cochrane publiée en 2013 par Smyth et ses collègues, l'amniotomie au cours du travail spontané est associée à une tendance à l'augmentation du taux de césariennes, proche de la significativité. Selon cette même revue, l'amniotomie est cependant également associée à une meilleure adaptation à la vie extra-utérine chez les nouveau-nés de mères primipares (12).

Les complications possibles de l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané sont l'hypertonie utérine, l'acidose néonatale, la rupture utérine, l'hémorragie du post-partum et les difficultés d'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine (5, 22). L'administration d'oxytocine au cours de la 1^{ère} phase du travail est associée à une augmentation du taux de césariennes et de naissances instrumentales (24), d'épisiotomies (25) et à une augmentation des altérations du rythme cardiaque fœtal (25, 26), bien que les études montrent des résultats contrastés (28). L'administration d'oxytocine serait également associée à une augmentation des marqueurs de stress néonatal (29).

L'amniotomie et l'administration d'oxytocine augmentent toutes deux l'intensité des contractions et donc l'intensité de la douleur ressentie par les parturientes à chaque contraction. En l'absence d'analgésie péridurale, cette douleur peut être très difficile à gérer et affecter durablement le ressenti des parturientes vis-à-vis de leur accouchement, et perturber l'établissement du lien mère-enfant.

Plusieurs études ont étudié l'impact de la gestion active du travail sur le bien-être fœtal, par l'analyse des anomalies du RCF des extractions en urgence par instruments ou césarienne, avec des résultats contrastés (7, 14, 29).

Une revue Cochrane de 15 études publiée en 2013 par Smyth et al. a démontré que parmi les femmes en travail spontané, l'amniotomie seule ne réduisait pas la durée du travail spontané ni l'incidence des naissances par césarienne. Également, il n'y avait pas de différence en terme de satisfaction des patientes, d'adaptation néonatale, de prolapsus du cordon ombilical et d'anomalies du RCF (12). Une autre revue Cochrane publiée en 2013 a évalué la combinaison amniotomie + perfusion d'oxytocine pour les femmes en travail spontané par une méta-analyse de 14 essais.

Comparée à une gestion expectative, la direction du travail était associée à une modeste réduction de la durée du premier stade du travail et à une tendance non significative à la diminution du nombre de naissances par césarienne (2).

Ensemble ces résultats suggèrent que de nouvelles études sont nécessaires pour évaluer les bénéfices et les risques associés à la direction du travail chez les femmes en travail spontané progressant normalement et en l'absence d'élément suggestif d'une difficulté fœtale (31).

1.3 Recommandations et pratiques internationales

1.3.1 Recommandations relatives à la direction du travail spontané

Dans plusieurs pays comparables à la France pour la qualité des soins, la direction du travail n'est pas recommandée en routine mais est réservée aux situations de dystocie dynamique au cours du travail. Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a réalisé des méta-analyses sur la pratique de l'amniotomie et sur la direction du travail spontané. Il conclut qu'il y n'a pas de preuve de différence en terme de mode d'accouchement et d'issue néonatale entre l'amniotomie systématique et l'expectative (32). Dans un travail obstétrical progressant normalement, le NICE recommande de ne pas réaliser d'amniotomie systématique. Le NICE considère également qu'il n'a été démontré aucun bénéfice substantiel de la direction du travail spontané progressant normalement et recommande de ne pas pratiquer de direction systématique du travail spontané. Selon le groupe de travail ayant émis ces recommandations, la composante du package que l'on appelle « gestion active du travail » qui a la plus grande influence sur l'issue obstétricale et néonatale est le « one-to-one care », dans lequel chaque parturiente bénéficie des soins d'une sage-femme dédiée à elle seule jusqu'à la fin de l'accouchement, les autres composantes du package n'ayant pas montré de bénéfice.

Toujours au Royaume Uni, le Royal College of Midwives recommande que la direction du travail spontané soit réservée aux parturientes dont le travail progresse anormalement lentement (34). Si un délai est suspecté dans la progression du premier stade du travail, il est recommandé de proposer une amniotomie aux parturientes après explication de la procédure et information sur le fait que cela réduit la durée du travail mais risque d'augmenter la force et la douleur de ses contractions.

Aux Etats-Unis, l'American College of Obstetrics and Gynecology recommande de ne pas réaliser d'amniotomie, associée ou non à une perfusion d'oxytocine, au cours d'un travail spontané progressant normalement, à moins que cela soit nécessaire pour enregistrer un monitoring au

scalp, la direction du travail spontané étant indiquée en cas de progression trop lente du travail (35).

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans ses recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement publiées en 2018, recommande de ne pas pratiquer de gestion active du travail de façon préventive mais seulement dans le cas d'une dystocie dynamique (36).

En France, les recommandations du Collège National des Sages-Femmes indiquent que l'oxytocine doit être administrée en cas de diagnostic de dystocie dynamique et non de façon préventive (37).

1.3.2 Epidémiologie de l'amniotomie et de l'utilisation d'oxytocine de synthèse au cours du travail

L'utilisation d'oxytocine au cours du travail reste une pratique très fréquente dans de nombreux pays : elle concerne 70,6% des parturientes primipares en Angleterre, 47% en Suisse, 62% en Argentine et Uruguay, 44% en France, 58% en Irlande (1, 37). On constate cependant que plusieurs pays ayant de bons résultats en termes de prise en charge obstétricale ont un faible recours à l'oxytocine au cours du travail. En Suède, selon une étude publiée en 2014, seulement 28% des patientes en travail spontané ont reçu de l'oxytocine (39). Aux Pays-Bas, seules 29% de l'ensemble des parturientes reçoivent de l'oxytocine au cours du travail (40). Les taux de césariennes dans ces deux pays sont relativement faibles, respectivement de 17,3% pour la Suède et de 13,5% pour les Pays Bas (41), suggérant que, dans ces pays, le plus faible recours à l'oxytocine au cours du travail spontané n'est pas associé à un plus grand recours à la césarienne, bien que d'autres facteurs puissent contribuer à ce résultat comme le recours à l'analgésie péridurale ou la mobilisation au cours du travail.

Cette variabilité d'utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané illustre l'absence de consensus international à la fois sur les indications de la direction du travail obstétrical spontané et sur les modalités d'administration de l'oxytocine lorsqu'une dystocie dynamique est diagnostiquée.

En France, les enquêtes périnatales réalisées en 2010 et en 2016 nous renseignent sur les taux d'amniotomie et d'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Ces enquêtes ont montré une diminution de l'utilisation d'oxytocine chez les femmes en travail spontané, de 57,6 % en 2010 à 44,3 % en 2016, et une diminution des ruptures artificielles des membranes, de 51,1 % des femmes en travail spontané en 2010 à 41,4 % en 2016 (1). Ces deux tendances montrent une diminution des interventions médicales réalisées durant le travail et vont dans le sens des données scientifiques actuelles qui recommandent de ne réaliser ces interventions qu'en cas de dystocie du

travail (37). Par sa fréquence, la pratique de ces deux interventions semble toutefois toujours s'étendre au-delà du diagnostic de dystocie dynamique tel que proposé par le CNSF, en 2010 comme en 2016.

1.3.3 Dynamique du travail obstétrical « normal » et diagnostic de dystocie

Le diagnostic d'une dystocie dynamique est posé lorsque la progression paraît insuffisamment rapide au cours du travail. La représentation qu'ont les obstétriciens et les sages-femmes du travail obstétrical normal est donc centrale dans le diagnostic de dystocie dynamique : des critères plus conservateurs concernant la progression du travail sont associés à de plus nombreux diagnostics de dystocie et à un taux augmenté d'intervention, alors que des critères plus libéraux sont associés à une gestion expectative plus fréquente et un plus faible taux d'intervention.

En 1954, Emmanuel Friedman a proposé des normes de déroulement du travail en se fondant sur l'observation de 500 femmes en travail admises dans une maternité des Etats-Unis. 96% des femmes étaient en travail spontané, 9% avaient reçu de l'oxytocine et 8% avaient bénéficié d'une analgésie péridurale. Selon les normes proposées par Friedman, la première phase du travail débute par une phase de latence au cours de laquelle le col se dilate jusqu'à 3-4 cm et se poursuit par une phase active caractérisée par une dilatation plus rapide jusqu'à dilatation complète. Jusqu'au milieu des années 2000, il était généralement admis, selon les normes de Friedman, qu'une vitesse de dilatation inférieure à 1 cm par heure après 4 cm signalait une dystocie dynamique et nécessitait une intervention. Aux Etats-Unis le taux de césariennes au cours du travail a ainsi beaucoup augmenté, en partie à cause d'une augmentation des diagnostics de dystocie dynamique (42,43).

Devant cette forte augmentation du taux de césariennes au cours du travail, la dynamique du travail obstétrical « normal » a fait l'objet de plusieurs études ces dernières années, amenant à une remise en question des courbes de Friedman. En 2010, Jun Zhang et ses collègues ont proposé un nouveau partogramme type à partir d'une étude rétrospective multicentrique réalisée sur 62 000 parturientes en travail spontané dans 19 hôpitaux aux Etats-Unis. Ce nouveau partogramme propose une vitesse de dilatation plus lente que celle de Friedman et situe le point d'inflexion vers une accélération du travail aux alentours de 6 cm de dilatation, avec une inflexion plus marquée pour les femmes multipares que pour les femmes nullipares (44). Cette étude a permis la proposition de nouveaux critères de diagnostic de dystocie dynamique et a été confortée par plusieurs revues de la littérature (44, 45). Il est à noter que presque la moitié des parturientes étudiées par Zhang et al. en 2010 ont reçu de l'oxytocine au cours du travail et que les trois quarts

environ ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Cette nouvelle définition des limites du travail normal correspond ainsi aux pratiques obstétricales en cours et aux caractéristiques des parturientes au moment de l'étude, qui ont fortement évolué ces dernières décennies (âge, IMC, analgésie péridurale, etc.).

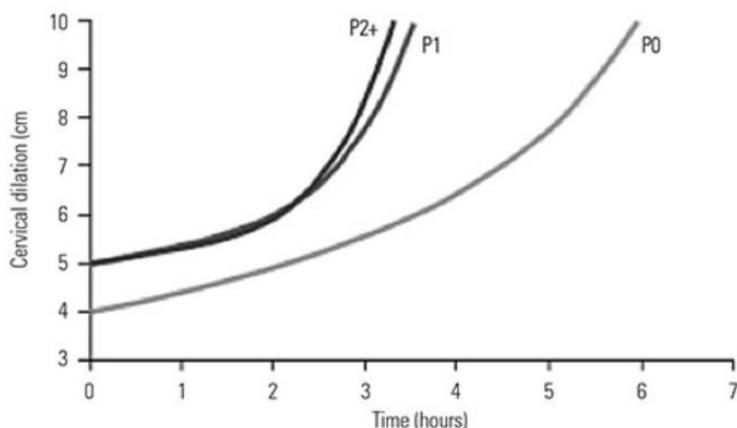


Figure 1. Progression moyenne du travail obstétrical selon la parité pour des grossesses uniques à terme avec travail spontané, accouchement par voie basse et bonne adaptation néonatale (44).

Ces nouvelles normes de progression du travail obstétrical ont joué un grand rôle dans l'évolution des recommandations des sociétés savantes sur le diagnostic de dystocie dynamique vers des critères plus libéraux.

Selon le Royal College of Midwives au Royaume-Uni, le diagnostic de dystocie est posé si la progression de la dilatation du col utérin est inférieure à 2 cm en 4 heures pour les parturientes nullipares et inférieure à 2 cm en 4 heures ou montrant un ralentissement de la dilatation pour les parturientes multipares (34).

Aux Etats-Unis, l'American College of Obstetrics and Gynecology recommande de considérer le seuil de 6 cm de dilatation cervicale pour identifier le passage en phase active du travail (35).

En France, le CNSF situe entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale la transition entre phase de latence et phase active. Il propose que la dystocie dynamique soit spécifique à la phase active et recommande de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si elle est inférieure à 1 cm/4h en début de phase active et inférieure à 1 cm/2h au-delà de 7 cm de dilatation (47).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans ses recommandations publiées en 2018, indique qu'un rythme de dilatation d'1 cm/heure au minimum au cours de la phase active est peu réaliste et trop rapide pour certaines femmes et n'est donc pas recommandé pour identifier la progression normale du travail (36).

La progression du travail doit aussi être appréciée en tenant compte de la dynamique utérine qui la sous-tend sous l'influence de nombreux facteurs parmi lesquels l'adrénaline, le stress maternel, l'immersion dans l'eau, la mobilité et la contractilité du myomètre. Une dystocie dynamique ne nécessite pas la même prise en charge selon que le myomètre est déficient à cause d'une hypoxie, qu'il est sous-stimulé à cause d'un stress maternel ou qu'il contracte correctement mais que la présentation n'applique pas suffisamment sur le col (45). La conduite à tenir en cas de diagnostic de dystocie dynamique pourra ainsi être adaptée selon la situation propre à chaque accouchement.

Des travaux récents ont évalué l'impact de l'évolution des normes du travail obstétrical sur le mode d'accouchement et les complications fœtales et néonatales. Un essai randomisé en double-aveugle publié en 2018 compare les nouvelles normes aux anciennes normes de progression du travail et trouve que l'utilisation de la nouvelle norme est associée à une diminution du taux de césarienne et à une diminution du taux et de la durée d'utilisation d'oxytocine (48). Une étude française réalisée au Centre Hospitalier de Poissy-Saint Germain en 2018 a évalué l'impact d'une modification des critères diagnostiques de la dystocie dynamique vers des critères plus libéraux dans le protocole de la maternité et a montré que la modification du protocole était associée à une réduction du taux de césariennes au cours de la 1^e phase du travail chez les patientes nullipares sans augmentation des complications fœtales ni néonatales (49). Ces données incitent à étendre l'adoption des nouvelles normes de la progression du travail obstétrical, réduisant le taux de diagnostics de dystocie afin de réduire le taux de césariennes.

1.3.4 Articulation de l'amniotomie et de la perfusion d'oxytocine et dosage de l'oxytocine

Toutes les recommandations présentées ici s'accordent à proposer, en cas de diagnostic de dystocie dynamique à membranes intactes en phase active, de réaliser d'abord une amniotomie, d'évaluer la progression du travail puis d'administrer de l'oxytocine si la progression du travail reste insuffisante.

Cependant les pratiques divergent quant à la dose d'oxytocine à administrer. En réduisant la durée du travail, une dose adaptée d'oxytocine permet de diminuer la « fatigue » fœtale due à un travail prolongé et de réduire le risque d'asphyxie fœtale. Cependant, en provoquant des contractions utérines plus intenses et plus fréquentes, une dose trop importante d'oxytocine peut augmenter le risque d'hypoxie fœtale ainsi que d'hypertonie utérine et d'hémorragie du post-partum (49, 50). Il est donc essentiel que la dose d'oxytocine administrée soit strictement définie pour permettre le ratio bénéfice/risque le plus favorable pour la mère et pour le fœtus.

Au Royaume-Uni, le NICE ne fait pas de recommandation sur la dose d'oxytocine à administrer, indiquant que cela doit faire l'objet de recherches complémentaires. Les doses utilisées dans les études varient entre 2 et 4 mUI/min de dose initiale, avec des incréments variant de 2 à 4 mUI/min. Le NICE recommande cependant de respecter un intervalle de 30 minutes minimum entre deux incréments jusqu'à l'obtention d'une dynamique utérine satisfaisante correspondant à 4-5 contractions par 10 minutes (33).

Selon les recommandations du Collège National des Sages-Femmes proposées par C. Dupont et al., la dose initiale d'oxytocine qui doit être administrée en cas de dystocie dynamique à membranes rompues est la dose minimale efficace de 2 mUI/min, à débiter une heure après la rupture des membranes, par voie veineuse périphérique et en utilisant un dispositif de contrôle du débit. Le débit d'oxytocine peut être ensuite augmenté par paliers de 2 mUI/min après un intervalle de 30 minutes minimum, jusqu'à obtention d'une dynamique utérine satisfaisante, correspondant à 4 à 5 contractions utérines de bonne intensité par 10 minutes, avec un bon relâchement entre les contractions. L'administration d'oxytocine doit être effectuée avec une surveillance du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine. En cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) liée à une hyperactivité utérine, il est recommandé d'arrêter la perfusion d'oxytocine.

Une étude norvégienne a étudié l'impact d'un programme de formation des sages-femmes et de la modification des guidelines concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Il a été montré une baisse significative de l'utilisation d'oxytocine, une baisse de la durée du traitement par oxytocine sans augmentation de la durée du travail et une baisse du taux de naissances instrumentales (52). D'autres études sont nécessaires pour explorer l'impact de l'application de ces nouvelles recommandations sur le devenir obstétrical, fœtal et néonatal.

1.4 Pratiques obstétricales en France

En 2016, une étude des pratiques concernant l'amniotomie au cours d'un travail spontané à terme dans une population à bas risque d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) a montré que 50,6% des amniotomies étaient réalisées sans indication médicale. Une heure après l'amniotomie, la dilatation cervicale et la hauteur de présentation avaient progressé de façon significative et près de 40% des patientes ont reçu de l'oxytocine dans l'heure qui a suivi l'amniotomie. Le taux d'anomalies du RCF était significativement augmenté une heure après l'amniotomie, passant de 11% à 26% des fœtus (53).

En 2010, l'utilisation de l'ocytocine pour la direction du travail spontané était très variable selon les maternités ainsi que les doses administrées. Certaines maternités pratiquaient ainsi une direction du travail par l'ocytocine pour une grande proportion des patientes admises en salle de naissance en début de travail (76% dans les maternités privées, 66% dans les maternités de type I). Dans d'autres maternités l'ocytocine était utilisée de façon beaucoup moins fréquente dans cette indication (59% dans les maternités publiques, 59% dans les maternités de type III) (3). Dans les maternités qui avaient mis en place un protocole d'utilisation de l'ocytocine pour la direction du travail spontané à partir des recommandations du CNGOF publiés en 2007 et de la littérature, plusieurs travaux ont observé que les pratiques en salle de naissance s'éloignent fréquemment des protocoles mis en place (37, 53, 54).

En revanche, une comparaison des pratiques avant et après la mise en place d'un protocole d'administration d'ocytocine, réalisée à l'hôpital Louis Mourier de Colombes, montre que le recours à l'ocytocine a été globalement réduit de 45,5% à 31,1% des accouchements avec une réduction d'un facteur deux du pourcentage de patientes ayant reçu une perfusion d'ocytocine sans en présenter d'indication (56), suggérant que la mise en place de protocoles obstétricaux dans les maternités françaises peut faire évoluer les pratiques.

1.5 Contraintes organisationnelles en salle de naissance

Dans une enquête relative aux maternités réalisée en 2015, la Cour des Comptes évoque la restructuration résultant du sous-financement structurel des maternités avec la suppression de plus de 20% des établissements en 10 ans, essentiellement des établissements de petite taille. En effet les maternités, soumises à la tarification à l'acte avec une déconnexion entre les tarifs perçus et les coûts réels, ne peuvent trouver un équilibre qu'à partir de 1 100 à 1 200 accouchements par an (57). Dans ce contexte, certaines maternités ont connu une forte augmentation du nombre de naissances ces dernières années et il est possible que le personnel ressente le besoin de gérer activement le travail de certaines patientes à bas risque pour rendre le personnel et les salles disponibles rapidement. Également, l'organisation recommandée dans plusieurs pays selon laquelle chaque parturiente bénéficie des soins d'un sage-femme lui étant exclusivement dédiée n'est pas en place en France. Les sages-femmes françaises prennent ainsi fréquemment en charge deux ou trois patientes en même temps et pourraient être incitées à moduler la durée du travail de leurs patientes pour s'assurer de leur disponibilité vis-à-vis de chacune d'entre elles.

1.6 Question de recherche

Depuis la publication des recommandations du CNSF en décembre 2016, de nombreuses maternités ont adapté leur pratique mais il persiste une certaine hétérogénéité entre maternités. Quelle sont les motivations de la direction du travail spontané par les sages-femmes et quels sont les facteurs influençant cette conduite ? Les recommandations publiées en décembre 2016 ont-elles permis une évolution des pratiques liées à la direction du travail spontané ? Quels sont les freins qui pourraient exister à l'application des recommandations dans certaines maternités ?

1.7 Objectif de l'étude

Pour répondre à ces questions, ce travail vise à mieux comprendre les motivations de la direction du travail spontané par les sages-femmes et à identifier les facteurs influençant cette pratique.

1.8 Hypothèses

Hypothèse 1 : Il y a une méconnaissance des effets indésirables liés à l'amniotomie et à l'utilisation d'oxytocine au cours du travail. De nombreux professionnels ont appris au cours de leur formation et de leurs années d'exercice en maternité des pratiques qui ne sont aujourd'hui plus recommandées.

Hypothèse 2 : La disponibilité des ressources en salle de naissance (personnel, salles d'accouchement) peut inciter le personnel à accélérer le travail obstétrical en l'absence de dystocie afin de rendre au plus vite salle de naissance et personnel disponibles pour les parturientes suivantes.

2. Méthodologie

2.1 Recueil de données

Nous avons réalisé une étude qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs auprès de sages-femmes exerçant en salle de naissance. Nous avons étudié les pratiques dans deux maternités d'Ile-de-France, en réalisant 18 entretiens au total. Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants et retranscrits de manière anonyme pour être analysés thématiquement. Le guide d'entretien a été testé par pré-enquête (3 entretiens) et est présenté en annexe 1.

Une autorisation éthique n'a pas été nécessaire dans le cadre de l'amendement de mai 2017 à la loi Jardé.

Les entretiens ont été conduits d'octobre 2018 à février 2019. La maternité A est une maternité de type 2b réalisant entre 2 500 et 3 000 naissances annuelles. La maternité B est une maternité de

type 3 réalisant entre 5 000 et 5 500 naissances annuelles. Les deux maternités font partie de centres hospitaliers non universitaires et sont situées en « grande couronne » de l'Ile de France.

2.2 Analyse de données

Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit. Un code a été attribué à chacun des entretiens, de A1 à A9 et de B1 à B9 selon le lieu d'exercice des sages-femmes. Les verbatims ont ensuite été analysés thématiquement, chaque thème ayant fait l'objet d'un tableau. Une analyse quantitative a été également réalisée pour chaque question posée aux sages-femmes, malgré la petite taille de l'échantillon. Bien que les entretiens aient été menés puis retranscrits de façon rigoureuse, plusieurs réponses ont été traitées de façon quantitative puis mises en lien avec les données qualitatives. Ceci est sans doute lié aux habitudes de travail de l'auteure de ce mémoire, pour qui cette plongée dans la recherche qualitative a été une découverte et s'est avérée être un défi passionnant. Concernant les données qualitatives, la saturation analytique a été atteinte.

Les données quantitatives relatives aux caractéristiques démographiques des sages-femmes participantes ont été comparées par des tests de Student bidirectionnels.

Pour rechercher des tendances compatibles avec nos hypothèses de travail, les réponses des sages-femmes ont été analysées au regard de leur maternité d'exercice et de leur ancienneté d'exercice en salle de naissance.

3. Résultats

L'analyse thématique des entretiens nous a permis d'identifier quatre thèmes principaux. Tout d'abord, il est ressorti que les sages-femmes souhaitent vivement respecter la physiologie du travail obstétrical spontané et ne réalisent pas d'intervention systématique. Elles souhaitent également aider leurs patientes à vivre une expérience positive de leur accouchement en les informant, en les accompagnant et en leur fournissant un soutien émotionnel. En revanche, leurs pratiques ne sont pas toujours conformes aux recommandations. Cela concerne particulièrement le diagnostic de dystocie, l'information et le consentement des parturientes au sujet des interventions proposées. Par ailleurs, les sages-femmes ont peu accès à la littérature scientifique et ne disposent pas de cadre de discussion au sein de l'équipe médicale concernant leurs pratiques. Enfin, l'organisation des soins exerce une forte pression sur les sages-femmes, impactant leurs prises en charge.

Nous allons présenter les profils des sages-femmes ayant participé à l'étude, puis chacun des quatre thèmes issus de l'analyse thématique du contenu des entretiens.

3.1 Profils des sages-femmes ayant participé à l'étude

9 sages-femmes ont participé à l'enquête dans chaque maternité, avec des caractéristiques démographiques similaires dans chaque groupe. Leur âge moyen était de 30,5 ans (maternité A : âge médian 30,7 ans ; maternité B : âge médian 30,3 ans ; $p=0,92$). Leurs dates de diplôme variaient entre 1998 et 2018 (médiane 2015 ; $p=0,85$), elles exerçaient en salle de naissance depuis une durée moyenne de 6 années, dont une durée moyenne de 5,25 années à leur poste actuel, sans différence significative entre les sages-femmes des deux maternités.

15 sages-femmes ont été formées en France et 3 sages-femmes ont été formées dans un autre pays européen (1 en Belgique et 2 en Suisse).

3.2 Pratiques obstétricales dans les maternités d'exercice

3.2.1 Niveaux ressentis d'activité dans les maternités d'exercice

L'activité dans la maternité A, de type 2B, est jugée moyenne (4 sages-femmes) ou forte (5 sages-femmes). L'activité dans la maternité B, de type 3, est jugée comme étant forte par toutes les sages-femmes interrogées.

Les sages-femmes de la maternité A se sentent également globalement plus disponibles pour assurer la prise en charge de leurs parturientes que les sages-femmes de la maternité B, et sont plus nombreuses à trouver les effectifs en salle de naissance adaptés à la charge de travail.

	Oui	Moyennement, selon les gardes	Non
MATER A	4	4	1
MATER B	1	5	3

Vous sentez-vous globalement disponible pour assurer la prise en charge de vos parturientes ?

	Oui	Non
MATER A	4	5
MATER B	1	8
ENSEMBLE	5	13

Les effectifs de sages-femmes / infirmières/ AS vous paraissent-ils adaptés à la charge de travail ?

3.2.2 Des pratiques de direction du travail spontané globalement perçues comme homogènes

A la question, « *Les pratiques des sages-femmes de cette maternité sur la direction du travail spontané sont-elles à votre avis plutôt homogènes ou hétérogènes ?* », dans chacune des deux maternités 7 sages-femmes sur les 9 interrogées ont répondu que les pratiques des sages-femmes sont plutôt homogènes dans leur établissement.

Au moment des entretiens, les deux maternités avaient mis en place un protocole concernant la préparation de l'oxytocine et les débits de perfusion. Toutes les sages-femmes en avaient connaissance hormis une sage-femme de la maternité B. Concernant la définition de la stagnation de la dilatation et la décision de direction du travail, aucune des deux maternités n'avait alors de protocole en place.

3.3 Une volonté de respecter la physiologie du travail et de favoriser le bien-être des parturientes

La grande majorité des sages-femmes a indiqué respecter la physiologie du travail spontané en intervenant le moins possible.

3.3.1 Privilégier le déroulement physiologique du travail

A la question ouverte qui invitait les sages-femmes à synthétiser leur prise en charge d'un travail obstétrical spontané d'un singleton en présentation du sommet à partir du passage en salle de naissance, la majorité des sages-femmes a mentionné spontanément la mobilisation de leurs patientes : déambulation, ballon, changements de positions. Seules 2 sages-femmes ont mentionné la possibilité pour les patientes de prendre un bain ou une douche. Ceci s'explique pour les répondantes de la maternité B par le fait que celle-ci ne dispose que d'une douche située en salle de pré-travail et qui n'est donc plus accessible aux patientes après leur passage en salle de naissance, mais est moins évidente dans la maternité A qui dispose d'une baignoire dans l'espace naissance.

Concernant les interventions pratiquées, elles étaient beaucoup moins évoquées dans ce récit de synthèse puisque seule une sage-femme a mentionné la pose d'une analgésie péridurale, 2 sages-femmes ont mentionné une rupture artificielle des membranes et une sage-femme a indiqué poser une perfusion d'oxytocine au cours du travail.

La grande majorité des sages-femmes a exprimé son adhésion aux recommandations du CNSF conduisant à un plus grand respect de la physiologie du travail spontané.

Interrogées sur l'influence d'une forte activité en salle de naissance sur leur prise en charge d'un travail physiologique, les sages-femmes ont majoritairement répondu qu'une charge importante de travail de l'équipe de salle de naissance pourrait retarder le moment de la pose de péridurale, et les amener à espacer leurs examens et leurs interventions pourvu que le travail reste physiologique. A noter que les deux maternités disposent d'une télétransmission des données de cardiocographie permettant aux sages-femmes de s'assurer à distance du bien-être fœtal et de la dynamique utérine et d'intervenir en cas de signaux pathologiques.

« Parfois on se dit il faudrait que j'aïlle rompre mais entre-temps il se passe un autre truc. Il peut y avoir du retard à la mise en route de certains trucs. » (SFA6)

« En travail spontané on voit les dames peut-être moins souvent. Ça dépend du contexte, à la limite je vais avoir plus d'accouchements en pré-travail parce qu'il y aura moins de salles disponibles donc plus de choses physiologiques au final. » (SFA9)

« Parfois il y a des touchers vaginaux (TV) qui sont faits tous toutes les 3h parce qu'on est complètement débordées. Ça va plutôt retarder. » (SFA8)

« S'il y a plein d'activité on peut passer quelque chose en priorité avant, du coup ça va plutôt rallonger le délai de réalisation des actes. » (SFB8)

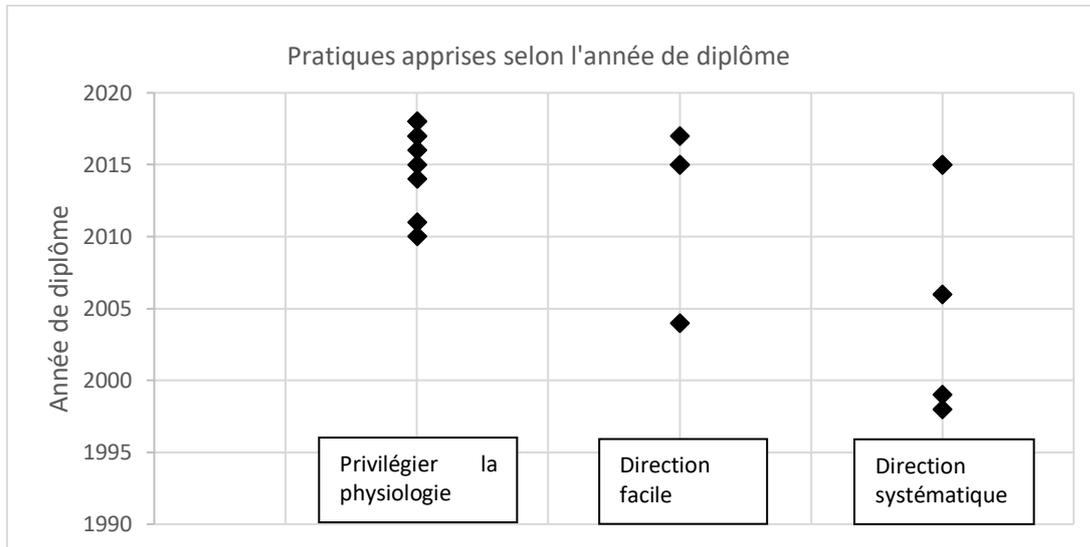
Interrogées sur l'influence d'une forte activité en salle de naissance sur la direction du travail spontané, les sages-femmes ont majoritairement répondu qu'en l'absence de pathologie une charge de travail forte les amènerait à retarder une amniotomie plutôt que la réaliser plus précocement :

« La gestion du travail en salle peut un peu jouer sur la rupture. » (SFA6)

« Si par exemple j'ai une multipare et beaucoup de travail, j'éviterai de rompre si je sais que je ne pourrai pas assurer l'accouchement derrière. » (SFA7)

« Par exemple une multipare qui avance doucement et la salle qui était blindée je me suis d'abord occupée des autres patientes puis j'ai rompu quand j'avais plus de temps pour cette patiente, sachant que ça pouvait être rapide après. » (SFB8)

La majorité des sages-femmes rapporte avoir appris durant ses études à respecter la physiologie du travail spontané. On note un effet de l'année de diplôme sur les pratiques apprises : parmi les 8 sages-femmes diplômées avant 2015, 4 ont appris durant leurs études à réaliser une direction systématique du travail spontané, ce qui est le cas d'une seule sage-femme parmi les 10 sages-femmes diplômées à partir de 2015.



3.3.2 Des interventions réservées aux situations sortant de la physiologie du travail spontané.

Plusieurs sages-femmes ont indiqué proposer une analgésie péridurale dans des situations associées à un risque augmenté de complications : les anomalies du rythme cardiaque fœtal, la direction du travail, la suspicion de macrosomie et l'utérus cicatriciel.

Interrogées sur les situations dans lesquelles elles proposent une RPDE à une parturiente, 17 sages-femmes sur les 18 interrogées réalisent une amniotomie si elles ont identifié une stagnation de la dilatation cervicale. Les autres situations mentionnées sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) (6 sages-femmes), une faible dynamique utérine (4 sages-femmes), le besoin de visualiser la couleur du liquide (3 sages-femmes), le souhait de faciliter la descente du mobile fœtal (2 sages-femmes), l'apparition de métrorragies (1 sage-femme), le début des efforts expulsifs (1 sage-femme) et le souhait de la patiente (1 sage-femme). Aucune n'a mentionné réaliser une amniotomie systématique.

Interrogées sur leur utilisation d'oxytocine au cours des deux premières phases du travail spontané, aucune des sages-femmes interrogées n'a indiqué utiliser systématiquement l'oxytocine. Elles proposent unanimement une perfusion d'oxytocine en cas de stagnation de la dilatation cervicale,

en cas de non-progression du mobile fœtal dans la 2e phase du travail (8 sages-femmes), d'hypocinésie de fréquence (6 sages-femmes), ainsi que dans des situations dans lesquelles un travail prolongé risque d'être préjudiciable au fœtus : anomalies du RCF (2 sages-femmes) et hyperthermie maternelle (2 sages-femmes).

Interrogées sur la pertinence des recommandations du CNSF portant sur la direction du travail spontané, 17 sages-femmes sur les 18 interrogées ont répondu qu'elles trouvaient ces recommandations tout-à-fait pertinentes.

3.3.3 Une volonté de favoriser le bien-être des parturientes et une expérience positive de l'accouchement.

Les discours des sages-femmes intégraient de nombreux éléments indiquant qu'elles étaient très attentives au bien-être de leurs parturientes, particulièrement quant à la prise en charge de la douleur, la possibilité de se mobiliser, l'information des parturientes et la durée de séjour en salle de naissance.

L'ensemble des sages-femmes interrogées a indiqué proposer une analgésie péridurale si la patiente le souhaite et/ou si elle est algique. Aux patientes sans analgésie pour lesquelles elles réalisaient une direction du travail, plusieurs sages-femmes ont mentionné proposer une analgésie péridurale avant de pratiquer une amniotomie.

Plusieurs sages-femmes ont mentionné qu'une durée prolongée du séjour des parturientes en salle de travail pouvait avoir un impact négatif sur le bien-être et le ressenti des parturientes.

« [Ne pas intervenir lors d'un travail long mais physiologique] me paraît vraiment très long parce que du coup ça veut dire que c'est une dame qui va rester longtemps en salle de naissance longtemps sous péridurale je pense que du coup la nécessité de la mobiliser est plus grande parce que pour moi ce n'est pas très bon qu'elle soit toujours dans la même position pendant des heures et des heures. » (SFA5)

« On ne peut pas laisser une dame 24 heures en salle de travail et même pour la dame je pense que c'est un peu inhumain, généralement quand on parle de travail elles sont laissées à jeun, on voit déjà celles qui ont 12 heures de travail elles sont épuisées donc les laisser plus que ça... » (SFB9)

Une sage-femme a établi un lien entre la qualité du soutien apporté aux parturientes et le bon déroulement du travail physiologique :

« Je pense que le fait d'avoir le temps, de prendre le temps avec les patientes, de discuter, de leur expliquer ce qui se passe ça les met en confiance et je pense qu'elles sont peut-être un peu plus prêtes, plus ouvertes à accoucher, à se préparer à l'accouchement et ça peut influencer la rapidité du travail. » (SFA5)

3.4 Des pratiques qui ne sont pas toutes en adéquation avec les recommandations

3.4.1 Examen cervical

Concernant la réalisation des TV en cours de travail, la majorité (15 sages-femmes) a indiqué réaliser un TV horaire, 3 sages-femmes avec un intervalle d'1h30 et seules 2 sages-femmes ont indiqué adapter leurs fréquences de TV à l'avancée du travail et aux facteurs de risque. Selon les recommandations de bonnes pratiques publiées en 2017 par la HAS concernant l'accouchement normal, il est recommandé de proposer un TV toutes les deux à quatre heures au cours du travail, ou avant si la patiente le demande, ou en cas de signe d'appel lors du premier stade du travail. Ces recommandations récentes sont encore peu suivies.

3.4.2 Définition de la stagnation

La moitié des sages-femmes distingue les durées correspondant à une stagnation selon une « phase de latence » et une « phase active » du travail (4 sages-femmes de la maternité A et 5 sages-femmes de la maternité B). Parmi les sages-femmes distinguant deux phases, la majorité situe le début de la phase active à 5 cm de dilatation, une sage-femme la situe plus précocement à 3 cm et 2 sages-femmes la situent plus tardivement à 6 cm ou 7 cm.

Seule une minorité des sages-femmes interrogées applique la définition de phase de latence et de phase active proposée par le CNSF et par la HAS.

Concernant la phase de latence, toutes les sages-femmes interrogées ont indiqué qu'une dystocie dynamique pouvait apparaître et nécessiter une intervention dès 3 cm de dilatation. La majorité des sages-femmes pose un diagnostic de dystocie dynamique après une durée de 1 ou 2 heures sans modification cervicale, mais une partie des sages-femmes indique une durée de 4 ou 5h. Dans ses recommandations publiées en 2016, le CNSF nous indique que le diagnostic de dystocie du travail est inapproprié au cours de la phase de latence.

Au cours de la phase active, la majorité des sages-femmes pose un diagnostic de dystocie dynamique après une durée de 2h sans modification cervicale, et 5 sages-femmes indiquent une durée de 1h. Il est à noter que 4 de ces 5 sages-femmes exercent dans la maternité B. Ces données

suggèrent que les sages-femmes de la maternité B se laissent moins de temps que les sages-femmes de la maternité A avant de diagnostiquer une stagnation.

Aucune des sages-femmes interrogées n'a mentionné de 2^e point d'inflexion dans le déroulement du travail spontané.

3.4.3 Modalités de direction du travail

Concernant le débit de perfusion d'oxytocine, la grande majorité des sages-femmes interrogées débute la perfusion d'oxytocine à un débit de 2 mUI/min et l'augmente par paliers de 2 mUI/min, ce qui correspond aux recommandations du CNSF. Toutes les sages-femmes stoppent la perfusion d'oxytocine en cas d'apparition d'anomalies du RCF et/ou d'hypertonie utérine, ce qui est également conforme aux recommandations.

En revanche concernant les variations du débit de perfusion d'oxytocine les recommandations sont moins appliquées : un tiers des sages-femmes augmente le débit d'oxytocine après un intervalle de 15 à 20' plutôt que les 30' recommandées, et seule la moitié des sages-femmes diminue ou stoppe le débit d'oxytocine lorsque la dynamique utérine est devenue satisfaisante. Six sages-femmes, soit le tiers de notre échantillon, n'augmentent le débit qu'en cas de persistance de la stagnation après un réexamen du col. Les pratiques sont donc assez hétérogènes concernant l'augmentation du débit d'oxytocine. Néanmoins pour la majorité des sages-femmes, la dynamique utérine influence la décision de moduler le débit d'oxytocine.

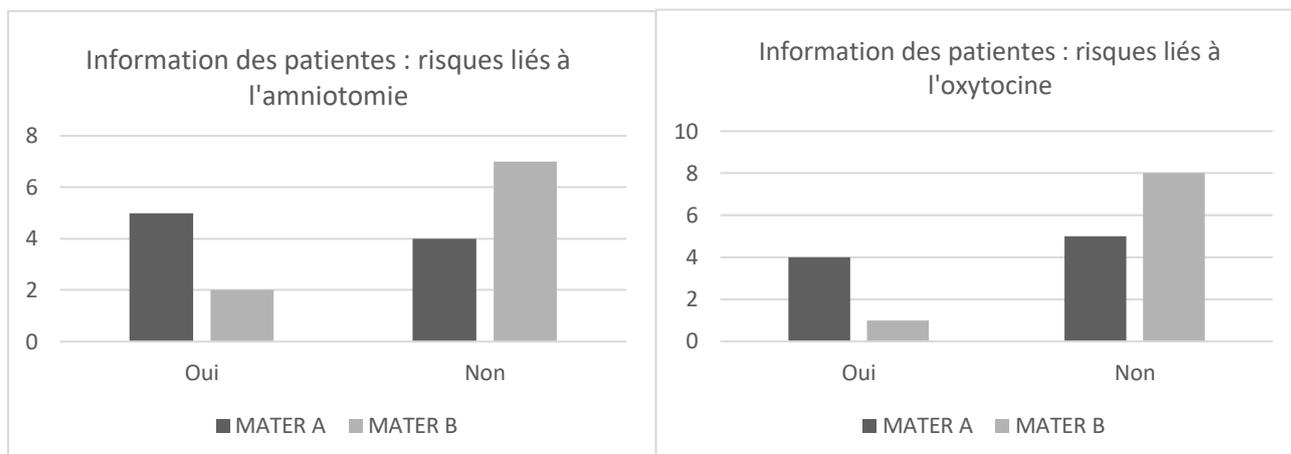
La majorité des sages-femmes interrogées ne diminue jamais le débit de perfusion d'oxytocine. Seules 2 sages-femmes le diminuent dès l'obtention d'une bonne dynamique ou dès le constat d'une augmentation de la dilatation. Sur ce point les recommandations du CNSF sont peu appliquées.

3.4.4 Information des parturientes

Seule une partie des sages-femmes informent les patientes des risques associés à l'amniotomie et la perfusion d'oxytocine. L'information est plus fréquemment donnée par les sages-femmes de la maternité A que par les sages-femmes de la maternité B.

Concernant l'information des patientes relative aux risques associés à l'amniotomie et à la perfusion d'oxytocine au cours du travail spontané, 7 sages-femmes ont déclaré informer leurs patientes au sujet des risques liés à l'amniotomie et 5 sages-femmes ont déclaré informer leurs

patientes au sujet des risques liés à l'administration d'oxytocine. Les patientes sont ainsi informées dans un tiers des cas au sujet des risques liés à la direction du travail spontané.



Si l'on compare les habitudes des sages-femmes des deux maternités étudiées, la moitié des sages-femmes de la maternité A informent leurs patientes des risques associés à leur intervention, mais seules 1 à 2 sages-femmes de la maternité B le font. En revanche les sages-femmes interrogées informent leurs patientes des raisons de leur intervention, de l'effet attendu et du suivi qui sera réalisé.

« Je leur explique pourquoi je vais rompre et pourquoi je peux prendre certaines précautions notamment sur des présentations hautes pourquoi une collègue va me tenir le bébé pour pas que le cordon passe en avant [...] mais dans un travail très physio ou la présentation est très fixée et il n'y a quasiment pas de risque de procidence non je n'informe pas trop mes patientes. » (SFA8)

« Oui pour le syntocinon j'explique bien qu'elles auront plus de contractions, et j'explique bien qu'il peut y avoir le risque que bébé supporte moins bien et que ça augmente un peu le risque de césarienne. » (SFA7)

« Quand je passe sur la deuxième seringue [d'oxytocine], je leur en parle mais comme je leur dirais si le travail est très long, ça fait partie des choses dont je leur parle en leur disant « écoutez le travail est long ça lutte, l'utérus risque d'être fatigué, après la naissance il y a une possibilité que vous saigniez, mais je ne le mets pas forcément sous le nom du Syntocinon, je dis plus que c'est lié à la dynamique utérine et lié au travail, ce qui est corrélé. » (SFB2)

3.4.5 Accompagnement des parturientes

Interrogées sur les conséquences d'une forte activité en salle de naissance sur la prise en charge de leurs parturientes, les sages-femmes ont massivement mentionné qu'elles devraient sacrifier le

temps passé à informer, accompagner et soutenir leurs parturientes, ce qu'elles regrettent vivement.

« Ce qui est influencé c'est le temps qu'on va passer auprès de la patiente pour la soutenir et l'accompagner donc effectivement on va peut-être mettre une péridurale plus tôt parce qu'on ne peut pas l'accompagner pour gérer sa douleur. » (SFA3)

« Ça va modifier le temps consacré à chaque patiente c'est plus dans le relationnel, c'est pouvoir se poser, c'est quand même des moments importants donc il faut essayer d'établir une relation de confiance. [...] C'est important de mettre la patiente à l'aise et c'est un moment important pour elle donc il faut quand même rendre ça un peu inoubliable. » (SFB9)

« Je pense qu'on a plus de temps pour chaque patiente, pour lui expliquer bien les choses, faire correctement les choses, quand on ne court pas partout. » (SFB3)

« Si on a une activité forte avec beaucoup de patientes à gérer forcément on est moins disponible pour être soutenant sur tous les travaux eutociques. On est un niveau 3, on a des grosses pathologies donc fatalement on va mettre l'accent là où l'urgence est, donc clairement il y a des moments où l'on ne prend pas en charge correctement, je ne parle pas d'un point de vue médical mais plus d'un point de vue psychologique, le travail spontané de patientes pour qui tout va bien. » (SFB2)

« [Une forte activité en salle de naissance] influence le fait qu'on soit des robots, qu'on coure dans tous les sens, et qu'il n'y ait pas forcément tout le temps un bon suivi pour surveiller ce qui se passe, la pathologie, et l'accompagnement pour pouvoir discuter, prendre le temps d'expliquer, d'informer. On a un rôle d'accompagnant aussi qu'on ne fait pas beaucoup, on est beaucoup à courir à droite à gauche en fait. » (SFB4)

3.4.6 Question du consentement

Au sujet du consentement des parturientes à l'administration d'oxytocine, la majorité des sages-femmes (13 sages-femmes sur 18) ne recueille pas le consentement des parturientes avant de leur administrer du Syntocinon®. Les entretiens montrent qu'elles expliquent à leurs patientes la raison pour laquelle elles posent une perfusion de Syntocinon®, et sont à l'écoute des réactions de leurs parturientes. *« Je leur explique, je ne vais pas leur dire "vous êtes d'accord ?". Je ne leur demande pas leur autorisation en soi. Après si une patiente refuse catégoriquement j'aurais plus tendance à en rediscuter, à revoir ma prise en charge et à en rediscuter avec le gynéco. », « Je leur explique quelle est la raison pour moi, il y a toujours une très bonne raison donc comme je la leur explique elles ne refusent pas » (SFA7).*

Il n'est pas observé de différence particulière entre les sages-femmes des maternités A et B sur ce point.

	Oui	Non
MATER A	3	6
MATER B	2	7
ENSEMBLE	5	13

Demandez-vous leur consentement aux parturientes avant de leur administrer du Syntocinon® ?

L'analyse des entretiens permet ainsi de souligner une confusion entre information et consentement : « *Je ne leur ai jamais dit 'est-ce que vous êtes d'accord ?' mais dans l'ensemble je pars du principe que quand on explique, si la personne n'est pas en accord avec ce qu'on leur explique elle va le dire.* », « *Je leur parle de ce que je vais faire mais je ne leur demande pas forcément si elles sont d'accord.* » (SFB2). Les sages-femmes accordent beaucoup d'importance au fait d'informer leurs patientes sur le déroulement du travail et les interventions proposées : « *Je leur en parle de manière systématique, je les informe avant de le mettre, je ne fais jamais dans leur dos* » (SFB2). Elles disent qu'elles observent les réactions des patientes et prennent le temps de répondre à leurs questions mais elles ne recueillent pas explicitement le consentement des patientes à se voir administrer une perfusion d'oxytocine : « *Je leur explique avant de le poser, après dans la discussion avec la patiente on sent tout de suite si c'est favorable ou pas.* » (SFB9)

3.5 Actualisation des connaissances des sages-femmes et accès aux ressources documentaires

3.5.1 Connaissance des risques liés aux interventions réalisées

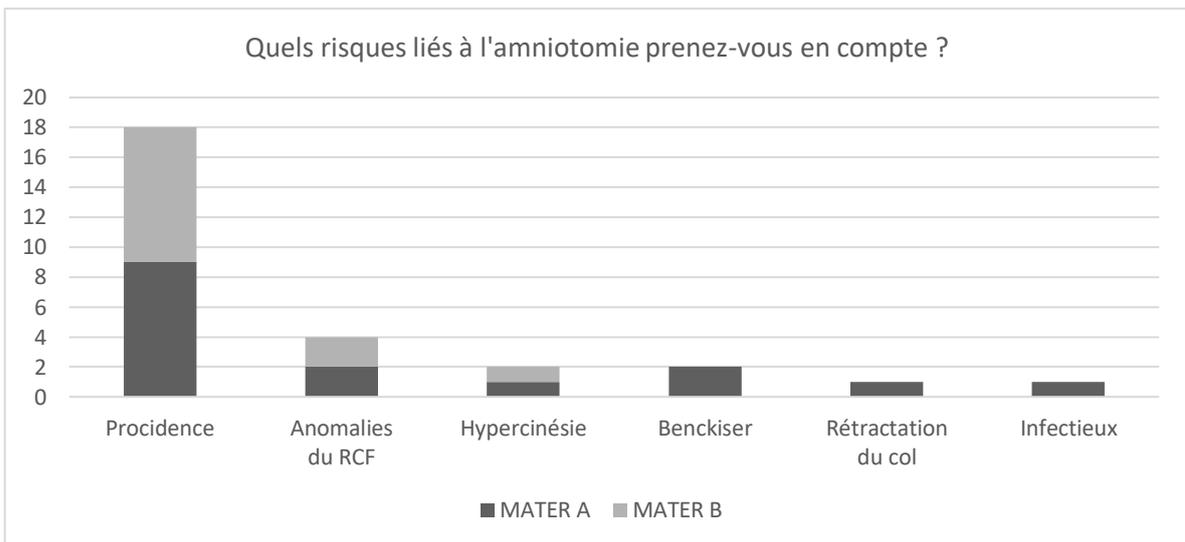
Les bénéfices attendus par les sages-femmes pour l'amniotomie et l'oxytocine correspondent à leurs indications, à l'exception de la visualisation de la couleur du liquide (pour la réalisation d'une amniotomie, mentionnée par 5 sages-femmes), qui ne fait pas partie des indications recommandées.

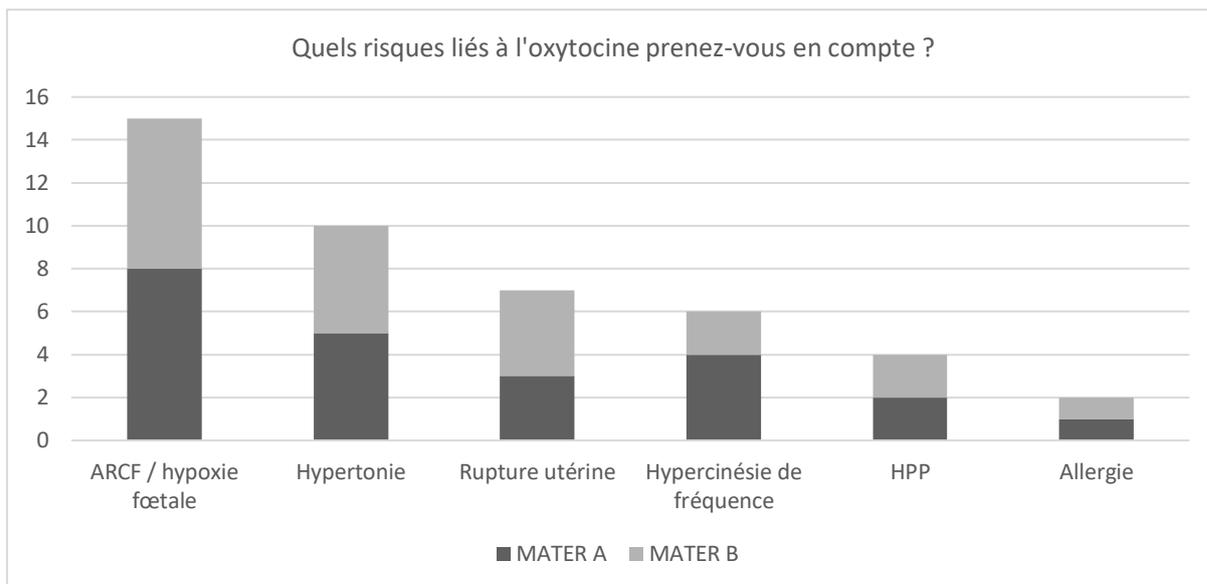
Interrogées sur les risques pris en compte dans leur décision de réaliser une amniotomie, la totalité des sages-femmes a mentionné le risque de procidence. En effet le risque de procidence lié à la hauteur de présentation a une influence sur le choix de réaliser une direction du travail en commençant par une amniotomie ou par une perfusion d'oxytocine. Interrogées sur l'ordre entre amniotomie et perfusion d'oxytocine, la majorité des sages-femmes déclarent que sur une présentation haute elles préféreront commencer par mettre en place une perfusion d'oxytocine dans l'objectif d'améliorer l'application de la présentation puis réaliser une amniotomie seulement lorsque la présentation est appliquée sur le col, afin de réduire le risque de procidence du cordon ombilical.

Seule une minorité des sages-femmes interrogées ont mentionné les risques d'ARCF, d'hémorragie de Benckiser et le risque infectieux. Ces risques ne sont pas mentionnés parmi les risques ayant une influence sur la décision de réaliser ou non une amniotomie, mais on peut émettre l'hypothèse que si la question posée avait été « *Quels sont les risques liés à l'amniotomie ?* », les réponses auraient été plus exhaustives. Il semble que les sages-femmes considèrent, lorsqu'elles prennent la décision de réaliser une amniotomie, que la direction du travail est médicalement indiquée et que les risques hors procidence ne remettront pas en question leur décision.

Concernant les risques liés à la perfusion d'oxytocine au cours du travail, les risques d'anomalies du RCF et/ou d'hypertonie ont été mentionnés par toutes les sages-femmes. Le risque d'extraction instrumentale n'a pas été mentionné, mais peut être relié au risque d'anomalie du RCF.

Le risque maternel d'hémorragie du post-partum n'a été mentionné que par 4 sages-femmes.





3.5.2 Connaissance des recommandations du CNSF au sujet du travail spontané

Les sages-femmes interrogées pour cette recherche ont une bonne connaissance des recommandations du CNSF au sujet de la direction du travail spontané. Seules les durées sans modifications cervicales permettant de diagnostiquer une dystocie dynamique sont moins bien connues des sages-femmes.

15 sages-femmes ont répondu avoir connaissance des recommandations du CNSF concernant la définition de la dystocie dynamique et 17 sages-femmes avaient connaissances des recommandations portant sur le débit de perfusion d'ocytocine. Il est à noter que parmi les 6 sages-femmes diplômées à partir de 2016, toutes avaient connaissance des recommandations.

	Définition de la stagnation		Débit et paliers de perfusion d'ocytocine	
	Oui	Non	Oui	Non
MATER A	8	1	8	1
MATER B	7	2	9	0
ENSEMBLE	15	3	17	1

Avez-vous connaissance des recommandations du CNSF au sujet de la direction du travail spontané ?

3.5.3 Discussions des recommandations au sein de l'équipe obstétricale

Un staff dédié à la présentation et discussion de ces recommandations par une des sages-femmes de la maternité s'est tenu dans la maternité A quelques mois avant les entretiens. 7 sages-femmes

en avaient eu connaissance. Parmi les sages-femmes interrogées de la maternité B, 3 sages-femmes ont répondu avoir eu des discussions informelles à ce sujet.

Concernant leur participation au staff d'obstétrique, 8 sages-femmes sur les 18 interrogées ont déclaré ne jamais participer au staff (4 dans chaque maternité). Seules 3 sages-femmes ont déclaré y participer au moins une fois par mois.

3.5.4 Accès à des revues professionnelles

Les sages-femmes interrogées avaient accès à la revue *Contact* éditée par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, mais n'avaient pas accès à des revues scientifiques à comité de lecture comme la revue *sage-femme*, ou la revue de gynécologie en langue française, ni à la littérature internationale.

3.6 Impact de l'organisation des soins sur les pratiques

Aucune sage-femme n'a mentionné spontanément l'organisation des soins parmi les facteurs influençant sa décision de réaliser une direction du travail. Et pourtant l'analyse des entretiens a montré que celle-ci était omniprésente dans leur manière d'organiser leur travail.

3.6.1 Gestion du temps entre ses différentes parturientes

Ainsi le nombre de parturientes prises en charge par chaque sage-femme peut être déterminant :

« Si j'ai par exemple deux dames qui sont sur le point d'accoucher et que la troisième est éventuellement à poche intacte, je vais faire en sorte de ne pas me retrouver avec trois dames qui accouchent en même temps. La gestion du travail en salle peut un peu jouer sur la rupture. » (SFA6)

« Si c'est une multipare et que je sens que si je romps elle va accoucher, effectivement si je dois m'installer sur un accouchement d'une primipare je ne vais pas rompre tout de suite. » (SFA9)

« Je vais peut-être patienter avant de mettre les choses en route sachant que je vais peut-être aller accoucher une autre dame plutôt que de commencer une direction pour essayer que ça aille plus vite parce que ça peut échapper à notre contrôle. Je vais peut-être attendre 1h pour rompre chez une patiente parce que je sais que je vais d'abord accoucher mon autre patiente pour éviter d'avoir à accoucher plusieurs patientes en même temps. » (SFB9)

2 sages-femmes ont répondu qu'une charge importante de travail peut les inciter à réaliser une amniotomie avant que le diagnostic de dystocie dynamique soit posé.

« Oui aussi ça nous arrive parfois, avec des dames sous péridurale, de rompre pour que ça aille plus vite. Il ne faut pas oublier qu'on travaille dans une grosse maternité et que malheureusement il faut que ça aille vite. Ça dépend de la surcharge de la salle. » (SFB7)

3.6.2 Position des obstétriciens du service

Dans les deux maternités, les sages-femmes interrogées ont indiqué se sentir autonomes dans leur prise en charge du travail spontané et ne pas solliciter systématiquement l'avis du médecin avant de pratiquer une direction du travail en cas de dystocie dynamique.

Une partie des obstétricien(ne)s rencontrent également les contraintes décrites par les sages-femmes quant à la gestion de leur temps entre leurs patientes, et ils sont décrits comme étant plutôt favorables à une direction du travail. Les sages-femmes de la maternité A décrivent les obstétricien(ne)s comme favorables au déroulement physiologique du travail, malgré un recours récurrent à des obstétriciens intérimaires qui favorise des discours divergents.

Dans la maternité B, 6 sages-femmes ont décrit une forte hétérogénéité des avis des obstétriciens au sujet de la direction du travail spontané, et seule une sage-femme a répondu que les obstétriciens du service étaient plutôt favorables à une prise en charge du travail spontané dans le respect de la physiologie.

« Certains médecins disent au niveau des nouvelles recommandations que c'est vraiment du temps passé en salle, que ça augmente les travaux longs et cætera et vu l'activité qui augmente de la salle, c'est vraiment compliqué de garder une dame pendant 12h en salle de naissance. » (SFA4).

« [La position des obstétriciens] c'est de faire en sorte qu'on libère les salles rapidement donc à mon avis c'est de faire des ruptures et du syntocinon. Parce que quand on a un travail spontané qui se dilate à 1 cm par heure on a souvent des réflexions selon lesquelles on aurait pu mettre du syntocinon. » (SFB4)

« Parfois on nous dit que l'on aurait dû rompre plus tôt, que l'on aurait dû mettre du syntocinon. Je pense qu'il faut que ça aille vite mais après quand tout va bien on nous laisse faire le travail physiologique sans mettre de syntocinon, en utilisant des positions. » (SFB7)

	Pro-physio	Pro-direction	Variable selon obstétricien(ne)
MATER A	5	2	2
MATER B	1	2	6
ENSEMBLE	6	4	8

Quelle est la position des obstétriciens du service ?

Questionnées sur la pertinence des recommandations du CNSF sur la prise en charge du travail spontané, plusieurs sages-femmes ont fait référence aux décisions prises par les obstétriciens de direction du travail ou d'extraction par césarienne lorsqu'un diagnostic de dystocie dynamique est posé.

« Oui très bien et puis ça nous donne des arguments pour justement gérer nos patiente en temporisant beaucoup de choses. » (SFA8)

« Oui, ça laisse plus de chance, parce que parfois justement par exemple on césarisait plus facilement pour stagnation malgré le syntocinon alors que parfois, laisser plus de chance aux patientes, plus de temps, surtout sur un rythme correct, elles auraient pu accoucher voie basse donc oui, franchement c'est pas mal. » (SFA7).

Questionnée sur l'applicabilité des recommandations du CNSF dans leur exercice en salle de naissance, une sage-femme a mentionné la pression exercée par les obstétriciens pour que les accouchements soient rapides dans certaines maternités.

« Elles ne me paraissent pas applicables ici. Là où je travaillais avant par exemple, 3 200 accouchements à 3 sages-femmes en salle avec seulement 5 salles de naissance, si tu ne pousses pas les dames avec des ruptures synto... On m'a forcé à faire une rupture synto alors que c'était un travail qui avançait, ce à plusieurs reprises et que j'ai essayé de m'opposer à ça, mais les gynécos, là-bas tu n'as pas le temps de te laisser. Oui la dame a accouché 1h après, oui on a libéré la salle plus rapidement, oui tu ne sais pas ce qui va arriver après, mais j'ai fait un accouchement avec des anomalies du rythme, avec un liquide méconial, avec un pH et des lactates limites au final, dans la précipitation. » (SFA9)

3.6.3 Contraintes liées à la disponibilité des salles de naissance

A la question *« Diriez-vous que la prise en charge des parturientes est influencée par le niveau d'activité lors d'une garde ? »*, toutes les sages-femmes interrogées ont répondu par l'affirmative.

A la question, *« ces recommandations vous paraissent-elles pertinentes ? »*, la grande majorité des sages-femmes a répondu par l'affirmative mais plusieurs sages-femmes ont commenté leur réponse par une réflexion sur la possibilité d'appliquer ces recommandations dans leur maternité d'exercice. Certains commentaires font directement référence à la forte activité de la maternité et au taux d'occupation des salles de naissance. A la question *« ces recommandations vous paraissent-elles applicables dans le cadre de votre exercice en salle de naissance ? »*, la majorité des sages-femmes a répondu *« Oui mais »* ou *« Non »*, avec une distribution égale dans les deux maternités.

	Oui	Oui mais / Non
MATER A	2	7
MATER B	2	7

« Ces recommandations vous paraissent-elles applicables dans le cadre de votre exercice en salle de naissance ? »

Parmi les sages-femmes qui trouvent ces recommandations peu ou pas applicables, toutes sauf une ont mentionné la forte activité en salle de naissance qui les incite à limiter la durée de séjour de chaque patiente en salle.

Plusieurs sages-femmes ont exprimé une difficulté à concilier leur souhait de respecter la physiologie du travail spontané avec les contraintes de leur exercice en salle par des expressions comme « *c'est compliqué* » (utilisée par 4 sages-femmes), « *ici on ne peut pas se permettre, on est bloqué* », « *c'est difficile* » ou « *dans le monde des bisounours, quand on a le temps, ce n'est pas mal* ».

« *C'est ça un peu le problème c'est que du coup on intervient moins et ça fait des travaux plus longs. Donc les jours où ce n'est pas blindé on laisse, mais les jours où il y a beaucoup de monde c'est un peu compliqué de laisser une patiente 'stagner' pendant 4 heures.* » (SFA1)

« *Ça dépend toujours de la politique de l'endroit dans lequel on travaille et de l'occupation de la salle, si la salle est très occupée et qu'on a besoin de libérer des places pour d'autres, on va forcément se laisser moins de temps.* » (SFA3)

« *C'est impossible. Ici on ne peut pas se permettre. En fait c'est juste la charge de travail je pense qu'on ferait beaucoup mieux si on avait moins de travail donc du coup on est bloqué par rapport à ça.* » (SFB1)

« *Oui à [préfecture située dans une région ayant une densité de population parmi les plus faibles de France métropolitaine] où il y a 600 naissances par an, une dame en travail pendant 12h ça me paraît pertinent. Ici ça ne paraît pas pertinent. Nous avons 10 salles de naissance pour 5400 naissances par an, donc si j'attends qu'une dame qui occupe une salle ne se dilate qu'au bout de 4 heures c'est compliqué.* » (SFB4)

« *Difficilement. Je trouve que c'est très long les intervalles surtout qu'on a beaucoup de patientes ici et c'est difficile de respecter les laps de temps qu'ils proposent, ça veut dire garder les dames très longtemps [en salle de naissance] et c'est un petit peu compliqué dans notre structure actuelle.* » (SFB5)

« Oui mais je pense que c'est compliqué ici, c'est un tellement gros centre, je pense que c'est plus facile dans les plus petits centres où il y a moins d'accouchements, moins d'activité, où c'est plus physiologique d'accompagner les femmes dans ce sens-là. » (SFB8)

« Ici l'activité est telle que généralement les 10 salles de naissance sont prises et qu'il y a encore du monde aux urgences qui attend. On ne peut pas laisser une dame 24 heures en salle de travail » (SFB9)

Au cours de l'entretien plusieurs sages-femmes ont établi un lien entre une forte activité en salle de naissance et une forte médicalisation de l'accouchement :

« Quand on a une surcharge de travail on a peut-être parfois tendance à être un peu plus médicalisées, plus pressantes » (SFA6)

« Vu l'activité, ce n'est peut-être pas forcément bien mais on a tendance à être plus actif sur le travail » (SFB3)

« Quand tu travailles dans une grosse structure il faut que ça aille vite » (SFB7)

Lorsque le taux d'occupation des salles de naissance est élevé, il devient nécessaire d'assurer un turnover rapide des patientes en salle pour qu'à tout moment une patiente arrivant en consultation d'urgence en travail spontané puisse avoir accès assez rapidement à une salle de naissance.

« Parfois on est obligé un peu d'accélérer parce qu'on sait que derrière il y a quand même du monde qui attend. » (SFA8)

« Je trouve qu'on met beaucoup de syntonie ici. Pour avoir fait des stages un peu ailleurs je trouve qu'on ne laisse pas assez faire la physiologie. [...] Si on avait le temps, qu'on avait des salles tout le temps, c'est qu'il faut forcément qu'on ait deux ou trois salles de libre parce qu'on sait que ça peut arriver une deuxième pare qui est à complète. » (SFB1)

« Quand ça bourre partout et qu'on a besoin d'une salle pour la patiente suivante qui attend, on a tendance à faire accélérer un petit peu les choses en salle, d'autant plus quand les dames ont une péridurale, dire 'maintenant il faut que ça avance' donc libérer la place. » (SFA3)

« Si c'est plein et qu'il y a beaucoup de monde qui arrive et qu'on a besoin des salles, je vais rompre pour que le travail avance plus vite. » (SFA1)

« D'une part plus il y a d'activité plus on a besoin de salles, et plus on a besoin de salles plus il faut que les dames accouchent vite, donc on est obligé parfois d'accélérer un petit peu les choses, de ne pas se laisser le temps. » (SFA5)

« C'est difficile de se permettre de laisser des dames des heures et des heures en travail parce qu'on a besoin de place et du coup il faut que ça bouge. » (SFB5)

3.6.4 Adaptation des locaux au travail physiologique

Plusieurs sages-femmes ont fait part de l'inadaptation des locaux de leur maternité au suivi d'un travail obstétrical spontané conforme aux recommandations.

« Dans d'autres maternités où j'ai travaillé, où l'activité était quand même trois fois moins forte et qu'on avait une vraie salle nature avec des lianes, des baignoires et des monitos qui allaient dans les baignoires, là ça me paraît assez pertinent parce qu'on avait le temps et les moyens de pouvoir le faire [pour appliquer les recommandations][...]Il faut les moyens qui vont avec, c'est-à-dire vraiment pouvoir leur proposer des pièces pour bouger, une alternative, mais pas les laisser trop médicalisées dans leur lit et leur dire on attend, ça ce n'est pas possible ». (SFB9)

3.6.5 Comment faire évoluer ses pratiques dans ce contexte ?

Malgré ce contexte particulièrement contraignant, la majorité des sages-femmes participantes à l'étude indique avoir fait évoluer ses pratiques concernant la direction du travail spontané depuis la publication des recommandations du CNSF, mais seule une minorité des sages-femmes s'est sentie encouragée à la faire par son environnement de travail.

	Oui	Non (pratiques déjà conformes avant)	Non
MATER A	7	0	2
MATER B	5	1	3
ENSEMBLE	12	1	5

Avez-vous modifié vos pratiques depuis la publication des recommandations ?

	Oui	Non
MATER A	3	6
MATER B	3	6
ENSEMBLE	6	12

Avez-vous été encouragé(e) à le faire ?

4. Discussion

Les sociétés savantes françaises ont émis en 2016 des recommandations pour encadrer l'utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané, ce qui a permis de remettre en question les stades du travail connus précédemment, et l'accompagnement de l'accouchement physiologique de manière plus vaste. Ces travaux ont été confortés par l'académie nationale de médecine (58) et sont connus

des professionnels. Nos résultats suggèrent que ces recommandations sont néanmoins peu appliquées et nous permettent d'en identifier certains freins.

4.1 Forces et Limites de l'étude

Une des forces de cette étude est d'avoir interrogé des sages-femmes dans 2 maternités contrastées et d'avoir pu, sur certains points, comparer leurs pratiques. Comme toute étude appuyée sur des méthodes qualitatives, celle-ci ne saurait être représentative des pratiques françaises ni même franciliennes. Néanmoins, la conduite rigoureuse d'entretiens semi-directifs menés auprès de répondantes qui ont témoigné de manière complète et précise, nous a permis de considérer que la problématique a été bien renseignée par le nombre d'entretiens.

4.2 Des pratiques fortement ancrées

4.2.1 Le respect de la physiologie : un changement de paradigme

Les sages-femmes participantes de notre étude ont majoritairement indiqué qu'elles souhaitent réaliser leurs prises en charge dans le respect de la physiologie du travail spontané, conformément aux recommandations nationales et internationales et aux pratiques enseignées ces dernières années dans les écoles de sages-femmes. Ceci correspond à une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, à laquelle la profession est très attachée, et correspond également pleinement aux revendications des représentants des usagers qui dès 2005 avaient saisis le CNGOF et la HAS pour une pratique plus restrictive des épisiotomies, à l'encontre des pratiques d'alors, et qui depuis cette date n'ont cessé de faire évoluer les pratiques vers plus de respect de la physiologie.

Notre étude montre cependant une certaine persistance de pratiques des sages-femmes enseignées antérieurement mais qui ne sont plus aujourd'hui recommandées : TV horaire, direction du travail dès la phase de latence, diagnostic de dystocie dynamique après 1h sans modification cervicale, augmentation rapide du débit de perfusion d'oxytocine et absence de diminution du débit d'oxytocine après obtention d'une dynamique utérine satisfaisante.

Ces pratiques de « gestion active », massivement utilisées par les obstétriciens depuis plusieurs décennies, étaient profondément ancrées avant d'être fortement remises en question par le CNSF en 2016 en collaboration avec le CNGOF et les usagères, puis par la HAS en 2017 (7), pour insister sur l'importance du respect de la physiologie du travail. Cela constitue en effet un véritable changement de paradigme pour la prise en charge du travail spontané.

4.2.2 Information éclairée et recueil du consentement

Notre étude montre que les parturientes ne sont préalablement informées que dans un tiers des cas des risques associés à la direction du travail spontané, et que la même proportion se voit recueillir son consentement. Dans la grande majorité des cas, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui place l'information médicale comme un élément central de la relation de confiance entre le professionnel de santé et le patient, n'est ainsi pas respectée.

La nécessité d'un consentement éclairé est établie par la loi Kouchner du 4 mars 2002. Il est inscrit dans le code de déontologie médicale que le patient a droit à une information « loyale, claire et appropriée » sur les traitements qui lui sont prescrits, leur utilité, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves prévisibles. L'information a pour fonction de mettre le patient en mesure de faire des choix et de donner un consentement éclairé : *« toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »* (article L-111-4 du code de la santé publique).

Ces résultats sont concordants avec les résultats d'une autre étude réalisée en France en 2018 (59) et avec l'enquête réalisée par le CIANE auprès de femmes ayant accouché en France entre 2009 et 2012 (60)(61), suite à laquelle des associations de patientes ont dénoncé le fait que les femmes sont peu informées des soins qui leur sont délivrés et ne donnent que rarement leur consentement à ces soins (4).

Concernant le recueil du consentement des parturientes, il semble que pour certaines sages-femmes le consentement des patientes reste implicite, et qu'il n'est pas nécessaire qu'il soit verbalement explicité. *« Après je pense qu'on a une telle position de personne sachant les choses vis-à-vis d'elles que si ce n'est pas dit clairement je pense qu'elles ne s'autorisent pas de toute façon à répondre autre chose. Elles font confiance au personnel qui s'occupe d'elle. »* (SFA3). L'obtention d'un consentement libre et éclairé est ici assimilée à la relation de confiance entre la sage-femme et la parturiente.

Les parturientes seraient-elles envisagées comme étant en situation d'incapacité de prendre part aux décisions médicales les concernant ? Les décisions prises par les sages-femmes concernant la direction du travail spontané visant majoritairement à améliorer le bien-être fœtal, ces soins portés dans l'intérêt du « nouveau-né en devenir », distinct de la parturiente, inciteraient-t-ils les sages-

femmes à se passer de consentement éclairé ? Les données de cette étude ne permettent pas de répondre à ces questions. Si la littérature a mis en évidence la persistance d'une « tradition clinique paternaliste » dans les pratiques médicale, fondée sur l'autorité et la confiance du patient envers son médecin, et qui n'est pas propre à l'obstétrique, plusieurs autres dimensions du soin interfèrent avec la prise de décision partagée (62).

Selon une étude publiée par la HAS en 2013, les quatre freins le plus fréquemment cités par les professionnels de santé justifiant un faible engagement du professionnel dans un processus décisionnel partagé sont : le manque de temps ; le caractère inapplicable d'une décision partagée au vu des caractéristiques liées au patient ; le caractère inapplicable d'une décision partagée au vu de la situation clinique ; les préférences du patient qui ne souhaite pas s'engager dans un processus décisionnel partagé (63).

Le manque de temps est un élément particulièrement saillant du discours des sages-femmes qui, lorsqu'elles ont une charge de travail élevée, déclarent accorder moins de temps à informer leurs parturientes et se concentrer sur l'enchaînement des actes, ce qu'elles regrettent.

4.3 Freins à l'application des recommandations concernant le travail spontané

Cette étude permet également d'identifier plusieurs freins à l'application des recommandations concernant le travail spontané.

4.3.1 Actualisation des connaissances des sages-femmes et accès aux ressources documentaires

Les sages-femmes participantes ont montré une certaine connaissance et prise en compte des principaux risques pouvant survenir au cours du travail : le risque de procidence suivant une amniotomie, le risque d'ARCF et/ou d'hypertonie utérine suivant une perfusion d'oxytocine. En revanche certains effets indésirables potentiellement sévères des interventions n'ont que peu ou pas mentionnés par les sages-femmes : les risque d'ARCF et d'hémorragie de Benckiser dans le cas d'une amniotomie, le risque d'hémorragie du post-partum dans le cas d'une perfusion d'oxytocine. Ces résultats posent la question des connaissances par sages-femmes des risques associés à leurs interventions. Notre hypothèse n°1 selon laquelle il y aurait une méconnaissance des effets indésirables liés à l'amniotomie et à l'utilisation d'oxytocine au cours du travail semble ainsi être partiellement vérifiée.

Les sages-femmes ont une certaine connaissance des recommandations du CNSF au sujet de la direction du travail spontané, particulièrement concernant le débit de perfusion d'oxytocine. En revanche les durées sans modifications cervicales permettant de diagnostiquer une dystocie dynamique leur sont moins bien connues, peut-être car elles rencontrent des difficultés à leur application en pratique.

Les sages-femmes ont un faible accès à la littérature scientifique dans les deux maternités. En revanche, dans la maternité A, un staff dédié a été organisé afin de présenter les recommandations du CNSF portant sur la direction du travail spontané et l'équipe obstétricale a ainsi eu l'opportunité de discuter de ces recommandations et des possibilités de leur application. Aucune réunion de ce type n'a été organisée dans la maternité B, et les études et recommandations portant sur le travail physiologique ont été peu discutées au sein de l'équipe de sages-femmes et d'obstétricien(ne)s travaillant en salle de naissance. Une étude réalisée au CHU d'Angers a montré que la réalisation d'un audit sur la prise en charge du travail spontané suivi d'une restitution en réunion plénière et de séances de réflexion collective autour de présentations de cas cliniques ont permis de diminuer le recours à l'oxytocine (64).

4.3.2 Impact de l'organisation des soins sur les pratiques

Alors que la majorité des sages-femmes pense que les recommandations du CNSF sont pertinentes, la majorité des sages-femmes pense également qu'elles ne sont pas applicables dans leur maternité d'exercice. Deux principales difficultés ressortent des entretiens : d'une part la forte médicalisation de l'accouchement physiologique et d'autre part la forte pression exercée par l'environnement de travail, c'est-à-dire le manque de disponibilité des sages-femmes, le manque de disponibilité des locaux et la position des obstétriciens. Ces résultats sont compatibles avec notre hypothèse n°2.

4.3.2.1 La forte médicalisation de l'accouchement

La pose d'une analgésie péridurale augmente la durée moyenne du travail spontané et est associée à un taux d'intervention plus élevé, d'autant plus qu'aucune des deux maternités étudiées ne propose de péridurale ambulatoire. L'analgésie péridurale impose également aux parturientes de rester à jeun pendant toute la durée de leur séjour en salle de naissance. Par ailleurs, la faible disponibilité des sages-femmes françaises pour leurs patientes et la faible adaptation du matériel et des locaux à une gestion non médicamenteuse de la douleur du travail incitent à une pose de péridurale assez rapidement après le diagnostic du travail.

L'accompagnement des parturientes avec un ratio d'une femme pour une sage-femme, recommandé par l'OMS et qui a montré ses bénéfices dans la littérature internationale, permettrait sans doute de réduire la médicalisation de l'accouchement, particulièrement forte en France.

4.3.2.2 Une forte pression de l'environnement de travail

Les sages-femmes souhaitent favoriser le bien-être de leurs parturientes et les aider à vivre une expérience positive de l'accouchement. Ces deux objectifs des sages-femmes paraissent cependant contrariés par plusieurs facteurs liés à l'organisation des soins en salle de naissance : le manque de disponibilité des sages-femmes, l'inadaptation du matériel et des procédures à la prise en charge des parturientes, la forte occupation de la salle de naissance et la position de certains obstétriciens favorables à la direction du travail. Ces éléments ne sont que peu évoqués spontanément lors de réponses à une question ouverte à ce sujet, mais ressortent de tous les entretiens lorsque les questions organisationnelles sont abordées.

4.3.2.3 Manque de disponibilité des sages-femmes

Le premier facteur est le manque de disponibilité des sages-femmes pour assurer soutien et accompagnement aux parturientes puisque l'organisation des soins hospitaliers en France ne permet pas le ratio d'« une femme pour une sage-femme » (« one-to-one care ») prôné dans la littérature internationale (33,36). Les sages-femmes témoignent d'un lien entre l'activité en salle de naissance et la moindre qualité de l'accompagnement qu'elles réalisent. Elles regrettent de ne souvent pas pouvoir accorder suffisamment de temps à leurs parturientes pour leur fournir les informations et le soutien dont elles ont besoin. Une sage-femme a posé la question de l'influence de ce soutien limité sur le déroulement du travail spontané. Par ailleurs, une revue Cochrane publiée en 2017 suggère que les parturientes recevant un soutien continu au cours du travail ont un taux plus élevé d'accouchements par voie basse spontanés, une durée de travail plus courte, moins de césariennes et d'accouchements instrumentaux, un recours diminué à l'analgésie régionale et un meilleur vécu de l'accouchement (65). Un soutien continu des parturientes au cours du travail est ainsi recommandé par l'OMS (36), et en place dans de nombreux pays. L'académie de médecine, dans son rapport sur la bientraitance en obstétrique publié en 2018, affirme que *« l'amélioration des conditions humaines de l'accouchement nécessite, de la part des soignants, une plus grande présence et partant plus de personnel, surtout si l'on veut s'approcher de la situation idéale, en salle d'accouchement de la présence d'une sage-femme pour chaque femme en travail. »* (58)

4.3.2.4 Occupation de la salle de naissance

Les données de notre étude suggèrent que la prise en charge du travail spontané par les sages-femmes au sein de la maternité B comporte plus souvent une direction du travail, avec moins d'information délivrée aux parturientes. Ceci peut être mis en lien avec l'activité constamment forte rapportée par les sages-femmes en salle de naissance dans la maternité B et la plus forte contrainte ressentie par les sages-femmes liée à leur disponibilité et à l'occupation de la salle de naissance. Il est à noter que la maternité B est une maternité de type 3 qui a vocation à prendre en charge des situations plus pathologiques que la maternité A, de type 2b. Cependant c'est un établissement qui prend également en charge de nombreuses grossesses physiologiques des patientes domiciliées dans son secteur géographique.

Deux effets en apparence contradictoires d'une suroccupation des sages-femmes et des salles de naissance ressortent du discours des sages-femmes. Lorsqu'une sage-femme a temporairement une charge de travail très importante, elle va se concentrer sur ses parturientes nécessitant des soins urgents, particulièrement les situations pathologiques. Les parturientes en travail physiologique seront alors examinées moins souvent et moins d'interventions seront réalisées, ou bien plus tardivement. Elles seront également moins accompagnées au cours du travail. Lorsque les salles de naissance sont suroccupées et que les sages-femmes craignent de ne pas avoir de salle disponible pour prendre en charge les parturientes qui ne manqueront pas d'arriver, ce qui semble être constant dans certaines maternités, les sages-femmes s'adaptent alors en cherchant dans la mesure du possible à réduire la durée de séjour de leurs patientes en salle de naissance.

Les sages-femmes se trouvent ainsi dans une double impossibilité vis-à-vis de leurs parturientes en travail physiologique : le manque de temps génère une impossibilité d'accompagner, d'informer, de soutenir leurs parturientes à hauteur de leurs besoins, et le manque de salles de naissance génère une impossibilité de respecter la physiologie du travail spontané. Cette double difficulté, malgré l'hyperadaptabilité démontrée par les sages-femmes à l'organisation de soins, contrarie fortement leur souhait de favoriser le bien-être des parturientes et une expérience positive de l'accouchement.

L'inadaptation du matériel proposé aux parturientes et des procédures en salle de naissance à une gestion physiologique du travail spontané contribuent également à ces difficultés.

En 2016, l'étude d'une vignette clinique auprès de sages-femmes françaises menée par Johanne Isidore et Anne Rousseau (66) a montré que l'administration excessive d'oxytocine au cours du

travail était influencée par des facteurs organisationnels, particulièrement le nombre de naissances par an de leur maternité d'exercice, leur charge de travail, la suroccupation des salles de naissance et l'absence de protocole concernant l'administration d'oxytocine.

Notre étude, dont le recueil de données a été réalisé via des questions générales sur la pratique des sages-femmes dans une situation peu précisée retrouve les mêmes résultats. Les sages-femmes semblent donc avoir une conscience aigüe des difficultés organisationnelles qu'elles rencontrent.

4.3.2.5 Du matériel et des procédures peu adaptés

L'absence d'analgésie péridurale ambulatoire, l'interdiction de manger, la nécessité d'enregistrer une cardiotocographie en continu sans bénéficier de dispositifs sans fil et le manque de temps que les sages-femmes peuvent accorder au soutien de leurs parturientes diminuent les possibilités de mobilisation des parturientes et ne leur laisse qu'un rôle passif au cours du travail. Ces modalités de prise en charge en salle de naissance sont en effet peu compatibles avec un séjour en salle de naissance de plus de quelques heures. De ce fait les sages-femmes ont tendance à penser que pour les parturientes ayant un travail long, réduire la durée de séjour en salle de naissance favorisera leur bien-être et leur bon vécu de l'accouchement. On observe ainsi une tension rapportée par les sages-femmes entre le respect de la physiologie et la préservation d'une expérience positive de l'accouchement.

4.3.2.6 Position des obstétriciens

Les sages-femmes rapportent recevoir une pression parfois importante pour réaliser des accouchements rapides, particulièrement dans la maternité B. Ces résultats sont cohérents avec une étude réalisée auprès de sages-femmes suédoises en 2015, qui a mis en évidence une attitude ambiguë vis-à-vis de l'utilisation d'oxytocine au cours du travail : d'un côté les sages-femmes interrogées avaient le sentiment que l'oxytocine était administrée trop souvent aux parturientes et de l'autre côté elles ressentaient une certaine pression de leur environnement de travail pour que leurs parturientes aient une bonne dynamique de travail, les incitant à administrer de l'oxytocine avant que le diagnostic de dystocie dynamique soit posé (67). On peut mettre en relation cette pression accrue ressentie par les sages-femmes de la maternité B (de la part des obstétriciens et des locaux) pour que les accouchements soient rapides et la durée plus courte d'absence de modification cervicale conduisant au diagnostic de dystocie pour les sages-femmes de la maternité B.

4.4 Des freins environnementaux aux freins individuels

Lorsqu'elles sont interrogées de façon ouverte sur leur prise en charge du travail spontané, les sages-femmes évoquent spontanément le respect de la physiologie de l'accouchement, et leur souhait de favoriser le bien-être des parturientes et une expérience positive de l'accouchement. Lorsqu'elles sont invitées à donner leur opinion sur les recommandations sur CNSF concernant la direction du travail, elles y sont très majoritairement tout à fait favorables. En revanche notre étude montre que les recommandations concernant la prise en charge du travail spontané, bien que connues, sont en pratiques suivies par une minorité des sages-femmes, tant au niveau du diagnostic de dystocie dynamique et interventions réalisées qu'au niveau de l'information éclairée et du recueil du consentement des parturientes. Ces éléments ne sont que peu évoqués spontanément lors de réponses à une question ouverte à ce sujet mais ressortent de tous les entretiens lorsque des questions plus spécifiques sont abordées. Ces résultats mettent en évidence une discordance forte entre la prise en charge souhaitée et la prise en charge réelle.

Les sages-femmes ont exprimé lors de cette étude ressentir une double difficulté dans l'accompagnement du travail physiologique : une difficulté à accompagner, informer, soutenir leurs parturientes à hauteur de leurs besoins, liée au manque de temps, et une difficulté à respecter la physiologie du travail spontané liée à l'inadaptation des locaux, du matériel et des procédures.

Les sages-femmes de la maternité A dont l'activité est jugée « moyenne ou forte » se sentent plus disponibles pour leurs parturientes que les sages-femmes de la maternité B dont l'activité est jugée « forte ». Elles ont également une définition de la dystocie dynamique plus restrictive, correspondant à un intervalle de temps plus long entre deux examens du col. Elles informent également plus souvent leurs parturientes des risques liés à la direction du travail spontané. Ces résultats ne sont pas expliqués par l'ancienneté des sages-femmes qui est comparable entre les deux maternités.

On peut émettre l'hypothèse que les sages-femmes exerçant dans des conditions favorables à l'application des recommandations sont plus enclines à appliquer ces recommandations sans pour autant que les sages-femmes identifient immédiatement leur environnement comme influençant leur point de vue.

La dissonance cognitive, théorisée par Festinger en 1957, est définie comme un état d'inconfort psychologique causé par une relation d'incompatibilité entre deux cognitions. Selon cette théorie, lorsque les circonstances amènent une personne à agir en désaccord avec ses croyances, cette

personne éprouvera un état de tension inconfortable appelé dissonance, qui, par la suite, tendra à être réduit, par exemple par une modification de ses croyances dans le sens de l'acte (68).

Ce mécanisme a déjà été étudié dans le domaine du soin. Selon une étude réalisée en 2005, « *les jeunes infirmiers en réanimation se remodelent un système de sens pour réduire leurs dissonances cognitives entre les contraintes de l'exercice professionnel et leurs systèmes de pensées et de croyances, entre l'éthos infirmier (système cohérent de valeurs) et l'évolution sociétale, entre les pressions normatives de l'équipe soignante et leurs besoins de reconnaissances. Ils se reconstruisent alors une identité professionnelle leur permettant d'accepter la réalité.* » (69). Dans le cas d'une discordance entre les convictions des sages-femmes et les contraintes de leur environnement, réduire la dissonance consistera pour les sages-femmes à modifier leurs convictions, à défaut de pouvoir modifier leur environnement.

Ce mécanisme pourrait expliquer qu'une sage-femme soit encline à diagnostiquer une dystocie dynamique après seulement 1h sans modification cervicale si son environnement l'incite à pratiquer une direction du travail dans cette situation, alors même qu'elle est favorable à la définition de la dystocie dynamique proposée par le CNSF. Cela pourrait également expliquer qu'une sage-femme omette d'informer une parturiente des risques liés aux procédures pratiquées et de recueillir son consentement, si en pratique elle n'a pas la possibilité de consacrer le temps nécessaire à cette information.

On peut ainsi émettre l'hypothèse que si les sages-femmes avaient la possibilité d'accorder plus de temps à leurs parturientes, dans un environnement plus favorable au déroulement du travail spontané et dans lequel suffisamment de salles de naissance étaient disponibles, elles seraient plus disposées à appliquer les recommandations relatives à la prise en charge du travail spontané et adopteraient une définition de la stagnation plus conforme aux recommandations. De même, les interventions médicales pourraient être discutées et décidées de façon partagée, avec un consentement explicite des parturientes, comme demandé par la loi française.

4.5 Préconisations

Sur la base de ces résultats, nous émettons les préconisations suivantes pour une meilleure application des RPC et promouvoir le déroulement physiologique du travail obstétrical :

- Améliorer la disponibilité des sages-femmes pour leurs patientes, en augmentant le nombre de sages-femmes en salle de naissance vers un modèle de type « one-to-one care »

- Améliorer la disponibilité des salles de naissance, qui ont dans certaines maternités un taux d'occupation très élevé, ce qui incite les sages-femmes à ne pas respecter les recommandations de prise en charge du travail physiologique. Les taux d'occupation des lits de maternité ayant fortement augmenté ces dernières années, cela a possiblement entraîné des pics fréquents d'occupation de la salle de naissance et les contraintes actuelles (57)
- Développer l'analgésie péridurale « ambulatoire » permettant aux patientes de se mobiliser et utiliser des capteurs de cardiotocographie sans fil qui ne limitent pas les mouvements des parturientes
- Adapter les locaux et le matériel aux besoins des parturientes : salles équipées de douches ou de baignoires, lianes, tapis/matelas
- Développer une réflexion au sein des équipes obstétricales au sujet de la prise en charge du travail spontané et encourager la mise en place de protocoles
- Développer une culture du consentement éclairé au sein des services d'obstétriques
- Améliorer l'accès des sages-femmes à la littérature scientifique en obstétrique

5. Conclusion

Cette étude suggère que, dans le cadre d'une forte activité en salle de naissance et malgré leur volonté de respecter la physiologie du travail obstétrical, les sages-femmes se sentent fortement pilotées par les contraintes de gestion des ressources en salle de naissance et du temps qu'elles peuvent accorder à leurs parturientes.

Ce travail nous a permis d'identifier plusieurs freins à l'application des recommandations du CNSF :

- *Le taux d'occupation de la salle de naissance* : un taux d'occupation fréquemment élevé incite à avoir un turnover rapide des parturientes.
- *La position des obstétriciens du service* : la présence de médecins plus favorables au respect de la physiologie et l'organisation d'une réunion dédiée à la direction du travail obstétrical peuvent permettre aux sages-femmes de faire évoluer leurs pratiques.
- *La disponibilité des sages-femmes* pour leurs patientes
- *L'adaptation des locaux, du matériel et des procédures* au déroulement physiologique du travail
- *L'accès des sages-femmes à la littérature scientifique*, qui leur permettrait de mieux se saisir des sujets relatifs à la physiologie du travail et de l'accouchement

Sur la base de ces résultats, nous avons émis plusieurs préconisations afin d'améliorer le respect des recommandations concernant la prise en charge du travail spontané, afin de diminuer l'iatrogénie au cours de l'accouchement, d'améliorer l'expérience des femmes en leur permettant de vivre activement leur accouchement et de développer une véritable culture du consentement éclairé en obstétrique.

Cette étude a exploré le point de vue des sages-femmes sur leurs pratiques. Il serait particulièrement éclairant de le mettre en regard du point de vue des parturientes.

L'étude des pratiques associées à la prise en charge du travail spontané sur un nombre plus important de maternités, en associant données qualitatives et quantitatives, permettra d'évaluer l'évolution des pratiques suite à la diffusion des RPC.

Bibliographie :

1. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 [Internet]. 2017 [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
2. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 7 août 2013;(8):CD006794.
3. Belghiti J, Coulm B, Kayem G, Blondel B, Deneux-Tharaux C. [Oxytocin administration during labor. Results from the 2010 French National Perinatal Survey]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. nov 2013;42(7):662-70.
4. Peru J, Garabedian C, Drumez E, Ghesquière L. [Does rupture of membranes have an impact on the fetal heart rate during spontaneous labor?]. *Gynecol Obstet Fertil Senol*. 21 févr 2020;
5. Rousseau A, Burguet A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 5 : risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. *Rev Sage-Femme*. 2017;16(1):63-82.
6. Burguet A, Rousseau A. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 6 : risques et effets indésirables fœtaux, et pédiatriques de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané. *Rev Sage-Femme*. 2017;16(1):83-98.
7. Haute Autorité de santé P. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 2017 p. 199.
8. Frigoletto FD, Lieberman E, Lang JM, Cohen A, Barss V, Ringer S, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med*. 21 sept 1995;333(12):745-50.
9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. NICE Clin Guidel [Internet]. sept 2007;(55). Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#first-stage-of-labour>
10. den Hertog CE, de Groot AN, van Dongen PW. History and use of oxytocics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. janv 2001;94(1):8-12.
11. KWAIST B, LENNOX C, FARLEY T. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. *The Lancet*. 4 juin 1994;343:1399-404.
12. Smyth RM, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Libr* [Internet]. 18 juin 2013 [cité 12 mai 2018]; Disponible sur: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>
13. Rouse DJ, Owen J, Hauth JC. Active-phase labor arrest: oxytocin augmentation for at least 4 hours. *Obstet Gynecol*. mars 1999;93(3):323-8.

14. O'Driscoll K, Jackson RJ, Gallagher JT. Prevention of prolonged labour. *Br Med J.* 24 mai 1969;2(5655):477-80.
15. Akoury HA, Brodie G, Caddick R, McLaughlin VD, Pugh PA. Active management of labor and operative delivery in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* févr 1988;158(2):255-8.
16. Barwin BN, Dempsey A, Ivey B. Labour: when to worry. *Can Med Assoc J.* 4 févr 1978;118(3):292-4.
17. Kayem G. Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie. 38e journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2014;23-37.
18. O'Driscoll K, Meagher D, Robson M. Active Management of Labour - 4th Edition [Internet]. Mosby Ltd. 2003 [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/books/active-management-of-labour/odriscoll/978-0-7234-3202-9>
19. Rogers RG, Gardner MO, Tool KJ, Ainsley J, Gilson G. Active management of labor: a cost analysis of a randomized controlled trial. *West J Med.* avr 2000;172(4):240-3.
20. Busowski JD, Parsons MT. Amniotomy to induce labor. *Clin Obstet Gynecol.* juin 1995;38(2):246-58.
21. Goffinet F, Fraser W, Marcoux S, Bréart G, Moutquin JM, Daris M. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities. Amniotomy Study Group. *Br J Obstet Gynaecol.* mai 1997;104(5):548-53.
22. Verspyck E, Sentilhes L. [Abnormal fetal heart rate patterns associated with different labour managements and intrauterine resuscitation techniques]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* févr 2008;37 Suppl 1:S56-64.
23. Cohain JS. The less studied effects of Amniotomy. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet.* 1 nov 2013;26:1687-90.
24. Gross MM, Frömke C, Hecker H. The timing of amniotomy, oxytocin and neuraxial analgesia and its association with labour duration and mode of birth. *Arch Gynecol Obstet.* janv 2014;289(1):41-8.
25. Karahan N, Arslan H, Çam Ç. The behaviour of pelvic floor muscles during uterine contractions in spontaneous and oxytocin-induced labour. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol.* 12 févr 2018;1-6.
26. Ganer Herman H, Tamayev L, Houli R, Miremberg H, Bar J, Kovo M. Risk factors for nonreassuring fetal heart rate tracings after artificial rupture of membranes in spontaneous labor. *Birth Berkeley Calif.* 24 avr 2018;
27. Selin L, Wennerholm U-B, Jonsson M, Dencker A, Wallin G, Wiberg-Itzel E, et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial. *Women Birth J Aust Coll Midwives.* août 2019;32(4):356-63.

28. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 23 juin 2013;(6):CD007123.
29. Karaçor T, Sak S, Başaranoğlu S, Peker N, Ağaçayak E, Sak ME, et al. Assessment of oxidative stress markers in cord blood of newborns to patients with oxytocin-induced labor. *J Obstet Gynaecol Res.* mai 2017;43(5):860-5.
30. Foley ME, Alarab M, Daly L, Keane D, Rath A, O’herlihy C. The continuing effectiveness of active management of first labor, despite a doubling in overall nulliparous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* sept 2004;191(3):891-5.
31. Son M. Labor augmentation strategies: What’s the evidence? *Semin Perinatol.* mars 2020;44(2):151219.
32. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth. [Internet]. NICE Clinical Guidelines; 2007 [cité 11 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK49392/>
33. Munro J, Jokinen M. Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour : Rupturing membranes. 2012 [cité 12 mai 2018]; Disponible sur: <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Rupturing%20Membranes.pdf>
34. American College of Obstetrics and Gynecology. Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol.* 2017;129(2):e20-8.
35. OMS. Recommandations de l’OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l’accouchement [Internet]. 2018 [cité 15 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/news-room/detail/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
36. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l’administration d’oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 janv 2017;45(1):56-61.
37. Loscul C. Utilisation du Syntocinon au cours du travail spontané évaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port-Royal. 2013. (Mémoire de diplôme d’état de sage-femme.).
38. Nystedt A, Hildingsson I. Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC Pregnancy Childbirth.* 16 juill 2014;14:233.
39. Reuwer P, Bruinse H, Arie F. Proactive Support of Labor: The Challenge of Normal Childbirth [Internet]. Disponible sur: <https://www.amazon.co.uk/Proactive-Support-Labor-Challenge-Childbirth-ebook/dp/B012GS2KNS>
40. Gibbons L, Belizán J, A Lauer J, Betrán A, Merialdi M, Althabe F. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage *HEALTH SYSTEMS FINANCING.* Vol. 30. 2010.

41. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* juill 2011;118(1):29-38.
42. Leitch CR, Walker JJ. The rise in caesarean section rate: the same indications but a lower threshold. *Br J Obstet Gynaecol.* juin 1998;105(6):621-6.
43. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol.* 1 déc 2010;116(6):1281-7.
44. Karaçam Z, Walsh D, Bugg GJ. Evolving understanding and treatment of labour dystocia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* nov 2014;182:123-7.
45. Neal JL, Lowe NK, Ahijevych KL, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. "Active Labor" Duration and Dilation Rates Among Low-Risk, Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset: A Systematic Review. *J Midwifery Womens Health.* 1 juill 2010;55(4):308-18.
46. Béranger R, Chantry AA. Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 1: Definition and characteristics of normal and abnormal labor. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* juin 2017;46(6):469-78.
47. Tolba SM, Ali SS, Mohammed AM, Michael AK, Abbas AM, Nassr AA, et al. Management of Spontaneous Labor in Primigravidae: Labor Scale versus WHO Partograph (SLiP Trial) Randomized Controlled Trial. *Am J Perinatol.* janv 2018;35(1):48-54.
48. Thuillier C, Roy S, Peyronnet V, Quibel T, Nlandu A, Rozenberg P. Impact of recommended changes in labor management for prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* mars 2018;218(3):341.e1-341.e9.
49. Lazor LZ, Philipson EH, Ingardia CJ, Kobetitsch ES, Curry SL. A randomized comparison of 15- and 40-minute dosing protocols for labor augmentation and induction. *Obstet Gynecol.* déc 1993;82(6):1009-12.
50. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, McIntire D. High-dose oxytocin: 20- versus 40-minute dosage interval. *Obstet Gynecol.* févr 1994;83(2):234-8.
51. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. NICE Clinical Guidelines; 2017 [cité 12 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
52. Gaudernack LC, Frøslie KF, Michelsen TM, Voldner N, Lukasse M. De-medicalization of birth by reducing the use of oxytocin for augmentation among first-time mothers - a prospective intervention study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 mars 2018;18(1):76.
53. Vivier R. Étude des pratiques concernant l'amniotomie au cours d'un travail spontané à terme dans une population à bas risque Influence sur le travail et conséquences materno-fœtales. 2017.
54. Colmant M. Le travail dirigé par Syntocinon : Evaluation menée à la maternité de Bar-le-Duc. 2010. (Mémoire de diplôme d'état de sage-femme.).

55. Coutin A-S, Olivier M, Collin R, Basso-Valentina C. Utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané sur grossesse à bas risque. Enquête de pratiques des sages-femmes au sein du réseau de santé périnatale des Pays de la Loire. *Rev Médecine Périnatale*. 1 juin 2017;9(2):114-23.
56. Blanc-Petitjean P. Ocytocine de synthèse et travail spontané. Etude avant-après la mise en place d'un protocole à l'hôpital Louis-Mourier. Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme; 2013.
57. Vanlerenberghe J-M. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, [Internet]. 2015 [cité 12 déc 2017]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rapports-senateur/vanlerenberghe_jean_marie01034p2015.html
58. Rudigoz RC, Milliez J, Ville Y, Crepin G. De la bienveillance en obstétrique. La réalité du fonctionnement des maternités. 2018;22.
59. Coves C. Description de l'impact de l'information et du consentement sur le vécu de l'accouchement. Étude quantitative réalisée dans un CHU de type III. :91.
60. CIANE. Le déclenchement et l'accélération du travail : premiers résultats de l'enquête lancée par le CIANE [Internet]. 2012 [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/04/DeclenchementAccelerationCiane.pdf>
61. CIANE. Informed consent and refusal [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2016/10/HRiCStrasbourg2016.France.V2.pdf>
62. Quagliariello C. Le temps consacré à la communication médecin-patient. Analyses socio-anthropologiques du consentement éclairé. *Polit Commun* [Internet]. [cité 14 avr 2020]; Disponible sur: https://www.academia.edu/38891098/Le_temps_consacr%C3%A9_%C3%A0_la_communication_m%C3%A9decin-patient._Analyses_socio-anthropologiques_du_consentement_%C3%A9clair%C3%A9
63. Haute Autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013;76.
64. Suzanne M. Utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané chez les patientes à bas risque obstétrical : étude des pratiques des sages-femmes du CHU d'Angers. :33.
65. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 06 2017;7:CD003766.
66. Isidore J, Rousseau A. Administration of oxytocin during spontaneous labour: A national vignette-based study among midwives. *Midwifery*. juill 2018;62:214-9.
67. Ekelin M, Svensson J, Evehammar S, Kvist LJ. Sense and sensibility: Swedish midwives' ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labour augmentation. *Midwifery*. mars 2015;31(3):e36-42.

68. Deswarte E. La théorie de la dissonance cognitive [Internet]. Psychologie-sociale. [cité 13 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.psychologie-sociale.net/images/football.jpg>
69. Postel L. Bénéfice de la psychologie sociale pour comprendre la reconstruction (...) - cadresante.com [Internet]. 2005 [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cadresante.com/spip/profession/management/Benefice-de-la-psychologie-sociale>

GLOSSAIRE

ACOG : American College of Obstetrics and Gynecology

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIANE : Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RAM : Rupture artificielle des membranes

RCF : rythme cardiaque fœtal

RPC : recommandations pour la pratique clinique

TV : toucher vaginal

Trame d'entretien

Merci d'avoir accepté de réaliser cet entretien.

L'étude sur laquelle je travaille porte sur la prise en charge du travail obstétrical spontané. Nous allons parler de votre pratique en salle de naissance pendant 30 minutes. Ce qui m'importe, c'est de bien comprendre votre point de vue, comment vous voyez les choses.

L'entretien est anonyme, votre nom ne sera pas mentionné pas plus que celui de la maternité dans laquelle vous travaillez.

Ce que je recherche	Comment je le formule
Prise en charge d'un travail obstétrical spontané par la SF	<p>Pouvez-vous me raconter votre prise en charge d'un travail obstétrical spontané d'un singleton en présentation du sommet, à partir du passage en salle de naissance ?</p> <p>Dans quelles situations proposez-vous une analgésie péridurale à une parturiente en travail spontané ?</p> <p>Dans quelles situations pratiquez-vous une RPDE à une parturiente ?</p> <p>A partir de quelle dilatation du col ?</p> <p>Quels éléments prenez-vous en compte dans votre décision ?</p> <p>Relance : hauteur de présentation, dynamique utérine, présence d'anomalies du RCF, analgésie péridurale ?</p> <p>Occupation de la SDN ? Gestion de votre temps entre vos patientes en travail ?</p> <p>Utilisez-vous systématiquement du Syntocinon® ?</p> <p>Si non,</p> <p>Dans quelles situations proposez-vous à une parturiente une perfusion de Syntocinon® ?</p> <p>A partir de quelle dilatation du col ?</p> <p>Quels éléments prenez-vous en compte dans votre décision ?</p> <p>Relance : hauteur de présentation, dynamique utérine, présence d'anomalies du RCF, couleur du liquide, analgésie péridurale ?</p> <p>Occupation de la SDN ? Gestion de votre temps entre vos patientes en travail ?</p> <p>Comment caractérisez-vous une stagnation de la dilatation ?</p> <p>A quel débit de perfusion débutez-vous le syntocinon® ?</p> <p>Dans quelles conditions augmentez-vous le débit ? Avec quels paliers ? Avec quel intervalle de temps ?</p> <p>Dans quelles conditions diminuez-vous le débit ? Avec quels paliers ? Avec quel intervalle de temps ?</p> <p>Dans quelles conditions stoppez-vous la perfusion de Syntocinon® ?</p> <p>A quelle fréquence examinez-vous le col de vos patientes ?</p>

Bénéfices et complications associées à la direction du travail spontané	<p>Quels bénéfices attendez-vous d'une RPDE ? Quels risques prenez-vous en compte ? En informez-vous les patientes ?</p> <p>Quels bénéfices attendez-vous d'une perfusion d'oxytocine ? Quels risques prenez-vous en compte ? En informez-vous les patientes ?</p>
Habitudes de la maternité	<p>Les pratiques des sages-femmes de cette maternité sur la direction du travail spontané sont-elles à votre avis plutôt homogènes ou hétérogènes ?</p> <p>La maternité a-t-elle un protocole à ce sujet ?</p> <p>Participez-vous au staff de l'équipe obstétricale ? A quelle fréquence ?</p> <p>Le sujet de la direction du travail spontané a-t-il été abordé ?</p> <p>Quelle est la position des obstétriciens du service ?</p> <p>Avez-vous accès à des revues professionnelles ?</p> <p>Qu'aviez-vous appris comme pratiques durant vos études ?</p>
Connaissance des recommandations du CNSF	<p>Avez-vous connaissance des recommandations du CNSF au sujet du travail spontané ?</p> <p>Ces recommandations vous paraissent-elles pertinentes ?</p> <p>Ces recommandations vous paraissent-elles applicables dans le cadre de votre exercice en salle de naissance ?</p> <p>Ces recommandations ont-elles été discutées au sein de l'équipe obstétricale ?</p> <p>Avez-vous modifié vos pratiques depuis la publication des recommandations ? Avez-vous été encouragé(e) à le faire ?</p>
Contraintes organisationnelles en SDN	<p>Dans cette maternité, diriez-vous que l'activité en salle de naissance est plutôt forte, moyenne ou faible ? Ce niveau d'activité est-il plutôt constant ou variable ?</p> <p>Vous sentez-vous généralement disponible pour assurer la prise en charge de vos parturientes ?</p> <p>Les effectifs en salle de naissance vous paraissent-ils adaptés à la charge de travail ?</p> <p>Diriez-vous que la prise en charge des parturientes est influencée par le niveau d'activité lors d'une garde ?</p> <p>Eg. Délais de réalisation des actes (passage en SDN, péridurale), direction du travail</p> <p>Demandez-vous leur consentement aux femmes avant de leur administrer du Syntocinon® ?</p>
Informations socio-démographiques	<p>Année de diplôme</p> <p>Ecole de formation</p> <p>Sexe</p> <p>Age</p> <p>Combien de temps avez-vous travaillé en SDN ?</p> <p>Depuis quand travaillez-vous dans cette maternité en SDN ?</p>
Commentaire	<p>Y a-t-il des éléments que vous souhaiteriez ajouter ?</p>

Résumé

La direction du travail obstétrical spontané est couramment pratiquée dans les maternités françaises mais est associée à des effets indésirables parfois sévères. À la suite d'un travail initié par le Collège National des Sages-Femmes (CNSF), des recommandations pour la pratique clinique (RPC) ont été émises à ce sujet en 2016, redéfinissant le travail obstétrical normal et limitant les conditions d'intervention en cohérence avec les recommandations internationales. Ce travail vise à explorer les motivations de la direction du travail spontané par les sages-femmes et identifier les freins qui pourraient exister à l'application des recommandations par une étude qualitative menée auprès des sages-femmes dans deux maternités d'Ile-de-France. Nos résultats suggèrent que ces recommandations sont toujours peu appliquées et nous permettent d'en identifier plusieurs freins liés à des facteurs individuels et environnementaux. Sur la base de ces résultats, nous émettons plusieurs préconisations pour une meilleure application des RPC et pour promouvoir le déroulement physiologique du travail obstétrical.

Abstract

Labor augmentation is a common practice in French delivery wards but is associated with potentially serious adverse effects. Based on a work initiated by the French College of Midwives, clinical practice guidelines were published in 2016, redefining normal labor and limiting the conditions of intervention, consistently with international guidelines. The present work aims at exploring the obstacles to recommendations application, using a qualitative research study exploring perceptions and attitudes of midwives working in two hospitals located in Paris region. Our results suggest that the recommendations are still poorly followed and we identify several obstacles related to both individual and environmental factors. Based on these results, we make several propositions to increase midwives' adherence to recommendations and to promote the process of physiological labor in delivery ward.