



**HAL**  
open science

# Le toucher vaginal en salle de naissance : évaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique

Marine Guidez

## ► To cite this version:

Marine Guidez. Le toucher vaginal en salle de naissance : évaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique . Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01417280

**HAL Id: dumas-01417280**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01417280>**

Submitted on 15 Dec 2016

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



UNIVERSITÉ  
**PARIS**  
**DESCARTES**

**U-S-PC**

Université Sorbonne  
Paris Cité

## AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

---



USPC  
Université Sorbonne  
Paris Cité

Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

**Mémoire** pour obtenir le  
**Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

le : **28 juin 2016**

par

**Marine GUIDEZ**

Née le 24/07/1992

**Le toucher vaginal en salle de naissance :**

Evaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique

**DIRECTEUR DU MEMOIRE :**

**Mme TAUZIN - LE GALL Sophie**

Sage-Femme hospitalière Le Chesnay Parly II  
Sage-Femme libérale

---

**JURY :**

**Mme TAUZIN – LE GALL Sophie**

**Mme RAYMOND Anne-Sophie**

**Mme MESNIL Nicole**

**Mme MORANDEAU Anne**

Sage-Femme hospitalière et libérale, Le Chesnay Parly II

Sage-Femme, Antoine Béclère

Sage-Femme Enseignante, Baudelocque

Sage-femme, Maison de Naissance CALM

N° du mémoire : 2016PA05MA17

# Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Sophie Tauzin-Le Gall pour avoir dirigé ce mémoire ainsi que pour sa disponibilité, ses nombreux conseils et ses encouragements tout au long de sa réalisation.

Je remercie Anne Chantry pour son aide durant la recherche de ce sujet.

Je souhaite également remercier les cadres sages-femmes ayant accepté de participer à mon étude et aux sages-femmes interrogées d'avoir accordé un peu de leur temps à mon travail.

Merci à mes parents, mon frère, merci d'avoir toujours été là pour croire en moi durant ces 6 années d'études.

Je tiens à remercier mes amies Clara, Solène et Nathalie pour leurs longues années d'amitié, leur soutien et leur patience !

Et un grand merci tout particulier à mes collègues de promotion Julia, Malika, Diariétou, Emmanuella et Alexandra pour tous ces moments inoubliables passés ensemble !

# Table des matières

Liste des figures .....	I
Liste des annexes .....	II
Lexique .....	III
Introduction.....	1
<b>Matériels et Méthodes .....</b>	<b>6</b>
2.1. <i>Objet de l'étude</i> .....	6
2.1.1. Problématique .....	6
2.1.2. Hypothèses .....	6
2.1.3. Objectifs .....	6
2.2. <i>Méthodologie</i> .....	7
2.2.1. Type d'étude, dispositif de recherche.....	7
2.2.2. Construction des vignettes cliniques.....	7
2.2.3. Modalités de l'enquête (lieu d'étude, période de l'étude, population de l'étude) .....	9
2.2.4. Stratégie d'analyse statistique.....	9
2.3 <i>Considérations éthiques et réglementaires</i> .....	10
<b>Résultats .....</b>	<b>11</b>
3.1. <i>Description générale de la population d'étude</i> .....	11
3.1.1. Constitution de l'échantillon, données socio-professionnelles.....	11
3.1.1.1. Répartition selon l'âge .....	11
3.1.1.2. Répartition selon le sexe.....	11
3.1.1.3. Profil de la maternité d'exercice.....	12
3.1.2. Expérience professionnelle .....	13
3.1.2.1. Années d'expérience et d'ancienneté .....	13
3.1.2.2. Activité hors de la salle de naissance .....	13
3.1.2.3. Formation supplémentaire.....	14
3.1.3. Pratiques professionnelles .....	15
3.1.3.1. La pratique du TV chez les femmes à bas risque.....	15
3.1.3.2. Depuis quand avez-vous changé vos pratiques ?.....	16
3.1.3.3. Lecture de la littérature .....	17
3.2. <i>Principaux résultats des cas cliniques</i> .....	17
3.2.1. Pratiques professionnelles .....	17
3.2.1.1. Chez une femme qui n'est pas en travail.....	18
3.1.3.1.1. Rupture spontanée des membranes à terme .....	18
3.1.3.1.2. Conscience du risque infectieux.....	19

3.1.3.2. Chez une femme qui est en première phase de travail .....	19
3.1.3.2.1. Chez une patiente qui souhaite une APD.....	20
3.1.3.2.1. Chez une patiente qui ne souhaite pas une APD .....	21
3.1.3.3. Devant une phase de stagnation ? .....	24
3.1.4. Chez une patiente en deuxième phase de travail .....	26
3.1.4.1. TV post-rupture spontanée des membranes.....	26
3.1.4.2. Les situations indispensables à un examen vaginal .....	28
3.3. <i>Freins à l'arrêt du recours horaire systématique du TV</i> .....	28
3.3.1. Chez les patientes.....	28
3.3.2. Chez les professionnels .....	29
3.3.3. D'un point de vue organisationnel .....	31
3.3.3.1. Les facteurs externes.....	31
3.3.3.2. Les gardes de jour .....	31
3.3.3.3. Les urgences .....	32
3.3.3.4. Les équipes.....	33
3.4. <i>Evolution des pratiques et perspectives</i> .....	33
3.4.1. Avis sur un éventuel changement de pratique .....	33
3.4.2. Prise en charge d'une patiente avec TV/2 heures.....	35
3.4.3. Perspectives pour leurs pratiques futures .....	36
3.4.3.1. Facteurs pouvant rassurer les professionnels .....	36
3.4.3.2. Points soulignés et à améliorés selon les SF .....	36
3.4.3.3. Vers un changement de pratique ? .....	39
<b>Discussion .....</b>	<b>41</b>
4.1. <i>Résumé des principaux résultats et discussion</i> .....	41
4.1.1. L'échantillon .....	41
4.1.2. Evaluation des pratiques : retour aux hypothèses.....	42
4.1.2.1. L'importance de l'analgésie péridurale .....	42
4.1.2.2. La prise en compte de la douleur.....	44
4.1.2.3. Stagnation ? .....	45
4.1.3. Perspectives : attentes et réticences.....	46
4.1.4. Axes d'amélioration.....	50
4.2. <i>Points forts de l'étude</i> .....	51
4.3. <i>Limites et biais de l'étude</i> .....	51
<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>54</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>57</b>

## Liste des figures

Figure 1: Répartition des sages-femmes de l'échantillon selon l'âge .....	11
Figure 2: Répartition des sages-femmes de l'échantillon selon le sexe .....	12
Figure 3: Taux de réponses en fonction du statut/niveau de maternité .....	12
Figure 4 : Nombre d'années d'exercice depuis l'acquisition du diplôme .....	13
Figure 5: Activité hors de la salle de naissance.....	14
Figure 6: Formation supplémentaire .....	14
Figure 7: Types de formation.....	15
Figure 8: Pratique du TV horaire en fonction de la maternité .....	16
Figure 9: Lecture de la littérature.....	17
Figure 10: Toucher vaginal chez une femme avec une RSM ?.....	18
Figure 11: Connaissance du risque infectieux.....	19
Figure 12: TV initial chez une femme en début de travail souhaitant une APD.....	20
Figure 13: Examen pré-APD.....	20
Figure 14: Examen post-APD.....	21
Figure 15: TV initial chez une femme en début de travail ne souhaitant pas d'APD .....	22
Figure 16: TV chez une patiente ne souhaitant pas d'APD .....	23
Figure 17: Suivi de travail chez une patiente sans APD.....	23
Figure 18: TV identique à une heure d'intervalle.....	24
Figure 19: Si vous décidez de pratiquer une intervention, quels sont les facteurs qui vous font prendre cette décision ?.....	24
Figure 20: Pec en active du travail en cas de « stagnation » en phase de latence ?.....	25
Figure 21: Refaire le partogramme ? .....	26
Figure 22: TV en cas de RSM chez une femme en travail.....	27
Figure 23: TV indispensable : quelles situations ? .....	28
Figure 24: Facteurs influençant la pratique du TV .....	29
Figure 25: Craintes face à l'arrêt du TV horaire .....	30
Figure 26: Avis sur cette PEC .....	30
Figure 27: Influence des facteurs organisationnels sur la pratique du TV .....	31
Figure 28: CAT devant situation d'urgence .....	32
Figure 29: Délai de réalisation d'un TV reporté.....	32
Figure 30: Réexaminez-vous derrière une collègue? .....	33
Figure 31: Connaissances des pratiques des SF hollandaises.....	34
Figure 32: Moyens de déterminer les stades d'avancée du travail .....	34
Figure 33: Pensez-vous avoir la possibilité de respecter la physiologie?.....	35
Figure 34: Facteurs pouvant faire changer les pratiques concernant le TV .....	36

## Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire distribué aux sages-femmes.....	57
--	----



## Lexique

ACRF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal

CEF : Centres d'Explorations Fonctionnelles

CS : Consultations

CU : Contraction Utérine

DAN : Diagnostic Anté-Natal

DC : Dilatation Complète

DU : Diplôme Universitaire

ENP : Enquête Nationale de Périnatalité

EPP : Evaluation des pratiques professionnelles

GHR : Grossesses à Haut Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

NR : Non Renseigné

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEC : Prise en charge

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RSM : Rupture Spontanée des Membranes

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDC : Suites De Couches

SF : Sage-Femme

TV : Toucher Vaginal

## Introduction

La pratique du toucher vaginal en France est systématiquement pratiquée par les professionnels de santé pour évaluer l'état de l'avancée du travail. Les recommandations actuelles n'incitent pas à pratiquer un toucher vaginal horaire en cas de grossesse et de travail à bas risque : en effet l'OMS recommande un examen vaginal toutes les 4 heures pendant le travail (1).

Les études menées sur le déroulement du travail et la pratique du toucher vaginal et les recommandations anglaises montrent que celui-ci est pratiqué au minimum toutes les 4 heures en Angleterre (2,3).

La pratique du toucher vaginal durant le travail a pour but initial de diagnostiquer une dystocie, et un ralentissement de la cinétique de dilatation du col. Un recours fréquent et régulier au TV permettrait de diagnostiquer plus tôt et de prendre plus rapidement en charge cette dystocie cervicale par l'usage, entre autres, d'ocytociques et de l'amniotomie (4).

Il a été démontré leurs bénéfices sur le déroulement du travail : l'usage d'ocytociques et la pratique d'une amniotomie réduit significativement la durée du travail, cela réduit également les accouchements par césarienne, dans une moindre mesure (5,6). Le TV horaire pourrait permettre de dépister plus tôt les éventuelles dystocies et de les prendre plus rapidement en charge. Ces bénéfices pourraient justifier de manière compréhensible la pratique horaire systématique du TV durant le travail. D'autant plus, qu'il s'agit d'un examen non coûteux et rapide à réaliser, ce qui peut conduire à son recours régulier bien que parfois non nécessaire voire délétère.

En effet, une nouvelle définition de la phase de latence tend à rallonger la durée physiologique de la première phase de travail (7,8). Ce qui tend également à changer les pratiques concernant le diagnostic et la prise en charge d'une dystocie cervicale. Ces données sont à considérer car l'usage de l'ocytocine de synthèse et de l'amniotomie sont conditionnés par la définition de la dystocie et qu'un des questionnements majeurs est de savoir ce qui constitue réellement un défaut de

progression et donc ce qu'est une progression physiologique du travail. Ainsi, une définition trop stricte entrainerait à surestimer le nombre de travaux dystociques et donc intervenir inutilement sur son déroulement. Dès lors, diagnostiquer un examen vaginal identique à 2 heures d'intervalle ne constituerait plus une situation pathologique nécessitant une intervention mais relèverait d'un travail physiologique. Nous pouvons nous interroger sur la pertinence du maintien des touchers vaginaux horaires si l'on considère l'allongement des durées du travail (9).

Pour exemple, dans la pratique courante anglaise où un TV est pratiqué toutes les 4 heures, une intervention médicale est proposée au bout de 6h de stagnation de la dilatation. A titre comparatif, l'intervention en France a lieu au bout d'une heure de stagnation, et en étant assuré du bien-être fœtal et maternel, on tolère une stagnation de 3 heures avant de pratiquer une césarienne (2). Alors même que leurs résultats périnataux sont similaires aux nôtres.

Des TV trop rapprochés pourraient induire des diagnostics erronés de stagnation et nous faire intervenir inutilement sur le travail. Or, les effets secondaires de l'ocytocine de synthèse sont connus: elle peut entraîner une hyperstimulation utérine provoquant des ARCF et en conséquence des acidoses fœtales. De plus, des études ont démontré son association significative entre son utilisation pendant le travail et la survenue d'une hémorragie de la délivrance (10). Quant à la RAM, différentes études ont mis en évidence que l'amniotomie précoce pratiquée en routine chez les femmes en travail spontané s'associait plus fréquemment à des décélérations fœtales sévères, et à une augmentation de la fréquence des césariennes pour détresse fœtale (11). Il majore également le risque infectieux, le risque de procidence du cordon et d'hémorragie de Benckiser.

De plus, certaines études montrent que le recours aux ocytociques est parfois employé sans réelle indication. Par exemple, dans l'étude réalisée par C.Loscul en 2013 sur l'usage du Syntocinon® par les professionnels de Port-Royal, il a été montré que dans près de 11% des cas, la patiente et le travail ne présentaient aucune indication pour son utilisation (12). Le recours aux ocytociques de synthèse alors qu'il n'y a pas d'indication est associée, dans l'étude de Bernitz et al. en 2014 à un risque plus important d'accouchement par voie basse instrumentale, résultats

non retrouvés pour les patientes présentant une réelle dystocie (13).

Or, il existe peu d'études apportant des résultats fiables sur la précision et la reproductibilité de la mesure du TV pour suivre l'évolution du travail ; elles montrent cependant une forte variabilité intra observateur. L'étude de Phelps et coll. portant sur 828 examens, l'auteur montre que la détermination exacte de la dilatation était seulement de 48,8% et que la variabilité intra observateur était de 39,9%. Concernant l'effacement du col, la détermination par le TV est exacte dans 52,9% (14).

Dès lors, une erreur de diagnostic concernant une stagnation pourrait donc facilement survenir et engendrer de la iatrogénie. Avec une telle variabilité intra et inter observateurs, un TV toutes les 2 ou 4 heures pourrait-il diminuer cette variabilité et permettre de s'assurer d'une réelle stagnation ?

C.Loscul a aussi démontré que les ocytociques de synthèse, quand ceux-ci sont nécessaires, sont souvent mal utilisés (près de 53% des travaux dirigés sous Syntocinon® ne respectent pas le protocole de prescription). De même que M.Morlat, dans son mémoire de sage-femme, qui note que 25% des femmes ont des travaux dirigés sous ocytocine sans dystocie dynamique, afin d'accélérer le travail notamment (15).

Ceci nous interroge : le recours aux ocytociques de synthèse et à l'amniotomie ne servirait-il qu'à résoudre les dystocies ? Ou y aurait-on recours pour accélérer le travail notamment ? En effet, plusieurs études relèvent le problème de la charge de travail dans les maternités françaises.

Depuis la fin des années 1980, nous savons diriger l'activité utérine pour pallier à ces dystocies. Cette gestion est surtout possible grâce à l'ocytocine et à l'amniotomie, utilisées dans respectivement plus de 60% et 51% des travaux obstétricaux spontanés, selon l'ENP (16).

La réforme de la périnatalité, en 1998, a restructuré la prise en charge de l'accouchement en considérant, sur la base de données épidémiologiques, que le risque obstétrical est en grande partie prévisible et que les professionnels doivent orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque évalué pour elles-mêmes et

pour l'enfant à naître : à chaque niveau de risque correspondant des maternités de niveau I, II, III (17).

Les maternités de niveau III sont ainsi devenues des centres où sont prises en charge toutes les grossesses où les professionnels de santé sont confrontés à des grossesses pathologiques et donc à une PEC potentiellement plus interventionniste du travail et de l'accouchement que dans les maternités de niveaux I qui assurent la surveillance de femmes dites à « bas risque obstétrical » (15).

Des entretiens exposent le sentiment, chez les sages-femmes, que leur activité s'est modifiée avec une médicalisation plus importante de la naissance et une plus grande prise de responsabilité pour les cas pathologiques ainsi qu'une nette progression des tâches administratives et un temps diminué à accorder aux patientes (18,19). Dès lors, le TV pourrait ne plus être seulement un examen servant au diagnostic des dystocies mais aussi servir à une bonne organisation de l'activité en salle de naissance en s'assurant d'une progression rapide du travail des patientes. En effet, en France, l'accouchement est devenu au fil des années un acte purement clinique et médical: en étant de moins en moins pratiqué chez les patientes chez qui il était réalisé à 47% dans l'intimité de leur domicile dans les années 1950 mais de plus en plus fréquemment en institutions médicalisées (17). A l'heure où le travail obstétrical se doit d'être efficace, l'avancée du travail est surveillée très régulièrement en salle de travail et ses complications anticipées au maximum pour garantir un meilleur état maternel et fœtal (20). Ceci s'inscrit dans un contexte où l'accouchement est considéré comme un acte imprévisible à haut risque maternel et fœtal pour lequel la bonne gestion du travail est indispensable : dès lors le travail et l'accouchement ne sont plus considérés comme imprévisibles mais comme un acte que l'on peut presque maîtriser (déclenchement, analgésie péridurale...).

Nous nous sommes donc interrogés sur la place du toucher vaginal horaire chez les parturientes à bas risques en salle de naissance.

De nombreuses études ont déjà été faites, notamment sur le TV systématique pendant la grossesse, et ont conclu à une utilisation massive et parfois inutile du recours à cet examen. Compte tenu du poids de la formation initiale sur les habitudes

et pratiques qui en découlent, nous pouvons affirmer qu'il existe une influence socio-culturelle française sur la pratique du TV horaire à la fois chez les professionnels de santé mais aussi chez les parturientes pour qui l'examen vaginal avec la sage-femme peut-être vécu comme un « rendez-vous » pour connaître l'avancée du travail.

Actuellement, il n'existe pas de recommandation française sur la pratique du TV en salle de naissance. Nous sommes appuyées sur les pratiques européennes qui nous ont permis de nuancer l'intérêt de cet examen. En effet, certains de nos voisins européens aux conditions socio-économiques et démographiques comparables aux nôtres ne réalisent pas de TV systématique alors même que leurs résultats concernant la morbidité materno-fœtale et néonatale sont similaires aux nôtres.

Beaucoup d'études ont été faites sur l'utilité d'un TV systématique en consultation en cours de grossesse. Peu se sont intéressées à la pratique de celui-ci en salle de naissance. Il a été démontré que le recours à des examens vaginaux trop fréquents augmenterait de manière significative le risque d'infection materno-fœtale, il en ressort aussi une insatisfaction maternelle pour qui les examens peuvent devenir une source d'angoisse (3,21).

Il nous a semblé intéressant de questionner les pratiques des sages-femmes françaises sur la réalisation du TV et d'aborder les éventuels freins à l'arrêt de son recours horaire systématique.

# Matériels et Méthodes

## 2.1. Objet de l'étude

### 2.1.1. Problématique

L'objet de cette étude est d'évaluer la pratique professionnelle du toucher vaginal en salle de naissance et les freins à l'arrêt de son utilisation horaire systématique chez les patientes dites « à bas risque ».

### 2.1.2. Hypothèses

Dans le but de répondre à notre problématique nous avons formulé plusieurs hypothèses :

- Les sages-femmes effectuent de manière systématique un TV horaire durant le travail quel que soit la patiente
- La première justification du recours horaire est le diagnostic de mise en travail et le dépistage précoce d'une dystocie cervicale
- La primiparité est un facteur influençant la pratique d'un TV horaire systématique
- Les sages-femmes connaissent les recommandations actuelles de l'OMS sur la pratique du TV mais il existe des freins à leur application

### 2.1.3. Objectifs

Pour cela, nous avons cherché à émettre plusieurs objectifs :

- Evaluer la pratique du toucher vaginal par les sages-femmes en salle de naissance.
- Etudier les freins à l'arrêt de son recours horaire systématique pour les femmes dites « à bas risque ».

## **2.2. Méthodologie**

### 2.2.1. Type d'étude, dispositif de recherche

L'étude effectuée est une enquête descriptive, quantitative, multicentrique réalisée à l'aide de questionnaires, de type évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Les questions sont basées sur des cas cliniques (4 au total) issus de dossiers obstétricaux à la maternité de Port-Royal.

### 2.2.2. Construction des vignettes cliniques

Le choix de l'étude s'est porté sur la pratique du toucher vaginal chez des patientes dites « à bas risque ». Les dossiers des cas cliniques ont été choisis de manière rétrospective à l'aide du logiciel DIAMM à Port-Royal sur la période du 1<sup>er</sup> mai au 5 juin 2015. Les dossiers ont été choisis à partir de critères précis chez des patientes identifiées comme étant « à bas risque obstétrical ».

Toutes les études portant sur les grossesses à bas risque s'accordent pour définir celle-ci comme une grossesse « ne présentant aucune complication avérée chez une femme en bonne santé (...) et dont la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale sont les plus grandes ».

Les critères d'inclusion choisis ont été établis en fonction de différentes définitions du bas risque le plus fréquemment retrouvées dans la littérature. Les études menées par C.Le Ray en 2009 présentent une revue de la littérature sur la définition des parturientes à « bas risque obstétrical » (22). Les critères d'inclusion des patientes sont très hétérogènes selon les études, cependant des critères sont plus ou moins constants.

En revanche, les critères néonataux sont relativement homogènes entre les études. Les critères les plus souvent présents sont un fœtus unique, en présentation céphalique, à plus de 37 SA. Dans certaines études, une limite supérieure de terme est ajoutée, ou des critères de poids dans des études rétrospectives (22).

Nous nous sommes inspirés de ses travaux ainsi que des critères d'inclusion du rapport AUDIPOG de 2002-2003 pour définir nos critères d'inclusion.



Nous avons défini une patiente à bas risque selon les critères d'inclusion et de non inclusion suivants :

<b>Critères d'inclusion</b>	<b>Critères de non inclusion</b>
<b>Primipare ou multipare</b>	<b>Utérus cicatriciel</b>
<b>Grossesse simple</b>	<b>Pathologies préexistantes à la grossesse ayant une incidence sur celle-ci</b>
<b>Travail spontané à terme</b>	<b>Pathologies gravidiques</b>
<b>Fœtus estimé eutrophe</b>	<b>Hospitalisations durant la grossesse</b>
<b>Agées de 20 à 35 ans</b>	<b>Grossesse multiple</b>
<b>IMC de 18 à 30</b>	<b>Fœtus hypotrophe, macrosome</b>
<b>Présentation céphalique</b>	<b>Naissance prématurée</b>

Les vignettes comprennent la synthèse des dossiers obstétricaux et ont été réalisées de manière à connaître les informations indispensables à la prise en charge d'un travail soit : les renseignements généraux (parité, âge, antécédents) et éléments notables concernant la grossesse actuelle (PV de fin de grossesse, échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre, dernier TV de consultation, terme).

Les questions renseignent ensuite sur le déroulement du travail afin de pouvoir y répondre en ayant connaissance des éléments importants pour la prise en charge (mode d'entrée en travail, RCF, modalités de rupture des membranes, progression du travail...).

Le questionnaire comporte à la fois des questions fermées portant sur la prise en charge et la pratique du TV et à la fois des questions plus ouvertes pour permettre à chacun de s'exprimer plus librement sur le sujet et sur les freins à la diminution de fréquence de réalisation des TV.

### 2.2.3. Modalités de l'enquête (lieu d'étude, période de l'étude, population de l'étude)

Les sages-femmes sondées devaient pratiquer régulièrement en salle de naissance. Nous avons au préalable testé nos questionnaires sous forme papier du 17 septembre 5 octobre 2015 au auprès de 11 sages-femmes de la maternité du Chesnay-Parly II qui nous ont permis de réadapter le questionnaire et permis des améliorations. Leurs réponses ont été exclues de l'enquête.

L'étude s'est déroulée sur plusieurs maternités d'Ile-de-France acceptant d'y participer, les questionnaires ont été envoyés sous forme de questionnaire en ligne auprès de 9 maternités :

<b>Maternité</b>	<b>Niveau</b>	<b>Statut</b>
<b>Max Fourestier-Nanterre</b>	I	Public
<b>Les Bluets</b>	I	Public
<b>Les Lilas</b>	I	Privé
<b>St Joseph</b>	II B	Privé
<b>La Pitié-Salpêtrière</b>	II A	Public
<b>Béclère</b>	III	Public
<b>Saint-Denis</b>	III	Public
<b>Pontoise</b>	III	Public
<b>Créteil</b>	III	Public

Le recueil des réponses a été fait du 13 octobre 2015 au 19 janvier 2016.

### 2.2.4. Stratégie d'analyse statistique

Les données ont été retranscrites sous formes de pourcentages dans des tableaux sur Excel 2010.

Pour analyser les données recueillies, les tests de Chi<sup>2</sup> et le test exact de Fisher ont été utilisés lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5

Nous avons testé la significativité des résultats au risque d'erreur alpha = 5% pour les variables qualitatives, grâce au logiciel « Biostat TGV ».

### **2.3 Considérations éthiques et réglementaires**

Concernant Port-Royal, nous avons eu l'autorisation du chef de service, le Pr Goffinet et de la cadre sage-femme Mme Hillion d'accéder aux dossiers archivés de Port-Royal. L'anonymat des dossiers obstétricaux a été respecté.

Concernant les maternités participantes à l'étude, elles ont été contactées par l'intermédiaire des cadres sages-femmes qui nous ont données les autorisations de diffuser le questionnaire en ligne aux sages-femmes exerçant en salle de naissance durant la période d'étude.

# Résultats

## 3.1. Description générale de la population d'étude

L'échantillon est composé de 82 sages-femmes : 82 questionnaires ont été récupérés, ils sont tous exploitables.

### 3.1.1. Constitution de l'échantillon, données socio-professionnelles

#### 3.1.1.1. Répartition selon l'âge

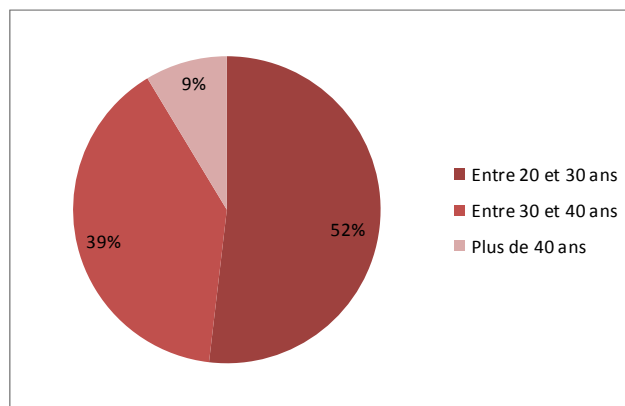


Figure 1: Répartition des sages-femmes de l'échantillon selon l'âge

Parmi les sages-femmes interrogées, 52% (42/82) d'entre elles ont entre 20 et 30 ans, 39% (32/82) entre 30 et 40 ans, et 9% (7/82) ont plus de 40 ans.

#### 3.1.1.2. Répartition selon le sexe

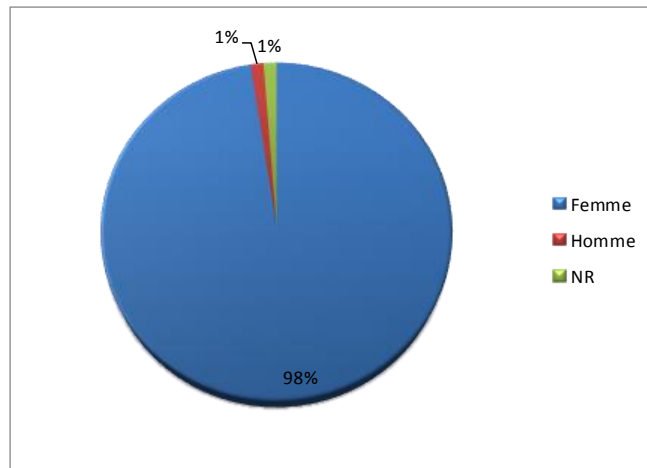


Figure 2: Répartition des sages-femmes de l'échantillon selon le sexe

Parmi notre population de sages-femmes, 1 seule était un homme (1%), 98% (80/82) sont des femmes. 1 sage-femme n'a pas répondu à cette question.

### 3.1.1.3. Profil de la maternité d'exercice

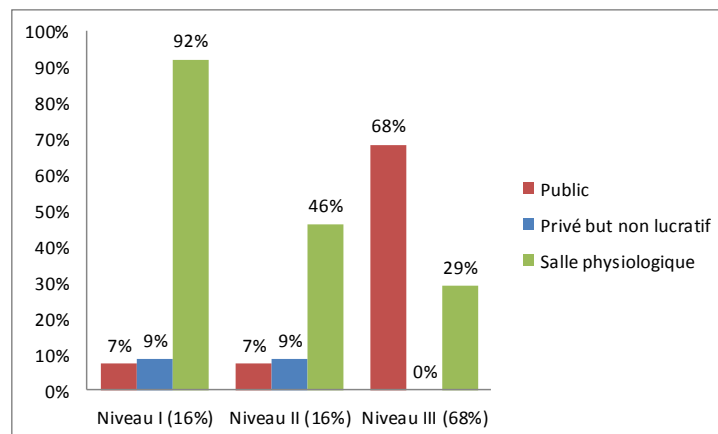


Figure 3: Taux de réponses en fonction du statut/niveau de maternité

82% (67/82) des sages-femmes travaillent dans une maternité publique. 17% (14/82) travaillent en secteur privé. Dans les maternités privées sondées, 100% des sages-femmes réalisent les accouchements.

77% (63/82) des sages-femmes déclarent présenter leurs dossiers accouchées de la nuit au staff du matin. 22% (18/82) ne les présentent pas.

La plupart des sages-femmes sondées travaillent dans une maternité de niveau III

(66% soit 55/82), 16% d'entre elles (13/82) travaillent en niveau II et 16% en niveau I.

Les maternités sondées de niveau I réalisent en moyenne 1440 accouchements par an. 2890 et 4030 accouchements sont réalisés respectivement dans les maternités de niveau II et de niveau III. 92% des maternités de niveau I comportent une salle nature physiologique. 46% et 29% des niveaux II et III en comportent une.

### 3.1.2. Expérience professionnelle

#### 3.1.2.1. Années d'expérience et d'ancienneté

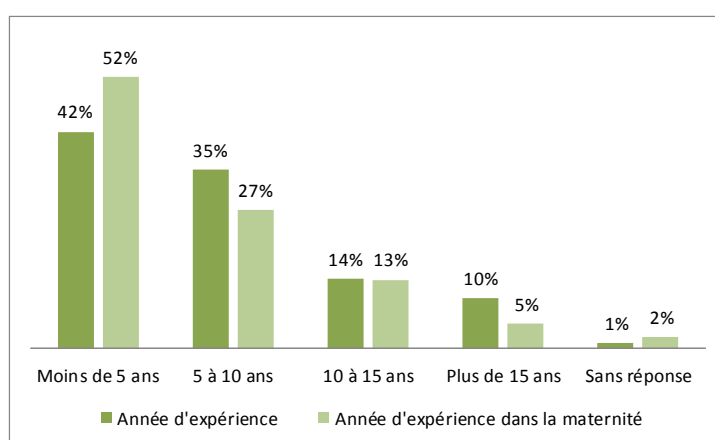


Figure 4 : Nombre d'années d'exercice depuis l'acquisition du diplôme

La majorité des sages-femmes interrogées ont moins de 10 ans d'expérience (77% 32/82). De plus, pour la plupart elles exercent majoritairement (52% soit 43/82) depuis moins de 5 ans dans leur maternité d'exercice.

#### 3.1.2.2. Activité hors de la salle de naissance

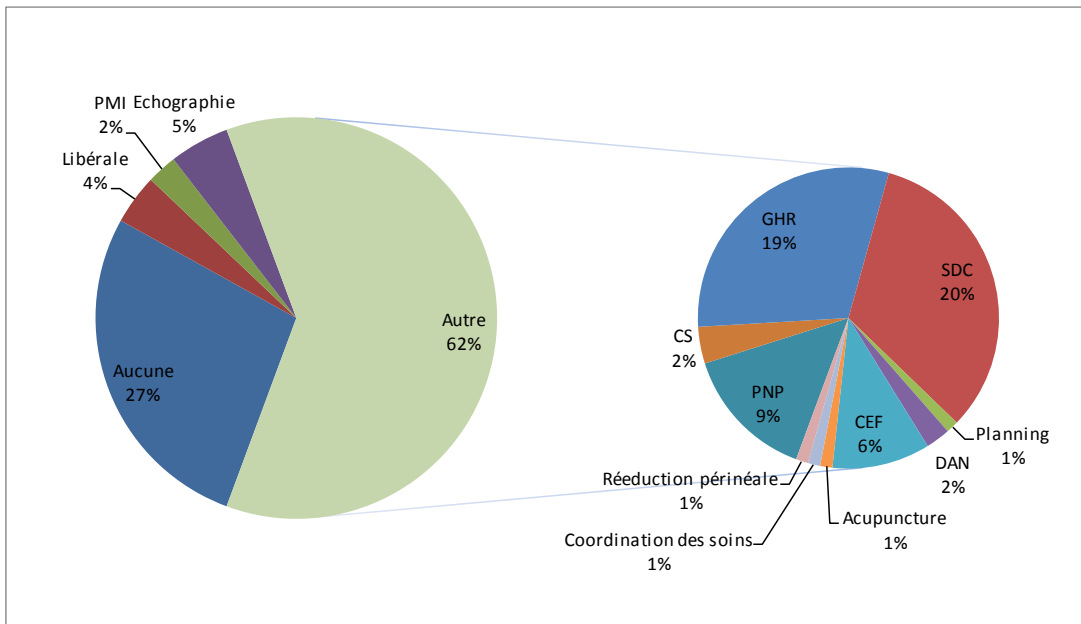


Figure 5: Activité hors de la salle de naissance

La plupart des sages-femmes sont polyvalentes (73% soit 48/82). Pour la majorité, elles exercent dans d'autres services de la maternité (GHR, SDC, PNP, CEP...). 5% des sages-femmes (6/82) pratiquent régulièrement l'échographie, 4% (5/82) ont une activité libérale en parallèle, 2% (3/82) travaillent également en PMI.

### 3.1.2.3. Formation supplémentaire

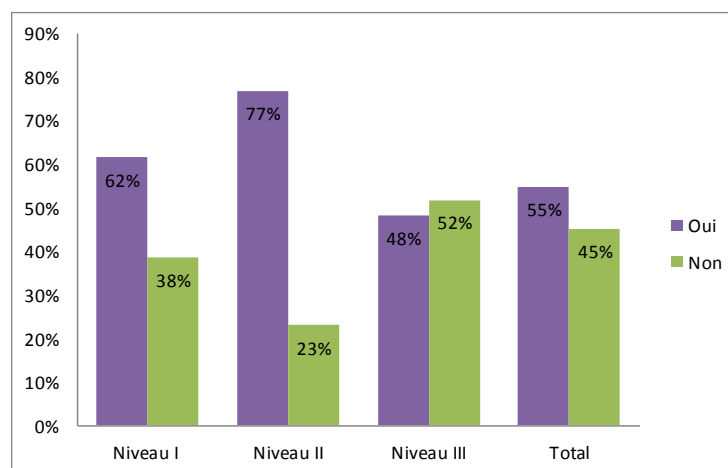


Figure 6: Formation supplémentaire

55% (45/82) des sages-femmes ont bénéficié d'une formation supplémentaire.

Les sages-femmes exerçant en maternité de niveau II ont le plus bénéficié d'une formation complémentaire (69% soit 9/13), et respectivement 62% (8/13) et 44% (24/ 56) en niveau I et III ont une formation supplémentaire.

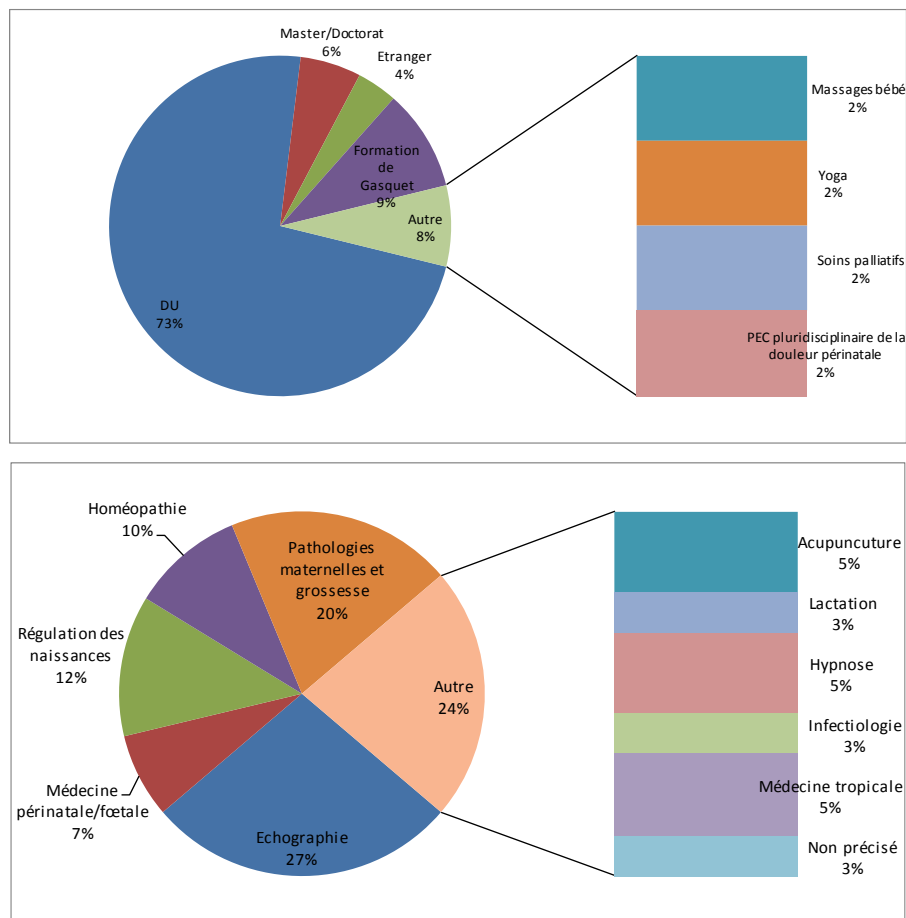


Figure 7: Types de formation

Pour la grande majorité (73% soit 38/45), il s'agit de DU : principalement le DU d'échographie à 27% (11/38) et des pathologies maternelles et grossesse (20% soit 8/38). 4% des sages-femmes (2/45) ont exercé à l'étranger.

### 3.1.3. Pratiques professionnelles

#### 3.1.3.1. La pratique du TV chez les femmes à bas risque



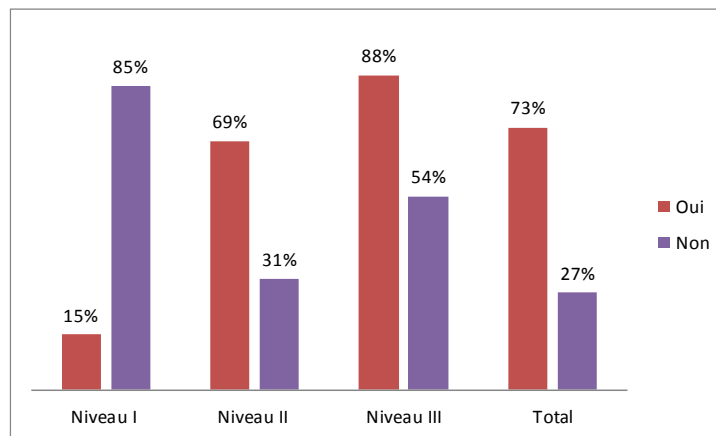


Figure 8: Pratique du TV horaire en fonction de la maternité

73% (60/82) des sages-femmes déclarent pratiquer un TV horaire chez une patiente à bas risque. Elles sont nettement plus importantes à le pratiquer en maternité de niveau III (87%) par rapport aux maternités de niveau II (69%) ou I ou elles ne sont que 15% à pratiquer un TV par heure.

### 3.1.3.2. Depuis quand avez-vous changé vos pratiques ?

19 sages-femmes ont répondu à cette question. Ces thèmes sont les plus abordés par les SF :

- La formation initiale : 6 SF précisent qu'elles n'ont jamais pratiqué de TV horaire (« depuis le début de mon activité professionnelle », « depuis toujours », « jamais de façon systématique »).  
2 SF ont fait leurs études à l'étranger (Angleterre, Allemagne) et précisent qu'elles ne pratiquent pas de TV horaire sans argumentation valable (« on peut réaliser un partogramme analysable sans faire de TV toutes les heures », « je n'ai pas fait mes études en France (...) je refuse de faire ce qui ne s'argumente pas d'une manière ou d'une autre »).
- L'exercice en maternité de niveau I : 6 SF notent un changement de pratique après leur exercice en maternité de niveau 1 (« depuis mon arrivée dans cette maternité ou nous essayons de respecter au mieux la physiologie », « en apprenant auprès de mon équipe », « en niveau 1 ou on est sensibilisées à l'évaluation de l'avancement du travail par d'autres signes que la dilatation cervicale »...)

- L'organisation du service : 2 SF notent l'importance de l'avis global du service (protocole, médecins, sages-femmes) sur cette prise en charge (« je me suis aperçue que mes collègues n'étaient pas à un quart d'heure près », « le chef de service étant d'accord, nous pouvons nous accorder plusieurs heures entre chaque TV »...). 2 SF notent que la surcharge d'activité, et le manque de temps les ont conduits à espacer leurs examens (« activités », « parfois par manque de temps et à cause de la surcharge d'activité »).
- L'expérience : 5 SF notent leur expérience comme moteur dans cette prise en charge (« avec l'expérience », « mon expérience a aussi développé mon sens clinique », « l'essentiel est d'être à l'écoute de la patiente et de l'impression clinique »).

### 3.1.3.3. Lecture de la littérature

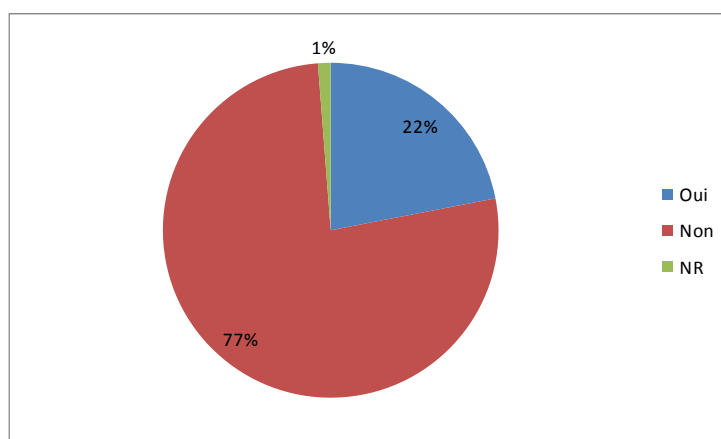


Figure 9: Lecture de la littérature

77% des sages-femmes déclarent ne pas lire de littérature scientifique sur le sujet. Elles sont sensiblement plus élevées dans les maternités de niveau I (46%), par rapport au niveau II (31%) et III (13%).

## 3.2. Principaux résultats des cas cliniques

### 3.2.1. Pratiques professionnelles

### 3.2.1.1. Chez une femme qui n'est pas en travail

#### 3.1.3.1.1. Rupture spontanée des membranes à terme

Chez une femme ayant rompu et qui ne manifeste pas de signes cliniques de travail, 90% (74/82) des sages-femmes pratiquent un toucher vaginal.

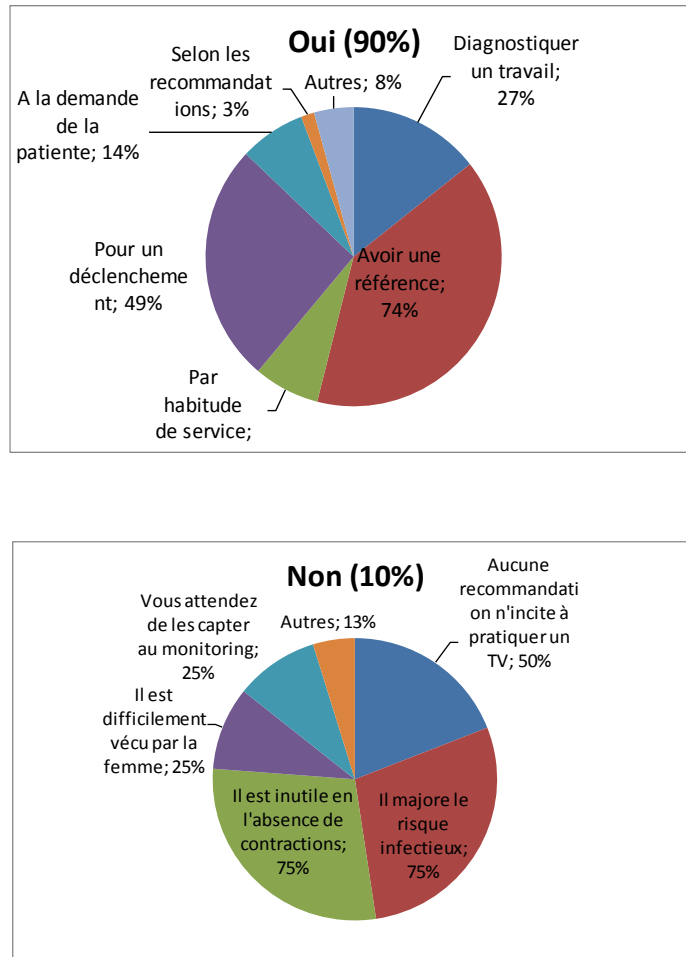


Figure 10: Toucher vaginal chez une femme avec une RSM ?

Elles sont 74% (55/74) à le pratiquer pour avoir une référence et 49% (36/74) pour avoir une référence en vue d'un éventuel déclenchement. 14% (10/74) le pratiquent par habitude de service, 3% (2/74) car elles pensent qu'il s'agit des recommandations en vigueur, 14% (10/74) le pratiquent à la demande de la patiente. 5 sages-femmes (7%) ont mentionnées vouloir écarter une procidence de cordon. Il faut noter que près d'un quart des sages-femmes (27%) souhaitent diagnostiquer

un travail en pratiquer ce toucher vaginal.

Parmi les sages-femmes n'examinant pas cette patiente,  $\frac{3}{4}$  (6/8) des sages-femmes justifient leur pratique par une majoration du risque infectieux et jugent le TV inutile pour élaborer un diagnostic.  $\frac{1}{4}$  (2/8) précise que le TV est douloureux pour la femme, et attendent de capter des contractions au monitoring.

50% des sages-femmes pensent qu'aucune recommandation n'incite à le pratiquer. 1 sage-femme a souligné qu'il n'était « d'aucun intérêt diagnostic ».

### 3.1.3.1.2. Conscience du risque infectieux

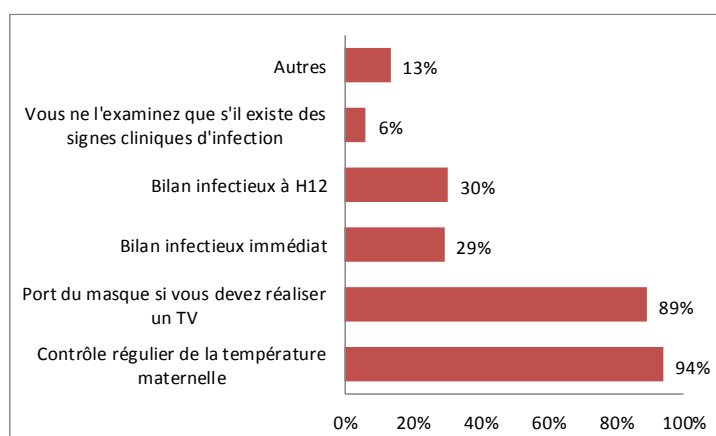


Figure 11: Connaissance du risque infectieux

Face à une RSM et pour prévenir le risque infectieux, les sages-femmes contrôlent régulièrement la température de la patiente (94% 77/82), et porte un masque au moment de l'examiner (89% 73/82). En revanche, elles sont seulement 6% (5/82) à ne l'examiner que s'il existe des signes cliniques d'infection.

30% (25/82) font un bilan infectieux à H12, et 29% (24/82) immédiatement.

Parmi les réponses « Autres », une SF a précisé limiter les TV. La plupart des autres réponses répondent à des protocoles internes de prévention d'IMF (antibiothérapie, bilan infectieux).

### 3.1.3.2. Chez une femme qui est en première phase de travail

### 3.1.3.2.1. Chez une patiente qui souhaite une APD

Chez une femme à membranes intactes présentant des signes cliniques de travail, 94% (77/82) des sages-femmes interrogées pratiqueraient un TV. 6% (5/82) ne l'examinent pas.

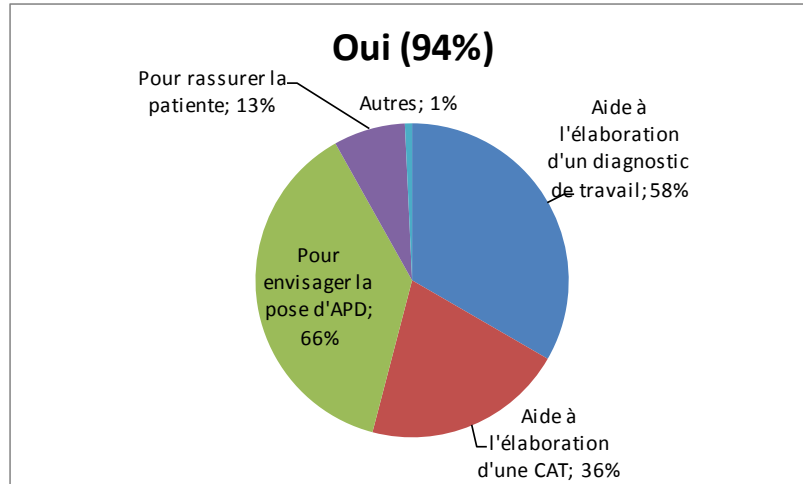


Figure 12: TV initial chez une femme en début de travail souhaitant une APD

66% (51/77) la réexaminent pour envisager la pose d'une analgésie péridurale, 58% (45/77) pour établir un diagnostic de travail, 13% (10/77) souhaitent rassurer la patiente, 36% (28/77) souhaitent qu'il les aide à élaborer une conduite à tenir. 1 sage-femme a noté qu'il lui sert à «accélérer la pose de l'APD ».

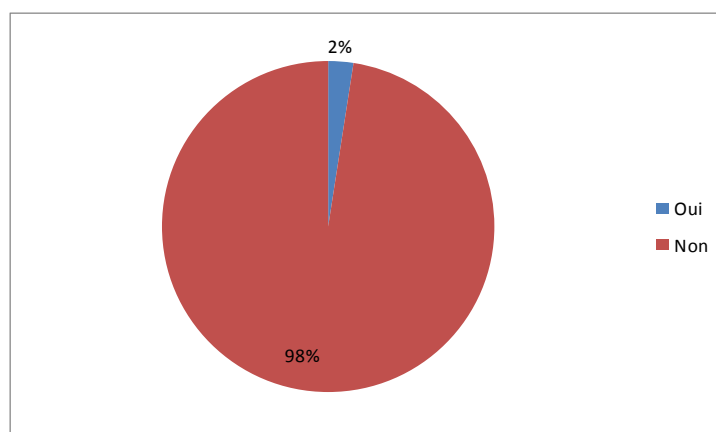


Figure 13: Examen pré-APD

98% (80/82) des sages-femmes ne réexaminent pas la patiente avant la pose de l'analgésie péridurale. Les raisons mentionnées par les SF sont principalement l'absence d'intérêt diagnostique dans ce cas de figure car le diagnostic de travail est déjà posé et dès lors une APD peut être envisagée. Elles notent également le fait qu'il s'agit d'une primipare et qu'elle est en début de travail. De plus, elle est algique 54 SF sur 79 mentionnent cette raison pour ne pas l'examiner avant la pose d'une APD.

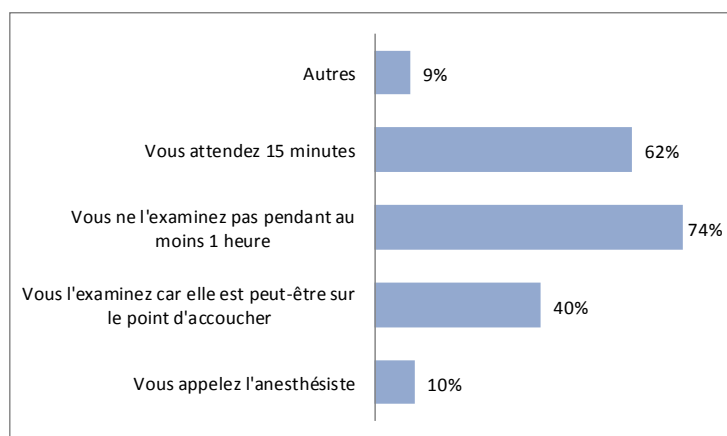


Figure 14: Examen post-APD

Face à une patiente algique chez qui l'analgésie péridurale vient d'être posée par l'anesthésiste, 74% (61/82) des SF ne réexaminent pas de suite la patiente, 62% (51/82) attendent 15 minutes avant de la réexaminer, 40% (33/82) l'examinent car elle est peut-être sur le point d'accoucher. 10% (8/82) rappelle l'anesthésiste.

Parmi les réponses « Autres », les SF soulignent pratiquer le TV en fonction de l'intensité de la douleur et du comportement de la femme (1 et 2 %), 4% soulignent l'importance de l'accompagnement. 1 SF réinjecte dans la péridurale.

#### 3.1.3.2.1. Chez une patiente qui ne souhaite pas une APD

Chez une femme présentant des signes de début de travail et ne souhaitant pas d'analgésie péridurale : 96% (79/82) examinent la patiente dès son arrivée.

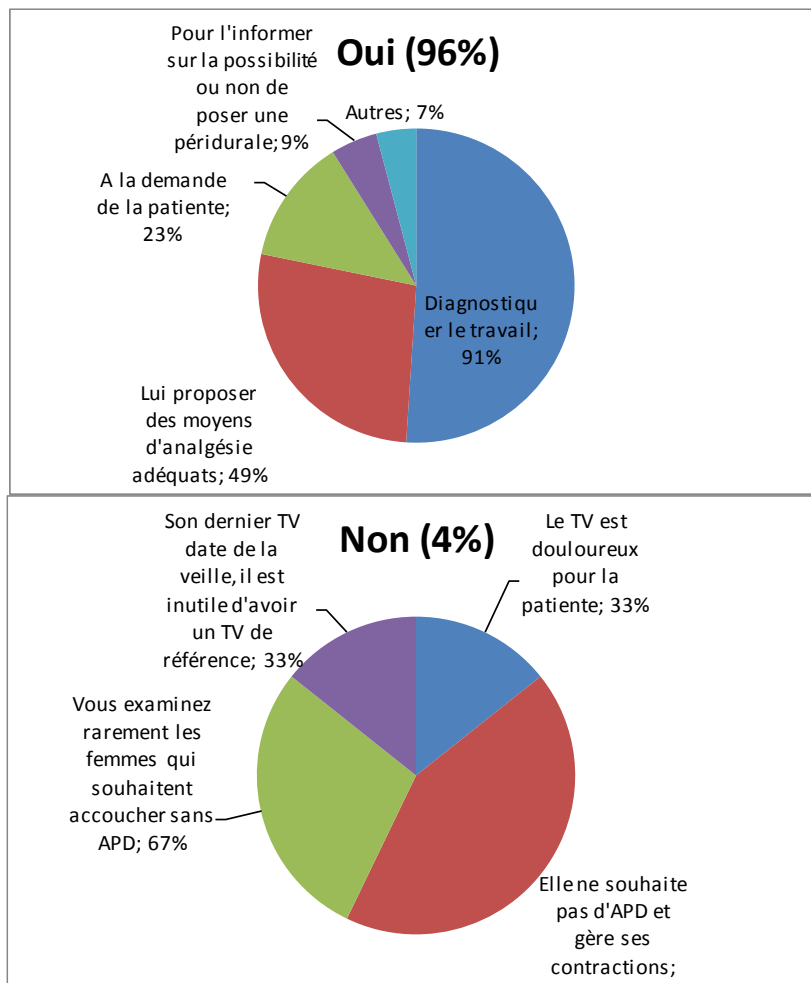


Figure 15: TV initial chez une femme en début de travail ne souhaitant pas d'APD

91% (75/82) cherchent à diagnostiquer le travail, 49% (40/82) pour lui proposer des moyens d'analgésie adéquats, 23% (19/82) à la demande de la femme, 9% (7/82) pour l'informer sur la possibilité ou non de poser une APD. Parmi les réponses « Autres » 7% (6/82) ont ajouté vouloir objectiver la couleur des pertes liquidiennes pour la nécessité de diriger le travail.

4% (3/82) n'examinent pas cette patiente à son arrivée car elle ne souhaite pas de péridurale (100% 3/3) et que le TV est douloureux par la patiente (33% 1/3), les SF pratiquent rarement le TV chez des femmes qui souhaitent accoucher sans APD (66% 2/3). De plus, pour 1/3 des SF, son dernier TV date de la veille et ne justifie pas un nouveau TV.

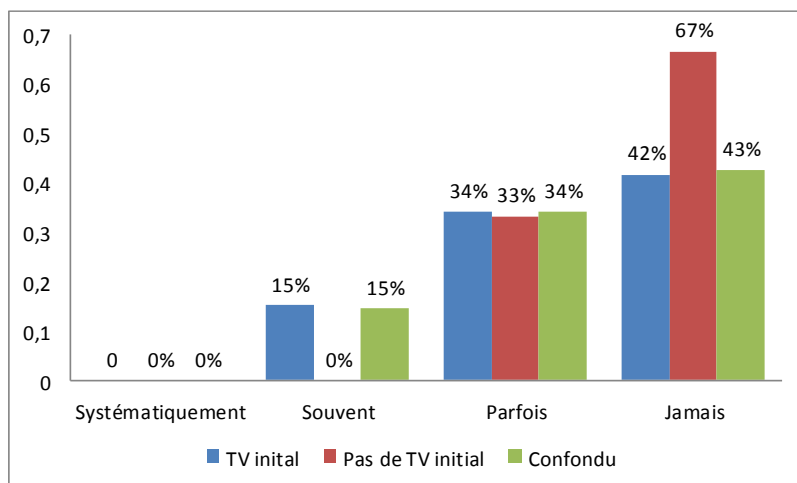


Figure 16: TV chez une patiente ne souhaitant pas d'APD

D'une manière générale, la plupart des SF ne pratiquent pas le toucher vaginal horaire systématique chez les femmes sans APD : elles sont 43% (35/82) à ne jamais le pratiquer, 34% (28/82) à le pratiquer rarement.

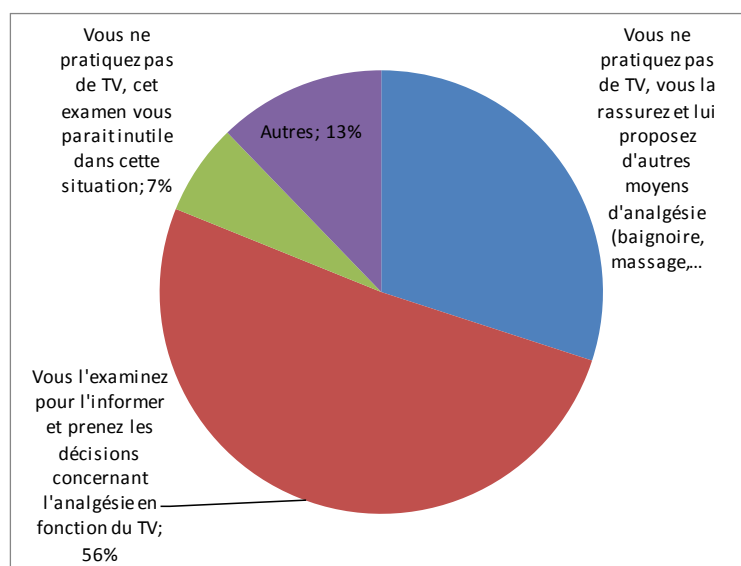


Figure 17: Suivi de travail chez une patiente sans APD

Concernant le suivi d'une femme en travail qui ne souhaite pas de péridurale : 56% des SF (46/82) l'examinent régulièrement pour l'informer et prendre les décisions concernant l'analgésie en fonction du TV ; 33% (27/82) ne pratiquent pas de TV et rassurent la patiente, 7% (6/82) ne le pratiquent pas car le trouve inutile dans cette situation. Au total, 44% des SF ne pratiquent pas de TV.



### 3.1.3.3. Devant une phase de stagnation ?

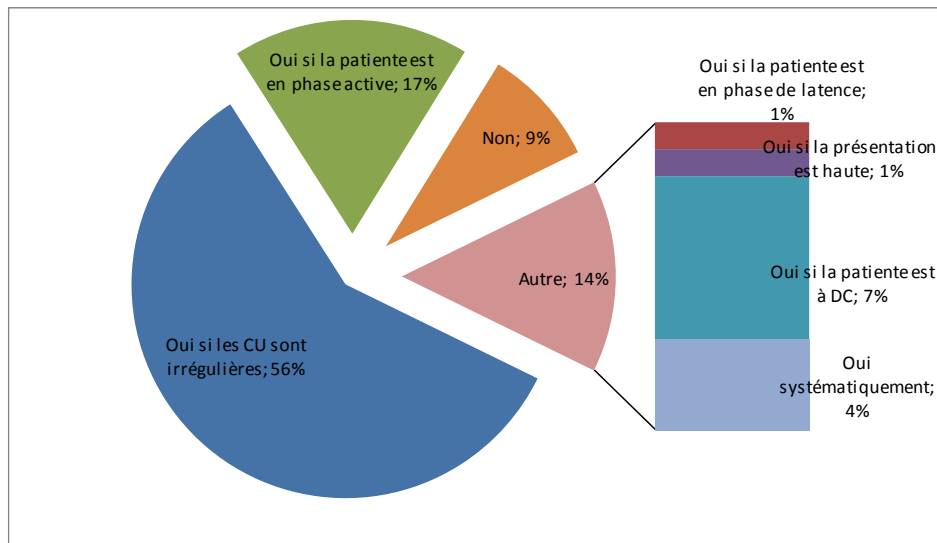


Figure 18: TV identique à une heure d'intervalle

Selon les déclarations des SF, face à une « stagnation » de la dilatation, 9% (7/82) ne pratiquent pas nécessairement une intervention, 89% (73/82) déclarent entamer une prise en charge active du travail si les CU sont irrégulières (56% 46/82), si la présentation est haute (1% 1/82), si la patiente est en phase de latence (1% 1/82), si la patiente est en phase active (17% 14/82).

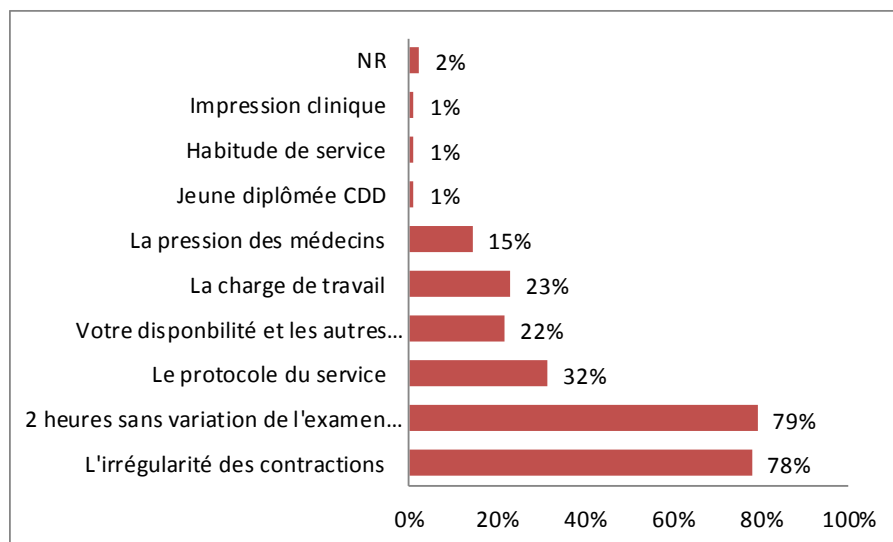


Figure 19: Si vous décidez de pratiquer une intervention, quels sont les facteurs qui vous font prendre cette décision ?

L'irrégularité des contractions et 2 heures sans variation de l'examen vaginal sont

des arguments pour 78% et 79% des sages-femmes pour prendre en charge plus activement le travail. Nous remarquons également que des facteurs externes peuvent peser également dans la pratique des SF : en effet, les protocoles de services (32%), la charge de travail (23%), et la pression des médecins (15%) sont des arguments qui entrent en jeu dans leurs conduites à tenir.

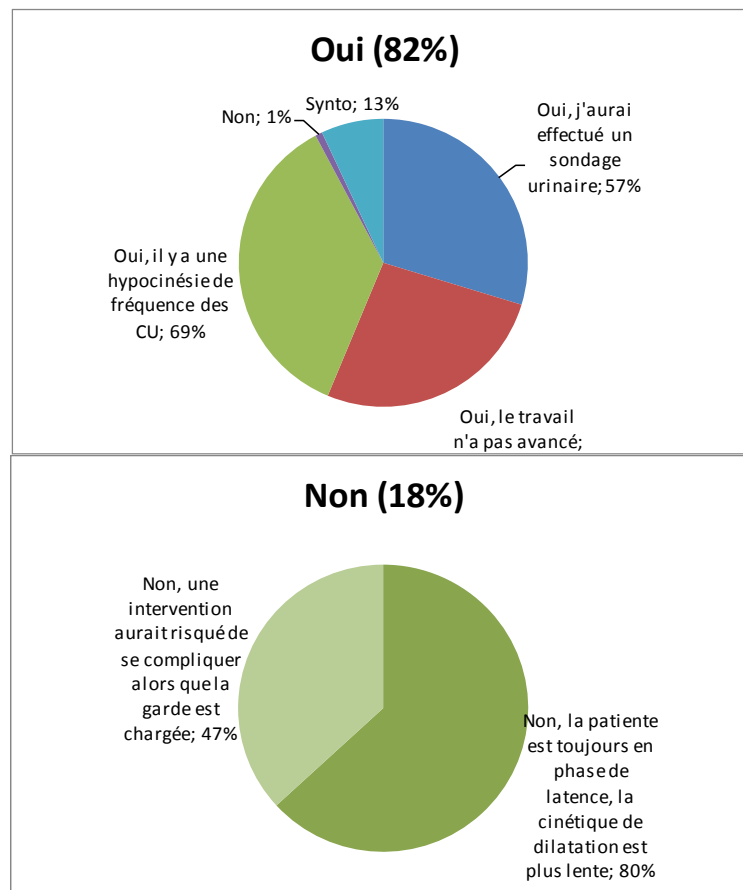


Figure 20: Pec en active du travail en cas de « stagnation » en phase de latence ?

Ces résultats ont été obtenus à partir du cas clinique 3.

Cette situation était un peu particulière car elle discutait d'une CAT face un TV identique à 2 heures d'intervalle dans un contexte de garde chargée, ces résultats ne peuvent donc pas être généralisables à l'ensemble des situations rencontrées.

82% (67/82) aurait eu une prise en charge active du travail car le travail n'a pas avancé (51%), et qu'il existe une hypocinésie de fréquence des CU (69%).

Face à une stagnation de la dilatation, 73% réalisent en premier lieu une rupture

artificielle des membranes accompagnées de variations posturales pour certaines.

18% des SF (15/82) ne pratiquent aucune intervention estimant que la patiente est toujours en phase de latence et que la cinétique de dilatation est plus lente et que la garde risquait de se compliquer.

La question suivante les interrogeait la raison de leur examen si aucune intervention n'est finalement pratiquée. La majeure partie des SF ayant répondu à cette question (60% soit 9/15) déclarent que c'est pour avoir une meilleure idée de la cinétique de dilatation. Pour 20% d'entre elles (3/15) c'est parce qu'elles ont toujours appris à faire comme ça et parce que le service les pousse à pratiquer un TV par heure.

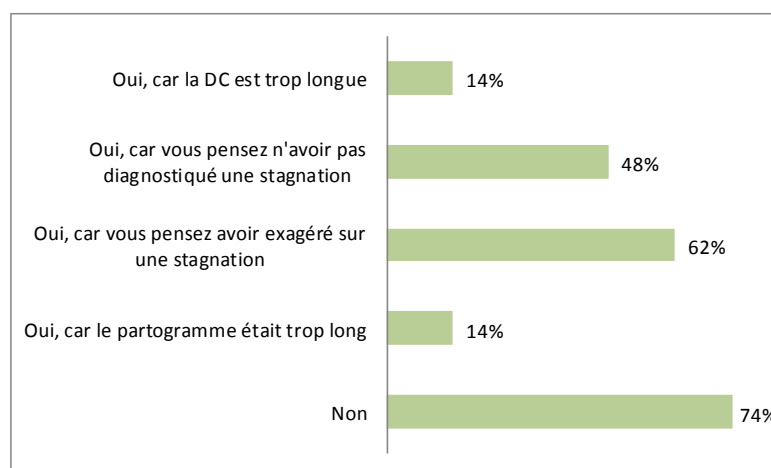


Figure 21: Refaire le partogramme ?

74% des SF ne reviennent pas sur un TV déjà inscrit sur le partogramme.

26% déclarent avoir déjà refait un partogramme car : le partogramme ou la dilatation complète étaient trop longs pour 14% d'entre elles, 62% pensent avoir exagéré sur une stagnation (12/82), 48% car elles pensent n'avoir pas diagnostiqué une stagnation.

### 3.1.4. Chez une patiente en deuxième phase de travail

#### 3.1.4.1. TV post-rupture spontanée des membranes

En cas de rupture de la poche des eaux chez une femme en travail venant d'être examinée, 65% (53/82) des sages-femmes ne pratiquent pas de TV contre 35% (29/82) qui en pratiquent un.

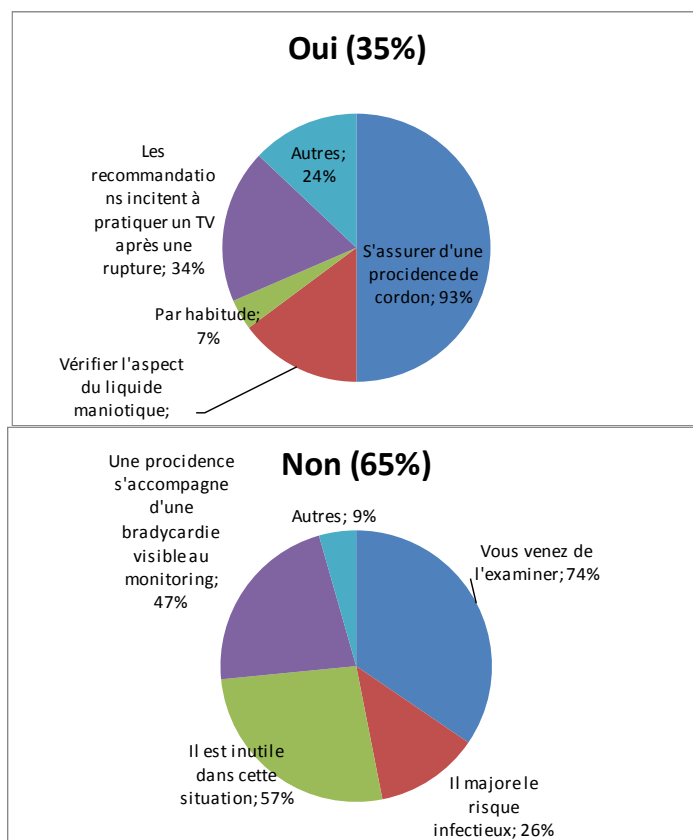


Figure 22: TV en cas de RSM chez une femme en travail

Parmi les SF qui ne l'examinent pas, 74% (39/53) ne le pratiquent pas car elle vient d'être examinée, et 57% (30/53) car il est inutile dans cette situation. 47% se justifient par l'absence de bradycardie au monitoring, et 26% soulignent qu'il majore le risque infectieux.

Parmi les autres réponses données, 3 SF (6%) ajoutent que la présentation est fixée et que ça limite le risque de procidence, 1 SF (2%) parce qu'il est douloureux, et 1 SF (2%) parce que la patiente n'a pas envie de pousser.

Parmi les SF qui l'examinent, 93% (27/29) d'entre elles le pratiquent pour s'assurer d'une absence de procidence du cordon. 34% (10/29) affirment qu'elles agissent selon les recommandations, 28% (8/29) veulent vérifier l'aspect du liquide, 7% (2/29) le font par habitude.

Parmi les autres réponses données :	n	%
Souhait fréquent des patientes	1	3
Evaluer la hauteur de la présentation	2	7
Tentatives d'efforts expulsifs	3	3
Evaluation de la dilatation du col	2	7

### 3.1.4.2. Les situations indispensables à un examen vaginal

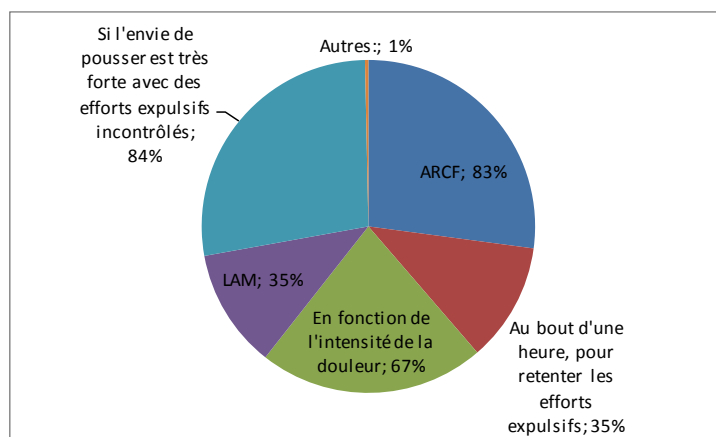


Figure 23: TV indispensable : quelles situations ?

Les SF estiment le toucher vaginal indispensable en phase active du travail dans les situations suivantes : une envie de pousser très forte avec EEM incontrôlés à 84%, en cas d'ARCF (83%), en fonction de l'intensité de la douleur (67%), 3% font un TV horaire.

## 3.3. Freins à l'arrêt du recours horaire systématique du TV

### 3.3.1. Chez les patientes

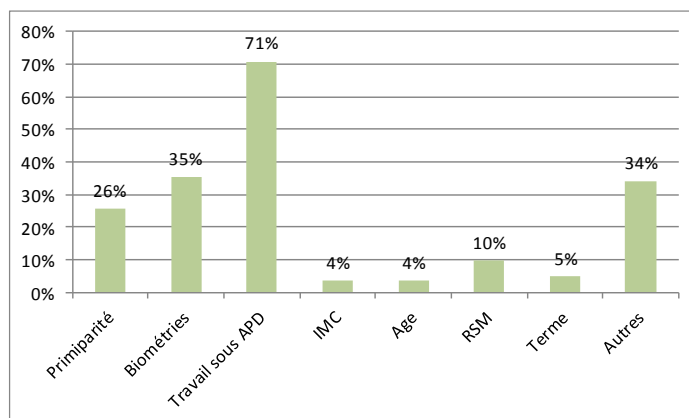


Figure 24: Facteurs influençant la pratique du TV

Parmi les facteurs influençant les sages-femmes concernant la fréquence des TV chez une patiente à bas risque figurent la présence d'une analgésie péridurale en premier lieu (71% 58/82). Les biométries supérieures à la normale (35%) et la primiparité (26%) sont également des facteurs qui font faire un TV horaire.

Parmi les items non mentionnés, on retrouve une part des sages-femmes (12%) pour lesquelles aucun de ces facteurs n'influencent la fréquence de leur TV.

Parmi les items non mentionnés :	n	%
ARCF	3	4%
Orientation postérieure	1	1%
Mauvaise dynamique utérine	3	4%
Demande de la femme	1	1%
Suivi du travail/habitude	2	2%
Stagnation de la dilatation	1	1%
Présentation podalique	1	1%
FDR disproportion	1	1%
Déclenchement	1	1%
Liquide teinté	2	2%
MTR	1	1%
Anomalies maternelles du travail ( hyperthermie, HTA...)	1	1%

### 3.3.2. Chez les professionnels

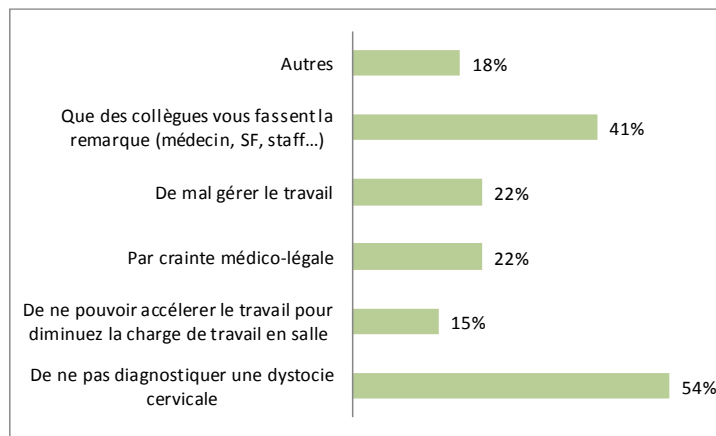


Figure 25: Craintes face à l'arrêt du TV horaire

La principale crainte des SF (54% 44/82) en n'examinant les femmes à bas risques que toutes les 2 heures est de ne pas diagnostiquer une dystocie cervicale. A noter que 41% (34/82) des SF déclarent craindre les remarques des collègues sur leur prise en charge. Dans une moindre mesure, elles craignent de mal gérer le travail (22% 18/82), une crainte médico-légale (22% 18/82), et de ne pouvoir diminuer la charge de travail en salle (15% 12/82).

Parmi les autres réponses rendues, 7% (6/82) déclarent ne rien craindre en n'examinant que toutes les 2 heures. 1 SF (1%) craint que la patiente accouche seule.

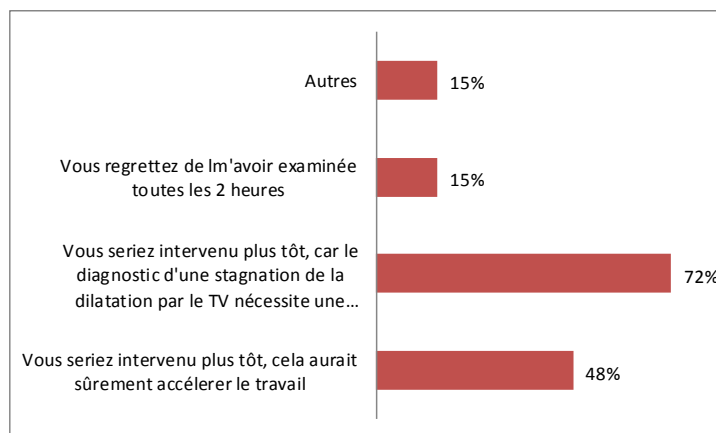


Figure 26: Avis sur cette PEC

A posteriori, 82% des SF (67/82) pensent qu'elle n'aurait pas eu la même prise en charge en n'examinant toutes les 2 heures. 72% (48/82) seraient intervenu plus tôt

car un TV identique à 2 heures d'intervalle nécessite une prise en charge active du travail. 48% (32/82) pensent qu'elles auraient accélérer le travail. 15% (10/82) regrettent de l'avoir examinée toutes les 2 heures.

1 SF (1%) note qu'elle serait intervenue alors qu'il n'y avait pas nécessité.

18% pensent qu'elles auraient la même prise en charge en n'examinant toutes les 2 heures.

### 3.3.3. D'un point de vue organisationnel

#### 3.3.3.1. Les facteurs externes

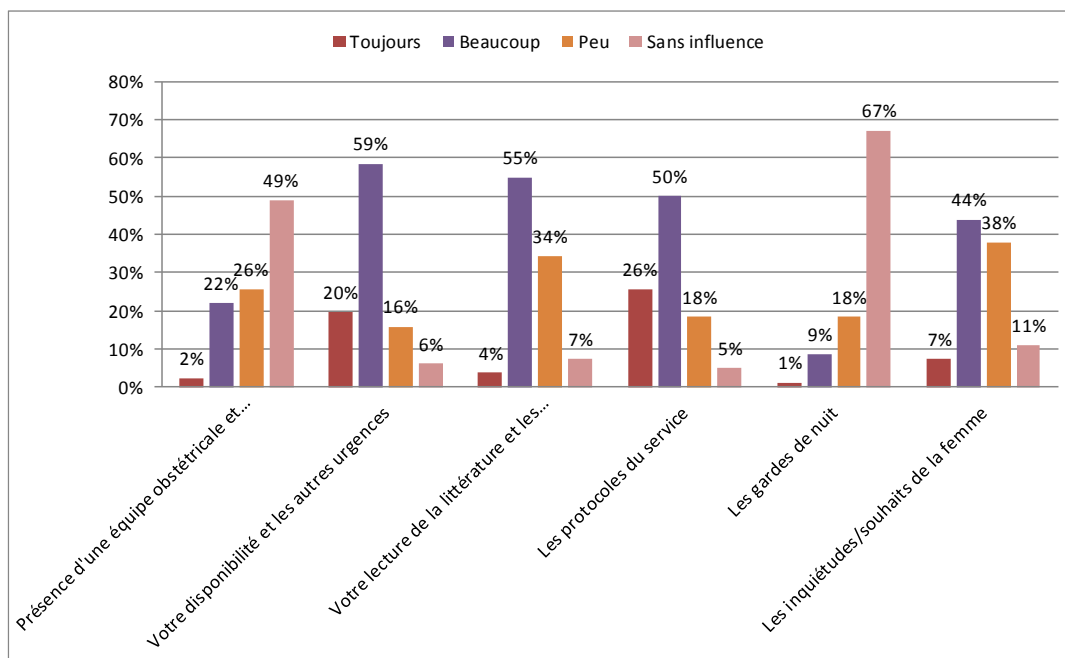


Figure 27: Influence des facteurs organisationnels sur la pratique du TV

Parmi les facteurs organisationnels, ce sont la disponibilité de la SF et sa gestion des autres urgences (79%) et les protocoles du service (76%) qui influencent le plus la pratique d'un TV/heure ou non.

#### 3.3.3.2. Les gardes de jour

94% des SF (77/82) pensent que leur CAT et leur PEC du charge ne diffère pas



selon qu'elles soient en garde de jour ou de nuit. 6% (5/82) pensent le contraire.

### 3.3.3.3. Les urgences

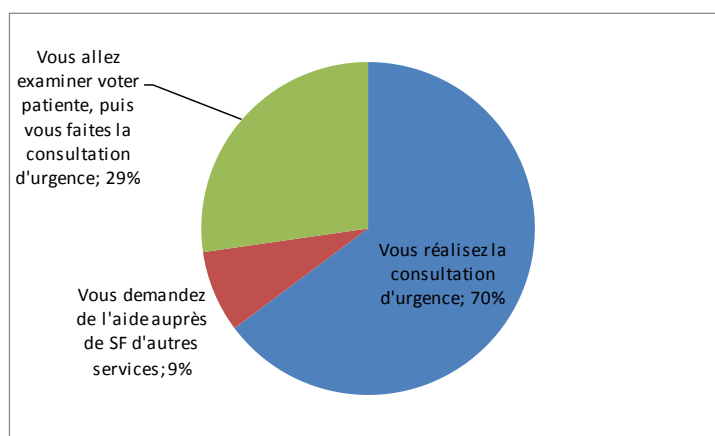


Figure 28: CAT devant une situation d'urgence

La 3<sup>ème</sup> vignette différait des autres par la précision du contexte de la garde. La garde était présentée comme chargée avec un suivi de travail physiologique et une situation d'urgence.

Elle interrogeait les SF sur la PEC des femmes avec un travail physiologique, 70% des SF remettent à plus tard un TV prévu, 29% réalisent quand même le TV puis s'occupent de l'urgence, 9% demandent de l'aide auprès de collègues d'autres services.

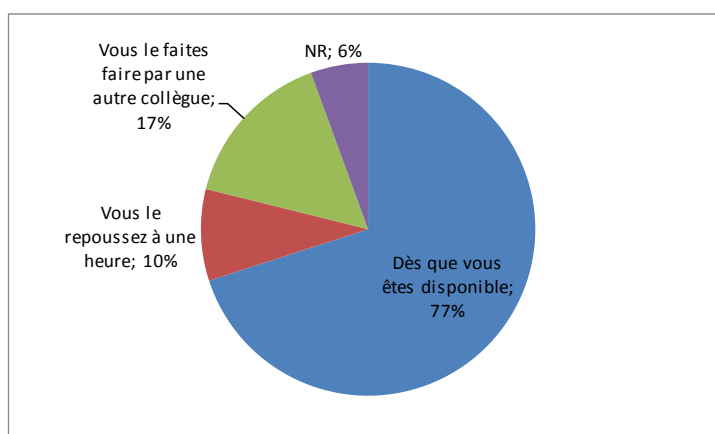


Figure 29: Délai de réalisation d'un TV reporté

Si un TV est reporté, 77% (63/82) des SF le réitèrent dès qu'elles sont de nouveau

disponibles, 17% (14/82) le font faire par une collègue à l'heure initialement prévue, 10% (8/82) le repoussent d'une heure de temps.

### 3.3.3.4. Les équipes

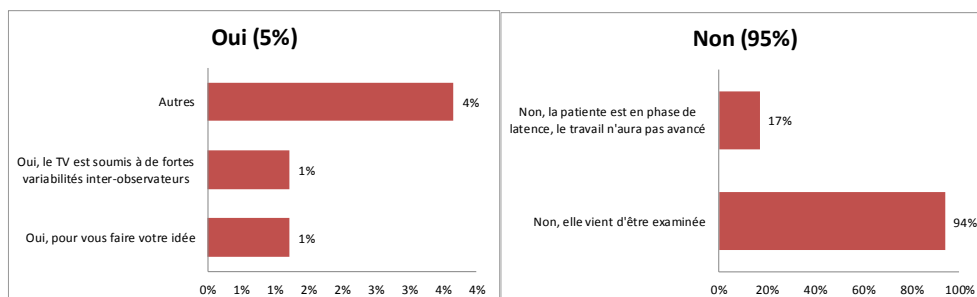


Figure 30: Réexaminez-vous derrière une collègue?

95% des SF (78/82) ne réexaminent pas les patientes derrière une collègue SF qui vient de l'examiner. Pour la plupart parce qu'elle vient d'être examinée (94% 77/82), 17% (14/82) parce que le travail n'aura pas avancé entre ces 2 TV.

5% des SF (4/82) la réexamine quand même : en effet, pour 1 SF le TV est soumis à de fortes variabilités inter-observateurs et la SF doit se faire une idée. Ces SF ont rajouté que c'est à la SF de garde de poser les diagnostics de dilatation, et pour avoir une CAT adaptée.

## 3.4. Evolution des pratiques et perspectives

### 3.4.1. Avis sur un éventuel changement de pratique

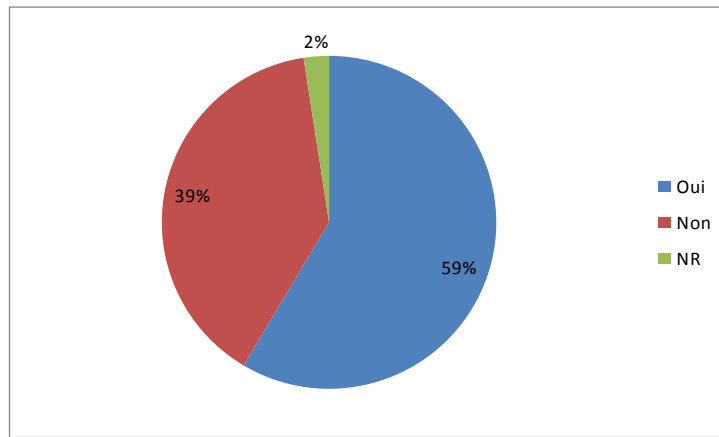


Figure 31: Connaissances des pratiques des SF hollandaises

59% des SF (48/82) connaissent les pratiques des SF hollandaises. 39% (32/82) ne les connaissent pas.

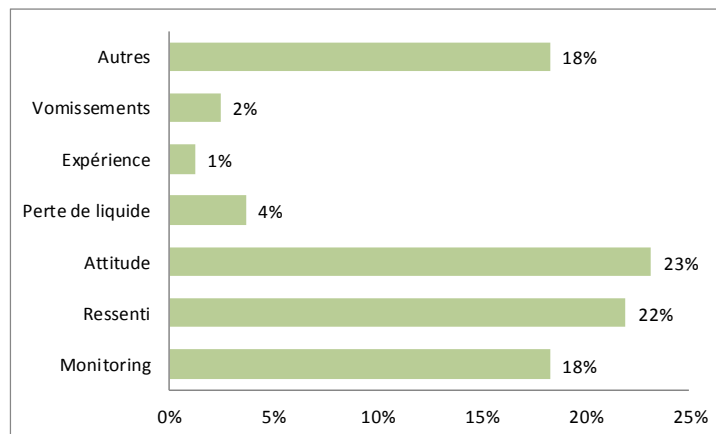


Figure 32: Moyens de déterminer les stades d'avancée du travail

Parmi les réponses données pour déterminer le stade d'avancée du travail, nous retrouvons le plus fréquemment cités l'attitude (23%) et le ressenti (22%) de la patiente.

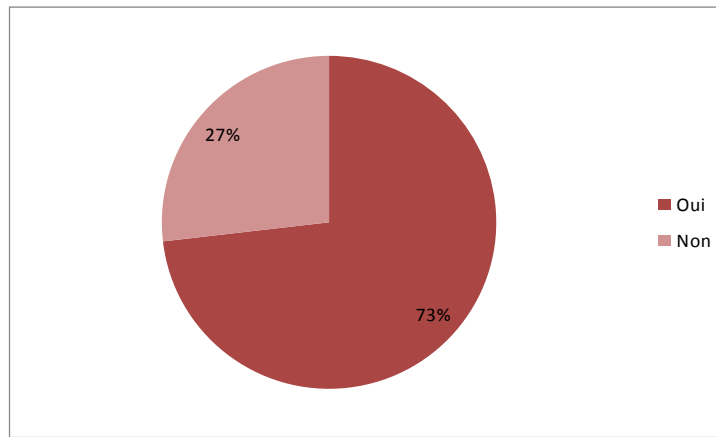


Figure 33: Pensez-vous avoir la possibilité de respecter la physiologie?

73% des SF pensent avoir la possibilité de respecter la physiologie du travail dans le cadre de leur exercice.

#### 3.4.2. Prise en charge d'une patiente avec TV/2 heures

Le cas clinique 4 interrogeait sur la PEC d'une femme à bas risque obstétrical en travail avec un TV/2heures. Il s'agissait d'une patiente deuxième pare avec une grossesse physiologique sous analgésie péridurale. Il s'agissait de les interroger sur leurs CAT avec un TV modifié d'1 cm à 2 heures d'intervalle.

73% (60/82) des sages-femmes n'ont pas de prise en charge active du travail (ocytociques, amniotomie), elles varient les postures maternelles.

Dans l'ensemble les SF se justifient en déclarant que le travail a progressé et que la dynamique utérine est régulière et suffisante (« cinétique de dilatation satisfaisante, travail physiologique », « Bonne contractilité, avancement du travail, il faut laisser le temps agir ! », « Les CU sont satisfaisantes donc pas besoin de Syntocinon, la tête est fixée donc la poche des eaux n'est pas une gêne »).

26% pratiqueraient une rupture artificielle des membranes malgré une progression de la dilatation. Elles justifiaient leurs pratiques par le fait que la patiente soit sous **analgésie péridurale** (« on n'est plus dans un travail physiologique », « peu d'évolution en 2 heures chez une femme sous APD », « la patiente a une APD donc on est plus interventionniste qu'un travail purement physiologique. C'est pourquoi, je romprais la poche des eaux pour que le travail avance »), ainsi que **la vitesse de**

**progression de la dilatation** (« col toujours postérieur », « 1 cm de dilatation en plus sur 2 heures sur une multipare me semble peu », « parce qu'on n'a pas 1cm/heure et c'est ça qu'on nous demande », « dilatation médiocre»). D'autres déclarent intervenir **par habitude** (« RAM par habitude de service »).

### 3.4.3. Perspectives pour leurs pratiques futures

#### 3.4.3.1. Facteurs pouvant rassurer les professionnels

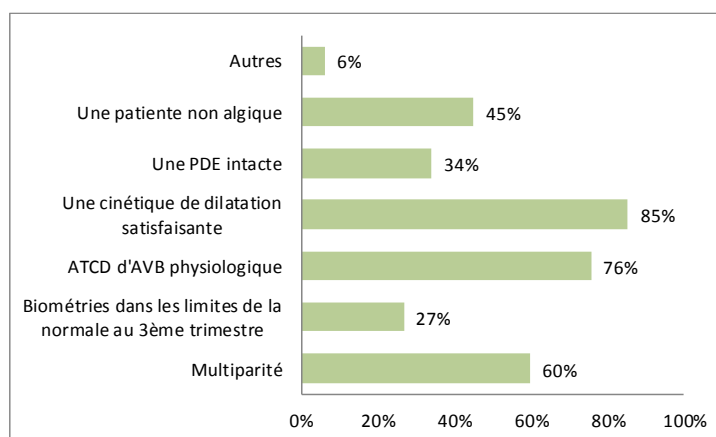


Figure 34: Facteurs pouvant faire changer les pratiques concernant le TV

Parmi les facteurs chez une patiente pouvant faire pratiquer un TV/2 heures, les SF déclarent en majorité une cinétique de dilatation satisfaisante (85% 70/82), la multiparité (60% 49/82) et les antécédents d'accouchement voie basse physiologique (76% 62/82). Une femme non algique aiderait 45% (37/82) des SF à espacer leur TV, ainsi que le suivi d'une patiente à membranes intactes (34% 28/82).

#### 3.4.3.2. Points soulignés et à améliorés selon les SF

La question 27 interrogeait les SF sur leurs avis concernant les potentiels effets de la pratique d'un TV toutes les 2 heures sur :

- La morbidité materno-fœtale et la médicalisation du travail :

Pour 85% des SF ayant répondu à cette question (53 réponses), il y aurait moins d'interventionnisme sur le travail. De plus, 63% des SF pensent que cela aurait un effet bénéfique sur la morbidité materno- fœtale : avec une diminution du risque

infectieux (55%), une diminution du taux de césariennes (23%) : (« diminution du risque infectieux, du recours à l'ocytocine et des gestes iatrogènes et peut-être moins d'ARCF », « diminution de diagnostics erronés de stagnation et donc diminution du taux de césariennes », « moins de risques de césariennes abusive pour faux diagnostic de stagnation, moins d'ARCF à cause des interventions »).

En revanche, pour 12% des SF cela aurait un impact négatif avec plus de risque infectieux (33%) et plus d'hémorragies (17%), des diagnostics tardifs de stagnation (100%) (« Il y aurait un retard de prise en charge des stagnations et un mauvais pronostic périnéal. Pour les patientes je pense qu'il est rassurant de voir un professionnel toutes les heures et d'être correctement coacher », « Sous APD, les phases normales de travail sont trop perturbées pour ne pas vérifier la dilatation régulière (effet tocolytique de l'APD et donc plus de stagnation »).

Pour respectivement 31% et 9% des SF, la fréquence du TV cela n'intervient pas sur la morbidité materno-fœtale, ni sur l'interventionnisme et la médicalisation du travail.

- La charge de travail :

62% des SF pensent que cela aurait un impact bénéfique en allégeant leur charge de travail et en leur procurant plus de temps à consacrer à la patiente (« plus de présence auprès de la patiente dans l'accompagnement et moins dans les gestes purement médicaux »).

Pour 19% d'entre elles, cela aurait un effet négatif sur leur temps de travail en leur en ajoutant (« travail parfois plus long, incompatible avec une activité en SDN chargée », « rallonge le temps de travail car s'il y a stagnation j'agirai seulement après 2h or nous avons un turn-over important dans notre maternité, plusieurs patientes attendent souvent qu'une place en SDN se libère »).

Enfin pour 23%, comme des TV espacés ne dispensent pas d'aller voir régulièrement la patiente, il ne changerait pas leur charge de travail selon elles.

- Le stress et la gestion du travail :

Concernant le stress et la gestion du travail, les avis sont partagés : la plupart pense que cela aurait un impact bénéfique sur leur stress et celui des patientes

(46%) (« Moins de stress pour la patiente si elle n'est pas demandeuse », « moins interventionniste car le temps agit pour le bon déroulement du travail ! », « stress diminué car TV/horaire très stressant car difficile à réaliser en pic d'activité »).

40% des répondantes estiment que le stress n'influe pas sur leur PEC du travail.

9% estiment que cela augmente leur stress et donc un mauvais impact sur leur gestion du travail (« prise en charge retardée d'une procdence d'un membre ou d'une dystocie cervicale par exemple », « il ne reste plus beaucoup de temps pour faire évoluer la situation et donner toutes ses chances à la patiente d'accoucher voie basse »).

La question 35 interrogeait les sages-femmes de façon plus générale sur l'influence de ces paramètres sur une prise en charge physiologique du travail :

- La charge de travail :

92% des SF ayant répondu à cette question jugent que la charge de travail interfère sur une prise en charge physiologique. En effet, pour la moitié d'entre elles, la charge de travail les fait inévitablement amener à accélérer le travail notamment pour diminuer l'activité en salle (« Si la salle est chargée nous allons avoir tendance inévitablement à accélérer les choses », « Le besoin de libérer les salles de naissances pour les prochaines patientes nous incite à être interventionniste pour accélérer le travail »).

De même que la surcharge de travail peut conduire à un moins bon accompagnement des couples (« Manque de temps notamment pour accompagner les femmes sans APD », « trop de travail empêche une bonne prise en charge posturale et de réflexion parfois », « manque de temps pour accompagner les patientes sur ballon, respiratoire... »).

- La pression du service et des médecins :

81% des SF ayant répondu à cette question estiment que la pression du service et des médecins influent sur une PEC physiologique (« C'est un facteur présent surtout quand les dossiers sont présentés au staff », « la mentalité et l'esprit de l'équipe des médecins a un rôle indéniable sur la PEC du travail par les SF, ayant travaillé dans différentes types de structure, j'ai pu remarquer que si les SF n'étaient pas soutenu par le chef de service et les médecins cela retentissait sur l'accompagnement des

patientes et le respect de la physiologie », « risque de reproche a posteriori si pas de respect des habitudes/protocoles de service »).

- Le stress :

Pour la moitié d'entre elles, le stress n'influe pas sur leurs pratiques (« N'entre pas en jeu selon moi, on peut être stressé et prendre en charge physiologiquement un travail »). Pour les autres, le stress est en lien avec les 2 items précédents, la crainte de passer à côté de stagnation avant par la crainte d'être réprimandé.

### 3.4.3.3. Vers un changement de pratique ?

La plupart des SF ayant répondu à notre dernière question (49/55) sont favorables à une évolution des pratiques :

- Favorables pour diminuer la médicalisation : (« pour diminuer le risque infectieux, être moins interventionniste », « moins d'interventions invasives », « la médicalisation serait sans doute moins importante et donc bénéfique pour la mère et l'enfant (risque infectieux, risque d'hémorragie diminués), « diminuer l'interventionnisme » « nous sommes trop interventionnistes » , « moins de risque infectieux, accompagnement moins invasif », « je trouve que l'on intervient trop », « pour diminuer les césariennes pour stagnation avant 6 cm » « cela permet d'être moins iatrogènes pour ne pas trop médicaliser et être trop interventionniste et respecter la physiologie »
- Favorables pour ne plus faire des examens par « habitude » : « De nombreux TV sont réalisés par habitude, pour faire de jolies partos pour faire plaisir aux médecins »,
- Favorables car ce sont les pratiques anglaises et la morbidité-mortalité est identique à la nôtre : « J'ai fait un stage en Angleterre (...) j'ai découvert que le travail était tout aussi bien suivi mais très déstabilisant pour un SF », « je sais que dans d'autres pays les TV se font parfois même toutes les 4 heures et que la morbi-mortalité est moins importante que chez nous », « Une ami SF en Angleterre ne les examine pas toutes les heures et trouve que c'est mieux, moins de risques infectieux, pas plus de dystocie ».
- Favorables mais dans le cadre d'un changement uniforme au service : « le



problème est qu'il ne s'agit pas uniquement de la pratique des TV en SDN mais d'un tout, de changement des protocoles de services et de la globalité de la prise en charge », « Cela participe à un changement d'habitudes global, pour être sûre que rien ne pourrait m'être reproché. Je ne me vois pas être la seule à effectuer des TV toutes les 2h ; ce qui me dérange également c'est qu'il y a une grande part de subjectivité. Si le travail avance significativement, il n'y a rien à dire mais s'il y a la moindre complication, je crains que cette part de subjectivité desserve à la SF et serve plutôt à trouver une étiologie à la complication. », « encore faut-il convaincre le chef de service ».

- Favorables si cela n'augmente pas la charge de travail : « si on avait moins de travail et donc pas besoin que les SDN se vident plus rapidement » « en niveau 3 il est difficile de faire cela », « la charge de travail parfois crée ces situations où l'on examine les patientes ayant un travail physiologique toutes les 2 heures. T je ne trouve pas souvent que ce soit un problème, si le travail reste physiologique, je n'ai juste pas « respecté » les pratiques du service, sur justification, la charge de travail ».

6 SF ne sont pas prêtes à changer leurs pratiques :

- Par peur d'un travail trop long : « J'aurai la crainte que le travail soit plus long » « peur de passer à côté d'une stagnation, mauvaise direction et gestion du travail » « on va perdre du temps en salle de travail »
- Par pression du service : « Surtout à cause de la pression des collègues », « jamais sur mon initiative » « non possible avec les protocoles de service »
- Par la surcharge de travail : « L'activité du service ne le permet pas », « dans une grosse mater comme la nôtre ça va coincer »

# Discussion

## 4.1. Résumé des principaux résultats et discussion

### 4.1.1. L'échantillon

Concernant notre population est constituée majoritairement de femmes sages-femmes récemment diplômées puisque 42% a moins de 5 ans d'expérience et 77% moins de 10 ans d'expérience. Près de 52% d'entre elles exercent depuis moins de 5 ans dans leur maternité. La majorité exerce dans la plupart des autres services (GHR, SDC...) de leur maternité.

55% a reçu une formation complémentaire à leur formation initiale qu'elle soit universitaire (79%) ou non universitaire.

Les maternités sondées sont majoritairement publiques à 82%. La majorité (71%) ne comporte pas de salle « nature » ou « physiologique ». Dans 77 % d'entre elles, les sages-femmes doivent présenter les dossiers des femmes qu'elles ont accouchées au staff pluridisciplinaire du matin.

Concernant les pratiques des sages-femmes, nous pouvons noter une différence significative des pratiques entre les niveaux de maternité : le TV horaire est significativement ( $p=10^{-7}$ ) moins pratiqué par les sages-femmes des maternités de niveau I par rapport aux niveaux II et III.

De même que celles ayant bénéficié d'une formation supplémentaire : les sages-femmes formées pratiquent moins le TV systématique que celles n'ayant pas fait de formation complémentaire, bien que ce résultat ne soit pas significatif ( $p=0.97$ ).

Les sages-femmes avec moins de 5 ans d'expérience ont significativement plus tendance à pratiquer le TV horaire que les sages-femmes plus expérimentées ( $p=0.02$ ).

Les SF des maternités qui comprennent une salle dite « physiologique » sont plus susceptibles d'espacer leurs TV ( $p=0.019$ ). Ce résultat est probablement

dû au fait, que ce sont les sages-femmes des maternités de niveau I qui ont le moins recours au TV horaire et que ces dernières comprennent majoritairement une salle physiologique (92%). Enfin, les sages-femmes pratiquant le TV horaire lisent globalement plus de littérature sur le sujet (76% vs 61%) de manière non significative ( $p=0.33$ ).

Les sages-femmes ne pratiquant pas le TV horaire étaient invitées à s'exprimer sur les raisons de cette pratique et son éventuelle évolution depuis le début de leur activité professionnelle. Elles mettent principalement en avant leur formation initiale pour certaines, en partageant leur expérience à l'étranger. L'exercice en maternité de niveau I est également souvent mis en avant pour l'apprentissage d'une autre forme de prise en charge, avec une part plus importante tournée vers la clinique dans ces structures pour les sages-femmes. L'organisation du service et l'expérience sont des points soulignés importants pour la majeure partie de celles s'étant exprimées, elles affirment ainsi qu'il est plus facile d'avoir de l'autonomie dans la gestion du travail des femmes quand la charge de travail le permet et les médecins du service tolérants sur les pratiques de chacune. Au final, certains points que les sages-femmes abordent spontanément sont ceux que nous leur avons suggérés dans le questionnaire.

#### 4.1.2. Evaluation des pratiques : retour aux hypothèses

##### *4.1.2.1. L'importance de l'analgésie péridurale*

- ***Les sages-femmes effectuent de manière systématique un TV horaire durant le travail quel que soit la patiente***
- ***La primiparité est un facteur influençant la pratique d'un TV horaire systématique***

Nos résultats ne permettent pas de valider nos hypothèses. En effet, il ressort de notre étude que la pratique du TV horaire est essentiellement déterminée par un facteur : la présence d'une analgésie péridurale ou non pour 71% des SF. Si la

multiparité est un facteur « rassurant » pour espacer les TV pour 60% des SF, la primiparité influe peu sur la pratique du TV systématique (26%).

Qu'une patiente souhaite ou non une analgésie péridurale, un TV est pratiqué dans les 2 cas à l'arrivée d'une patiente algique à la maternité (94% pour APD vs 96% sans APD). Il n'y a pas de différence significative sur son recours ( $p=0.71$ ) quel que soit le souhait de la femme sur l'analgésie. Cependant, nous retrouvons une différence significative ( $p=6.31 \cdot 10^{-10}$ ) pour l'indication de ce TV : en effet, dans le cas d'une femme qui ne souhaite pas d'APD, l'examen sert avant tout à diagnostiquer un travail (91%), et ce qu'elle que soit le niveau de maternité ( $p=0.88$ ), alors qu'il sert avant tout à envisager la pose d'une APD pour les femmes qui souhaitent en bénéficier d'une (66%), avant l'élaboration d'un diagnostic de travail (58%), et l'élaboration d'une conduite à tenir (36%). C'est la première raison avancée par les SF de niveaux II et III ( $p=0.001$ ).

Les SF font part dans leurs commentaires de l'importance de l'influence de l'analgésie péridurale sur le travail: elles notent que la pose d'une APD influe sur la cinétique de dilatation par une diminution de la fréquence des CU, notamment si elle est posée trop tôt.

Ce sujet a été l'objet de beaucoup d'études randomisées dont les résultats font par de grandes disparités (23).

Ainsi, Chestnut et al. (24,25) ont publié deux études prospectives portant sur un grand nombre de parturientes. Dans la première étude, il s'agissait de primipares en travail spontané pour lesquelles l'APD était instaurée avant 5 cm dans un groupe et après 5 cm dans un autre (groupe qui recevait auparavant 10 mg de nalbuphine intraveineuse, répétés une heure après si la dilatation n'atteignait pas 5 cm) et dans la seconde, de primipares en travail induit ou dirigé sous ocytocique. Ils ont ainsi démontré que la dilatation au moment de la pose de l'APD n'a pas d'influence sur la durée de la première phase du travail.

En ce qui concerne la deuxième phase du travail, les méta-analyses de Vahratian et al et de Wang et al. (26,27) n'avaient pas non plus retrouvé de différences

significatives concernant la durée de la deuxième phase du travail.

L'idée que l'analgésie péridurale puisse impacter sur la durée du travail justifie leur pratique du TV horaire chez ces femmes. Ainsi, nous notons que les SF déclarent ne pas avoir recours au TV systématique quand elles n'en bénéficient pas (43% jamais et 34% rarement). Notons que les sages-femmes exerçant en maternité de niveau III examinent plus les patientes sans APD de manière significative par rapport aux maternités de niveau I ( $p=0.0135$ ) et aux maternités de niveaux II ( $p=0,098$ ). De plus, les sages-femmes expérimentées ont tendance à moins examiner les patientes: celles avec une expérience de moins de 5 ans examinent plus souvent les femmes sans APD de manière significative ( $p=0.01$ ).

Concernant le suivi de travail d'une femme sans APD, 56% des SF l'examinent régulièrement pour l'informer et adapter les moyens d'analgésie, 44% ne le pratiquent pas car elles le trouvent inutile. Les sages-femmes les plus récemment diplômées ont tendance à plus examiner (62%) que les plus âgées (54%) de manière non significative ( $p=0.49$ ).

Ce constat avait déjà été soulevé dans certaines études, notamment dans celle de M.Morlat pour son mémoire de sage-femme qui avait étudié les différences de prises en charge suivant si une femme bénéficiait d'une APD ou pas. Elle a ainsi noté que les plus jeunes sages-femmes ont acquis un savoir-faire technique et ont parfois plus de difficultés à prendre en charge des patientes sans APD (28). Face à l'apparition progressive des technologies en salle de naissance, ainsi que l'augmentation du taux de recours à la péridurale dans les maternités françaises depuis les années 1980, les plus jeunes sages-femmes auraient plus de difficultés avec l'aspect « clinique » de la prise en charge de ces femmes.

#### *4.1.2.2. La prise en compte de la douleur*

La question sur les TV pré et post-APD étaient avant tout destinés à mesurer l'influence de la douleur des femmes dans la pratique de l'examen vaginal. La quasi-totalité des SF (98%) n'examinent pas une patiente avant une APD à 1 heure de

l'examen précédent. 60% n'examine pas la patiente en post-APD malgré que la patiente soit algique. 40% l'examinent car elles craignent que la patiente soit sur le point d'accoucher. Nous ne retrouvons pas de différence significative entre les différents niveaux et l'expérience des SF.

Pour 68% des sages-femmes, elles attendent que la patiente soit soulagée pour la réexaminer. Cela montre la prise en compte de l'importance de cet examen pour les femmes. En effet, le TV peut parfois être mal vécu pour certaines femmes du au caractère intime de cet examen en causant gêne et anxiété. De plus, pour certaines femmes plus vulnérables, il peut causer un sentiment de perte de contrôle voire provoqué des « séquelles psychologiques » notamment chez des femmes ayant subies des violences sexuelles. Elles expriment une perte de contrôle lors des différentes interventions ou soins avec parfois des douleurs importantes. D'autres estiment recevoir une information inadéquate, et parfois une attitude inappropriée de la part de l'examineur (21).

#### *4.1.2.3. Stagnation ?*

- ***La première justification du recours horaire est le diagnostic de mise en travail et le dépistage précoce d'une dystocie cervicale***

Nous pouvons valider notre troisième hypothèse : en effet, la principale crainte en n'examinant les femmes à bas risques de toutes les 2 heures est avant tout de ne pas diagnostiquer une dystocie cervicale (54%), vient ensuite la crainte des remarques des collègues sur leur prise en charge (41%).

Reproduire fréquemment des examens vaginaux permettrait de dépister plus précocement une éventuelle dystocie cervicale et de la prendre plus rapidement en charge. Ainsi la plupart des SF a une prise en charge active du travail avec l'amniotomie comme première prise en charge d'une stagnation de la dilatation.

Nous avons interrogé les sages-femmes pour savoir s'il leur était déjà arrivé de refaire un partogramme. Cette question a pu avoir un possible effet « Hawthorne », ce qui se traduit par avoir un comportement plus socialement acceptable lorsque les participants à l'étude se savent observés. 74% des SF ne reviennent pas sur un TV

déjà inscrit sur le partogramme. 26% le refont en estimant avoir exagéré sur une stagnation ou n'avoir pas diagnostiqué une stagnation. Ces résultats mettent en avant la difficulté de réalisation et de reproductibilité de cet examen.

En effet, les études montrent une forte variabilité intra observateur. Dans l'étude de Phelps et coll. portant sur 828 examens, l'auteur montre que la détermination était inexacte de plus ou moins 2 cm dans 11 % des cas (14,29).

Dans une étude réalisée en Afrique du Sud en 2007, Buchmann et al. ont ainsi démontré sur un échantillon de 508 patientes, que la dilatation était précise pour 49% d'entre elles avec une détermination médiocre pour les dilatations en milieu de travail : entre 5 et 7 cm, 40 % des TV sont exactes, ils le sont à 59% entre 3 et 4 cm et entre 8 et 10 cm (30).

Une étude a été réalisée en France sur 333 examens et compare la précision de la détermination de la dilatation entre la clinique (avec des TV classiques) et une mesure objective à l'aide d'un appareil (Labor Pro System). Cette étude retrouve des résultats identiques aux autres : il y a peu d'erreur d'exactitude entre 0 et 4 cm. En revanche, la précision est médiocre entre 6 et 8 cm de dilatation avec une exactitude dans 38.8% des cas (31).

#### 4.1.3. Perspectives : attentes et réticences

- ***Les SF connaissent les recommandations actuelles de l'OMS sur la pratique du TV mais il existe des freins à leur application***

Les facteurs propres aux patientes pouvant freiner l'arrêt du recours horaire au TV est essentiellement l'analgésie péridurale comme expliquée précédemment dans notre étude. La primiparité intervient peu dans la pratique. Les biométries dans les limites de la normale influencent également cette pratique (35%).

A l'inverse, parmi les facteurs chez une patiente pouvant faire pratiquer un TV/2 heures, les SF déclarent en majorité une cinétique de dilatation satisfaisante (85% 70/82), un paradoxe puisqu'il faut examiner régulièrement pour s'en assurer. La multiparité (60%) et les antécédents d'accouchement voie basse physiologique (76%) sont également des facteurs rassurants. Une femme non algique aiderait 45%

des SF à espacer leur TV, ainsi que le suivi d'une patiente à membranes intactes (34%).

La plupart des freins à la diminution de la fréquence de TV n'est pas d'ordre personnel, car la plupart des sages-femmes s'expriment en faveur d'un changement de pratique dans leurs commentaires. Les freins les plus fréquemment exprimés concernent l'aspect organisationnel du travail en salle de naissance, de la collaboration médecin/sage-femme ainsi que la charge de travail.

Les craintes des professionnels face à un TV pratiqué toutes 2 heures diffèrent suivant les maternités : ainsi dans les maternités de niveau I, c'est la remarque des collègues que l'on redoute en premier (38%) et les craintes médico-légales (31%) dans les niveaux II. La crainte d'une dystocie cervicale est également retrouvée chez 54% des SF sondées, majoritairement celles qui exercent niveaux III ( $p=0.0007$ ). La remarque des collègues est également retrouvée comme freins dans ces maternités.

Nous pouvons penser que cela est globalement dû à la charge de travail possiblement plus importante dans les maternités de niveaux III. En effet, plusieurs sages-femmes exposent dans les commentaires l'influence de la charge de travail sur leur prise en charge : dans notre enquête, les questions ouvertes nous ont permis de mettre en lumière le souci fréquent de la « charge de travail » notamment des niveaux III. Les mots « manque de temps », « travail sous pression », « SDN blindée » reviennent fréquemment. La surcharge de travail et la manque de place est également décrite dans l'enquête de périnatalité : en effet, cette étude réalisée en 2010 montre que plus les maternités ont un nombre d'accouchements important plus il existe des difficultés à accueillir des femmes par manque de place : ainsi, 21% des maternités de plus de 2000 accouchements/an ont souvent des problèmes de « manque de place » vs 2% pour celles de moins 2000 accouchements/an (32). Cela illustre bien les commentaires des SF de notre étude ; ainsi une sage-femme écrit : « Cela m'oblige à accélérer des accouchements qui auraient pu se dérouler plus naturellement si j'avais eu le temps d'attendre ». Ainsi, pour beaucoup de sages-femmes, la charge de travail peut impacter sur la physiologie du travail.



D'après nos résultats, la majorité des sages-femmes interrogées pensent avoir la possibilité de respecter la physiologie du travail. Elles sont majoritairement plus importantes dans les maternités de niveau I ( $p=0.18$ ) que dans les maternités de niveau II et III. Mais est-ce directement imputable au niveau de maternité ? Les maternités de niveau III prennent en charge toutes les grossesses et notamment les grossesses à haut risque (15). Nécessairement, les sages-femmes des maternités de niveau III rencontrent donc plus fréquemment des patientes souffrant de pathologies nécessitant une prise en charge plus poussée pouvant impacter sur leur prise en charge des autres patientes dites « à bas risque ».

Des entretiens exposent chez les sages-femmes, que leur activité s'est modifiée avec une médicalisation plus importante de la naissance et une plus grande prise de responsabilité pour les cas pathologiques ainsi qu'une nette progression des tâches administratives et un temps diminué à accorder aux patientes (19,33).

Certaines sages-femmes mentionnent également leurs connaissances des pratiques étrangères (Angleterre notamment), certaines y ayant étudié ou travaillé, et soulignent l'impossibilité de pratiquer de la même façon en France notamment pour des raisons organisationnelles.

L'organisation des soins au Royaume-Uni exige que chaque sage-femme suive une seule femme en travail à la fois. Selon les recommandations, la parturiente ne doit pas être laissée seule, à part pour de courtes périodes pendant son travail, ou sur sa demande. Cette différence entraîne donc forcément des divergences de pratiques, ainsi la présence de la sage-femme, entièrement dévouée à la patiente, expliquerait peut-être le taux de recours à l'APD beaucoup plus faible en Angleterre qu'en France. En effet, selon une étude réalisée par le CIANE en 2013, 56% des femmes qui y ont eu recours alors qu'elles ne le souhaitaient pas au départ sont insatisfaites. De même que 32% des femmes indécises à l'arrivée à la maternité: elles mettent en cause le défaut d'accompagnement en estimant qu'on les a insuffisamment soutenues et le fait qu'on ne leur ait pas laissé le choix en les obligeant à se déterminer trop tôt ou en avançant des raisons médicales (34,35). Ceci peut-être expliqué par l'effectif des sages-femmes françaises, moins nombreuses pour un nombre de patientes donné : en effet en France en 2012, on

dénombrait 20 235 sages-femmes pour 821 047 naissances ; pendant qu'en Angleterre, on comptait 20 935 sages-femmes pour 729 674 naissances (2).

En ce qui concerne l'analgésie péridurale, des SF soulignent également que le manque de temps à accorder aux patientes incite certaines femmes à souhaiter l'analgésie péridurale. De plus, si elles disent répondre à une demande des femmes, elles avouent aussi qu'il leur arrive d'orienter elles-mêmes, pour des raisons d'ordre organisationnel ou sécuritaire, le choix des femmes vers l'analgésie (18).

Dès lors une charge de travail importante pourrait empêcher un bon accompagnement de ces femmes et donc augmenter le taux de recours à l'APD ; or selon les déclarations des sages-femmes, c'est précisément l'APD qui semble induire le recours fréquent au TV durant le travail.

Parmi les autres freins organisationnels pouvant intervenir sur leur prise en charge, nous pouvons noter l'importance du « contexte » de la garde. Ainsi, devant une autre situation d'**urgence**, 70% des SF (57/82) remettent à plus tard un TV prévu lorsque le travail de la patiente est physiologique : 77% des SF le réitèrent dès qu'elles sont de nouveau disponibles, 17% le font faire par une collègue à l'heure initialement prévue et 10% le repoussent d'une heure de temps. Ces résultats sont intéressants, puisque le TV ne semble pas indispensable d'être effectué à l'heure prévue pour près de 3/4 des sages-femmes mais 77% d'entre elles le font dès qu'elles sont de nouveau disponibles.

Dans un contexte de garde de nuit, 94% des SF pensent que cela n'a pas d'incidence sur leur prise en charge. Il aurait été intéressant de connaître les commentaires des sages-femmes de maternités privées à but lucratif, dont la prise en charge du travail et de l'accouchement est relativement différente, la plupart du temps en « cogestion » avec l'obstétricien. Ceci d'autant plus que cela semblait avoir réellement un impact sur la PEC dans notre questionnaire test.

Parmi les freins les plus communément décrits par les sages-femmes, nous retrouvons une part importante de craintes en ce qui concerne l'avis des autres collègues sur leur propre CAT ou leur gestion du travail, toutes préconisent une uniformisation des pratiques en parlant de protocoles et de décisions communes. Certaines évoquent la crainte de se faire « réprimander au staff ». Nous n'avons pas pu comparer ce paramètre puisque la majeure partie de notre échantillon présente les dossiers accouchées au staff.

Cette notion avait déjà été soulignée dans un mémoire fait en 2014 par C.Paris sur la collaboration entre sages-femmes, médecins et internes. Elle soulignait que la principale difficulté entre professionnels résultait d'un problème de communication entre eux. En effet, dans son étude, les sages-femmes se disaient peu écoutées et les médecins faisaient par des sollicitations non justifiées de certaines sages-femmes. Cette mauvaise communication engendrerait des tensions et du stress. Or une communication efficace est un des points importants du processus de la collaboration. Elle soulignait également le problème de la non-connaissance des compétences et le non-respect des limites de ses compétences comme freins à une bonne collaboration.

De plus, les professionnels qu'elle a interrogés soulignent le manque de confiance: manque de confiance des médecins envers les sages-femmes (ressenti par les sages-femmes et confirmé par les médecins) et manque de confiance des sages-femmes envers les internes. Le manque d'expérience semble être une des raisons de ce manque de confiance.

Ceci pourrait expliquer nos résultats : les sages-femmes de niveau III sont majoritairement plus jeunes et ce sont elles qui s'expriment le plus sur le respect des protocoles et des habitudes du service par crainte de remarque sur leur PEC du travail. L'expérience amène en effet la confiance qui est un élément essentiel pour développer une relation de collaboration (35).

#### 4.1.4. Axes d'amélioration

Ainsi, une éducation interprofessionnelle sur les compétences de chaque

praticien pourrait participer à une meilleure collaboration et à une meilleure prise en charge des femmes par une diminution du stress et pour permettre une plus grande autonomie des SF.

Une étude comparant le suivi du travail de femmes à bas risque obstétrical suivant la fréquence des TV, par exemple en maison de naissance, pourrait également permettre d'initier cette pratique. Il est vrai que le bénéfice de cette prise en charge n'a pas été encore étudié à ce jour : des résultats montrant que nous sommes moins interventionnistes tout en garantissant la même sécurité pour la mère et son enfant sont encore à démontrer pour généraliser cette pratique.

#### **4.2. Points forts de l'étude**

Il s'agit d'une étude multicentrique permettant de s'interroger sur la pratique des sages-femmes de maternités de niveaux et de statuts différents. De ce fait, elle peut-être représentative de la population générale des sages-femmes hospitalières exerçant en Ile-De-France. Il s'agit d'un sujet peu abordé dans la littérature, qui est pauvre à ce sujet.

Nous avons choisi d'entreprendre une étude quantitative permettant une analyse codifiée et rigoureuse avec l'application de test statistiques précis. Elle a été menée à l'aide d'un questionnaire qui interroge les pratiques par l'intermédiaire de vignettes cliniques, construites à partir de données issues de dossiers obstétricaux réels. Il comprend des questions fermées ainsi que des questions semi-ouvertes pour permettre aux sages-femmes de s'exprimer plus librement sur le sujet tout en gardant des réponses interprétables.

#### **4.3. Limites et biais de l'étude**

La principale limite de l'étude est due au faible effectif de la population étudiée : l'échantillon n'a donc pas rendu possible une étude statistique plus précise. Il est également possible que les sages-femmes aient été freinées par la longueur du questionnaire et la résolution de cas cliniques, nécessitant davantage d'attention que

dans les questionnaires classiques. Cette étude aurait pu être abordé par des entretiens qui auraient peut-être permis de connaître plus précisément l'opinion des sages-femmes sur leurs réticences à l'arrêt au recours horaire systématique au TV. Concernant les biais, il y a les biais des enquêtes déclaratives comme le biais d'information. En effet, les questions ont été faites à partir de cas cliniques. L'essentiel des informations nécessaires à une prise en charge d'un travail obstétricale ont été retranscrites, cependant, la prise en compte du contexte (garde chargée, dystocique), des équipes (professionnels présents sur la garde), et de caractéristiques propres à chaque patiente (attitude), peuvent influencer sur les pratiques. De plus, il s'agit de cas cliniques isolés, ils ne sont donc pas forcément généralisables à l'ensemble des travaux de femmes à bas risque. Nous avons juste essayé d'utiliser des situations fréquemment rencontrées.

De plus, l'évaluation des pratiques professionnelles interroge des sages-femmes franciliennes, hors les pratiques peuvent différer dans les autres régions de France. Il aurait été également intéressant d'avoir l'opinion des sages-femmes issues de maternités privées à but lucratif, dont la prise en charge du travail et de l'accouchement est relativement différente, la plupart du temps en « co-gestion » avec l'obstétricien. En effet, nous avons pu constater cette différence notamment dans les réponses au questionnaire test qui révélaient des prises en charge relativement différentes de celles finalement recueillies à la fin de notre analyse. Malheureusement, aucune maternité privée à but lucratif n'a répondu à nos sollicitations. Il en est de même pour la prise en charge des femmes en maisons de naissance.

# Conclusion

Notre enquête nous a permis de constater que le toucher vaginal est quasiment pratiqué toutes les heures par les sages-femmes en salle de naissance chez des femmes en travail considérées comme à « bas risque obstétrical ».

L'importance du recours à l'analgésie péridurale par ces femmes en France semble justifier cette pratique selon les sages-femmes, car il est rarement systématique chez les patientes en travail n'y ayant pas recours. De plus, s'agissant d'un examen facile d'accès et non coûteux, il incite à son utilisation notamment dans la prévention des dystocies cervicales et pour la prise en charge précoce des anomalies de progression du travail.

Par ailleurs, la plupart des sages-femmes sont favorables à une évolution des pratiques et à vouloir amorcer une réflexion sur leur prise en charge de ces femmes en respectant au mieux la physiologie du travail. Cependant, elles expriment aussi la difficulté d'application de ce principe en l'état actuel de l'organisation des salles de naissance françaises. L'imprévisibilité de l'obstétrique et la charge de travail les incitant parfois à multiplier les interventions médicales sur des travaux pourtant physiologiques, entraînant peut-être une surmédicalisation.

Certaines sages-femmes faisant également part d'une pression médico-légale, question semblant présenter de plus en plus d'ampleur chez les professionnels et dans les médias, et derrière lesquelles beaucoup justifient leurs pratiques. En s'assurant un suivi de travail selon les protocoles de service et selon les pratiques des médecins, elles se protègent de toute complication potentielle parfois au risque de mettre en péril leur autonomie.

# Bibliographie

1. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles. 2e éd. Genève: World Health Organization; 2009. 186 p.
2. VIGNON, M-C. Comparaison de pratiques entre la France et l'Angleterre. Quels sont leurs impacts sur les issues maternelles et néonatales? [Mémoire de sage-femme en vue de l'obtention du diplôme d'Etat]. [Paris]: Descartes; 2014;
3. NICE. NICE Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth. 2014 p.108. (NICE clinical guideline).
4. SHEPHERD A., CHEYNE H., et al. The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women Birth*. mars 2013;26(1):49–54.
5. WEI S., WO B., et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Libr*. 2013;(8):78.
6. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour - Cochrane Database of Systematic Reviews - Bugg - Wiley Online Library [Internet].
7. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery. In 2014.
8. ZHANG J., TROENDLE J., et al. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010;115(4):705–710.
9. 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 de sage-femme en vue de l'obtention du diplôme d'Etat]. Descartes; 2013
10. BELGHITI J., KAYEM G., et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ* [Internet]. 2011
11. Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities - Goffinet - 2005 - *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* - Wiley Online Library [Internet].
12. LOSCUL C. Utilisation du Syntocinon® au cours du travail spontané:

Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port-Royal. 2013

13. BERNITZ S., ØIAN P., et al. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: A cohort of low-risk nulliparous women. *Midwifery*. mars 2014;30(3):364- 70.
14. VAYSSIERE C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2005;33:69- 74.
15. MORLAT M. Existe-t-il une surmédicalisation des grossesses à bas risque en salle de naissance des maternités de niveau III? Comparaison de leurs prises en charge avec celles d'une maternité de niveau I. 2012
16. BLONDEL B., KERMANRECC M., et al. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. 2010;
17. CARRICABURU D. De la gestion technique du risque à celle du travail: l'accouchement en hôpital public. *Sociol Trav*. 2005;47:245- 62.
18. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Analyse de trois professions: sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale, Le Rapport 2004. 2004 p. 122. Report No.: 3.
19. CAVILLON M. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs. 2012;
20. WILHELM N. L'ocytocine de synthèse est-elle la solution? *Vocation Sage-Femme*. 2011;10(90):33- 5.
21. DIXON L., FOUREUR M. The vaginal examination during labour. Is it of benefit or harm? 2010
22. RAY-RAUXL, et al. Influence des caractéristiques de la structure de soin sur la prise en charge périnatale chez les femmes à bas risque en France
23. STALLA-BOURDILLON A., MOYANO G., et al., Influence de l'analgésie locorégionale (ALR) sur la mécanique obstétricale, Le Congrès, SFAR, 2013
24. UK COMET (COMET) SG, others. Effect of low-dose mobile versus traditional epidural techniques on mode of delivery: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2001;358(9275):19–23.
25. CHESNUT D. Does early administration of epidural analgesia affect obstetric outcome in nulliparous women who are in spontaneous labor? *Anesthesiology*. 1994;80:1201- 8.



26. VAHRATIAN A., ZHANG J., et al. The effect of early epidural versus early intravenous analgesia use on labor progression: A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol.* juill 2004;191(1):259- 65.
27. FUZHOU W., XIAOFENG S., et al. Epidural analgesia in the latent phase of labor and the risk of cesarean delivery, *Anesthesiology*, 2009; 111:871-80
28. ROBIN V. L'accompagnement des parturientes serait-il influencé par l'analgésie péridurale? Enquête prospective auprès de 130 sages-femmes de Normandie? [Mémoire de sage-femme en vue de l'obtention du diplôme d'Etat]. [Rouen]: Rouen; 2011
29. PHELPS J., LAMBROU N. Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation and effacement measurements. *Prim Care Update ObGyns.* 1998;5(4):184–185.
30. BUCHMANN E., LIBHABER E. Accuracy of cervical assessment in the active phase of labour. *An International Journal of Obstetrics é Gynaecology.* 144e éd. 2007;833- 7.
31. NIZARD J., HABERMAN S., et al. How reliable is the determination of cervical dilation? Comparison of vaginal examination with spatial position-tracking ruler. *Am J Obstet Gynecol.* avr 2009;200(4):402.e1-402.e4.
32. VILAIN A. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011;
33. Observatoire national de la démographie des professions de santé (France). Le rapport 2004. Paris: Documentation française; 2004.
34. CIANE. Douleur et accouchement [Internet]. 2013 p. 64.34. Akrich. La péridurale, un choix douloureux [Internet]. L'harmattan. 1999. 17-48 p. (Cahiers du Genre).
36. PARIS C. État des lieux des connaissances des compétences légales des sages-femmes en salle de naissance: quelle collaboration entre sages-femmes et médecins? Université de Bordeaux, 2014, 83 p.

# Annexes

## Annexe I : Questionnaire distribué aux sages-femmes

### Pratique du Toucher Vaginal en Salle de Naissance

Madame, Monsieur,

Je suis Marine Guidez et actuellement étudiante en 5<sup>ème</sup> année à l'école de sages-femmes de Baudelocque, j'effectue dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, une enquête auprès des sages-femmes d'Ile de France ayant une activité hospitalière régulière en salle de naissance.

Celle-ci a pour but d'évaluer la pratique du toucher vaginal en salle de naissance lors d'un suivi de travail et notamment les freins à diminuer sa fréquence pour le travail des parturientes à bas risque.

Pour cela, votre aide m'est nécessaire. Ce questionnaire comprend 4 cas cliniques interrogeant vos pratiques comportant chacun 10 questions, pour lequel il faut approximativement 20 minutes pour répondre. Il est anonyme et sera utilisé à des fins statistiques. Toutes les questions peuvent inviter à plusieurs réponses.

Je vous remercie par avance, du temps que vous y consacrerez. Je vous laisse également mes coordonnées si le sujet vous intéresse pour que nous puissions en discuter plus en détail au cours d'un entretien.

Marine Guidez

Etudiante sage-femme 5<sup>ème</sup> année Baudelocque

Tel :

Mail :

## Questionnaire

### Caractéristiques du professionnel :

- 1) Vous êtes :     Une femme                       Un homme
- 2) Quel est votre âge ?    .....
- 3) En quelle année avez-vous été diplômé ?    .....
- 4) Dans quel type de maternité exercez-vous ?     Type I             Type II             Type III
- 5) De quel statut dépend la maternité dans laquelle vous exercez ?  
                                  Public             Privé à but non lucratif             Privé à but lucratif
- 6) Si vous exercez en maternité privée, est-ce les sages-femmes qui réalisent les accouchements ?  
    Oui                       Non
- 7) Dispose-t-elle d'une salle « physiologique » ou « nature » (Salle avec baignoire, liane, ballons...) ?  
 Oui                       Non
- 8) Combien d'accouchements le service de SDN réalise-il par an ?    .....
- 9) Depuis quand y effectuez-vous des gardes en SDN ?    .....
- 10) Quel est le pourcentage d'accouchements réalisés sous analgésie péridurale dans votre maternité d'exercice ?    .....
- 11) Présentez-vous vos dossiers accouchées au staff?  
    Oui                       Non
- 12) Avez-vous déjà pratiqué ou pratiquez-vous régulièrement une activité hors de la SDN?  
 Libéral  
 Echographie  
 PMI  
 Non  
 Autres (précisez) :    .....
- 13) Avez-vous bénéficié d'une formation supplémentaire ?  
 DU (précisez) :    .....
- Etudes à l'étranger (précisez) :    .....
- Licence/Master/Doctorat (précisez) :    .....
- Non
- Autres (précisez) :    .....
- 14) Pratiquez un toucher vaginal toutes les heures chez des femmes en travail à bas risque en SDN ?  
 Oui                       Non
- 15) Si non, depuis quand avez-vous changé vos pratiques et pourquoi ?  
.....  
.....
- 16) Vous arrive-t-il de lire la littérature scientifique sur ce sujet ?  
 Oui                       Non

Vignette 1 :

8h00 : vous débutez votre garde.

Mme **WS**, 30 ans, G1P1, consulte pour perte de liquide clair à 7h00 à 37 SA. Elle n'a pas de contractions. Elle n'a pas d'antécédents notables.

Grossesse actuelle : déroulement normal, fœtus estimé au 80<sup>ème</sup> percentile à 32 SA et un PC estimé au 97<sup>ème</sup>.  
PV de fin de grossesse négatif.

1) Pratiqueriez-vous un TV ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, pour :  | <input type="checkbox"/> Non, car :                                       |
| <input type="checkbox"/> Diagnostiquer un travail                               | <input type="checkbox"/> Aucune recommandation n'incite à pratiquer un TV |
| <input type="checkbox"/> Avoir une référence                                    | <input type="checkbox"/> Il majore le risque infectieux                   |
| <input type="checkbox"/> Par habitude de service                                | <input type="checkbox"/> Il est inutile en l'absence de contractions      |
| <input type="checkbox"/> Avoir une référence en vue d'un éventuel déclenchement | <input type="checkbox"/> Il est difficilement vécu par la femme           |
| <input type="checkbox"/> A la demande de la patiente                            | <input type="checkbox"/> Vous attendez de les capter au monitoring        |
| <input type="checkbox"/> Les recommandations incitent à pratiquer un TV         | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....                         |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : .....                               |   |

Vous pratiquez finalement l'examen vaginal.

**TV : col postérieur, court, ramolli, ouvert à 2 doigts justes avec un LAC franc au spéculum.**

RCF NONR, 1 CU/10 minutes au monitoring non ressenties par la patiente.

**Le RCF restera NONR durant tout le travail.** Vous l'hospitalisez en salle de pré-travail.

12h30 :

La patiente rappelle 4 heures 30 plus tard, elle signale des contractions douloureuses toutes les 5 minutes depuis 45 min qui la font vomir. Vous les objectiviez cliniquement et au monitoring, LAC. Cette patiente souhaite une APD.

2) La réexaminez-vous ?

- Oui       Non

3) Qu'attendez-vous de cet examen ?

- Aide à l'élaboration d'un diagnostic de travail  
 Aide à l'élaboration d'une conduite à tenir  
 Pour envisager la pose d'une analgésie péridurale  
 Pour rassurer la patiente  
 Autre : .....

Vous réexaminez cette patiente.

**TV : col intermédiaire, effacé, souple, ouvert à 2 doigts larges, PC juste appliquée.**

Cette femme est en travail. Elle est très algique et réclame la péridurale. Vous la faites passer en SDN.

13h30 :  
La patiente est installée en salle de travail, l'anesthésiste est appelé.

4) Nous sommes à 1 heure du précédent examen, réexaminez-vous la patiente?

- Oui       Non

5) Pourquoi ?

.....  
.....

6) Que faites-vous pour prévenir le risque infectieux ?

- Contrôle régulier de la température maternelle  
 Port du masque si vous devez réaliser un TV  
 Bilan infectieux immédiat  
 Bilan infectieux à 12 heures de rupture des membranes  
 Vous ne l'examinez que s'il existe des signes cliniques d'infection  
 Autre : .....

14h30 :  
Elle semble toujours algique lors de la fin de la pose de l'APD.

7) Que faites-vous ?

- Vous appelez l'anesthésiste  
 Vous l'examinez car elle est peut être sur le point d'accoucher  
 Vous ne l'examinez pas pendant au moins 1h encore car elle a mal, vous entamez une action antalgique (massage, posture...)  
 Vous attendez 15 minutes après la pose de l'APD puis vous appelez l'anesthésiste  
 Autre : .....

Vous décidez finalement de l'examiner : **son col est dilaté à 9 cm, la présentation engagée en OIGA.**

15h30 :  
L'APD est latéralisée, la patiente ressent de fortes douleurs à gauche, elle souhaite que l'anesthésiste réinjecte des antalgiques en DLG car elle a peur de la douleur.

8) Quels sont les facteurs pouvant vous faire pratiquer un TV horaire chez des patientes à bas risque ?

- Primiparité  
 Biométries élevées au 3<sup>ème</sup> trimestre  
 Travail sous analgésie péridurale  
 IMC < 18 ou > 25  
 Age > 35 ans  
 Rupture de la poche des eaux  
 Terme à 37 SA  
 Autre : .....

9) Pensez-vous que ces facteurs influenceraient votre prise en charge concernant la fréquence de vos TV?

- ⇒ La présence d'une équipe obstétricale et anesthésique en permanence en SDN  
Toujours      Beaucoup      Peu      Sans influence
- ⇒ Votre disponibilité et les autres urgences  
Toujours      Beaucoup      Peu      Sans influence
- ⇒ Votre lecture de la littérature et les dernières recommandations en vigueur  
Toujours      Beaucoup      Peu      Sans influence
- ⇒ Les protocoles du service  
Toujours      Beaucoup      Peu      Sans influence
- ⇒ Les gardes de nuit  
Toujours      Beaucoup      Peu      Sans influence
- ⇒ Les inquiétudes de la femme  
Toujours      Beaucoup      Peu      Sans influence

Vignette 2 :

14h20 :  
Mme **PV** (25 ans, G2P1) consulte aux urgences à 40 SA + 1 jour pour CU régulières toutes les 10 minutes, douloureuses depuis 6h00 avec une perte de liquide marron.  
ATCD notables : IVG médicamenteuse 2010  
Grossesse actuelle : déroulement normal, fœtus eutrophe avec EPF au 25<sup>ème</sup> percentile au 3<sup>ème</sup> trimestre.  
PV de fin de grossesse négatif.

Elle ne souhaite pas de péridurale, elle souhaiterait accoucher dans la salle nature dont dispose la maternité.  
Son dernier TV date de la veille : **col postérieur, mi long, mou, 2 doigts justes, PC appliquée.**

10) L'examinez-vous ? Pourquoi ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Oui, pour :<br><input type="checkbox"/> Diagnostiquer le travail<br><input type="checkbox"/> Lui proposer des moyens d'analgésie adéquate<br><input type="checkbox"/> A la demande de la patiente<br><input type="checkbox"/> Pour l'informer sur la possibilité ou non de poser une péridurale<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... | <input type="checkbox"/> Non, car :<br><input type="checkbox"/> Le TV est douloureux pour la patiente<br><input type="checkbox"/> Elle ne souhaite pas d'APD et gère ses contractions<br><input type="checkbox"/> Vous examinez rarement les femmes qui souhaitent accoucher sans APD<br><input type="checkbox"/> Son dernier TV date de la veille, il est inutile d'avoir un TV de référence<br><input type="checkbox"/> Autre : ..... |
|--|---|

11) Examinez-vous toutes les heures les femmes qui ne souhaitent pas de péridurale ?

- Systématiquement      Souvent      Parfois      Jamais

Cette patiente est en travail : son col s'est modifié (col centré, effacé, souple, dilaté à 3 cm) et ses contractions régulières et douloureuses.  
2 heures plus tard, la patiente rappelle car ses contractions sont très douloureuses. Elle ne ressent pas l'envie de pousser.

12) Réexaminez-vous cette patiente ?

- Vous ne pratiquez pas de TV, vous la rassurez et lui proposez d'autres moyens d'analgésie (baignoire, massage, ballon)
- Vous l'examinez pour l'informer et prenez les décisions concernant l'analgésie en fonction du TV
- Vous ne pratiquez pas de TV, cet examen vous paraît inutile pour cette situation
- Autre : .....

16h40 :  
Vous prenez finalement la décision de l'examiner.  
**TV : col postérieur, épais, souple, 4 cm à MI.**

13) Les sages-femmes aux Pays-Bas pratiquent le TV en fonction de l'attitude de la patiente, et sont ainsi capables de déterminer le stade de progression du travail à partir du comportement physique et affectif de la femme.

Partagez-vous cette pratique ?

- Oui
- Non

14) Utilisez-vous d'autres moyens permettant d'établir le stade de progression du travail ? Si oui, lesquels ?

.....  
.....

Après 2 heures de temps passées à calmer la douleur par un bain chaud, des massages...  
Le RCF est NONR et il y a 5 CU /10 minutes. Vous réexaminez cette patiente.  
**TV : col dilaté à 8 cm avec une PC fixée et une PDE bombante** qui se rompt spontanément 5 minutes plus tard.

15) Réexaminez-vous cette patiente ?

- Oui, pour :
  - S'assurer d'une absence de procidence du cordon
  - Vérifier l'aspect du liquide amniotique
  - Par habitude
  - Les recommandations incitent à pratiquer un TV après une rupture
  - Autre : .....
- Non, car :
  - Vous venez de l'examiner
  - Il majore le risque infectieux
  - Il est inutile dans cette situation
  - Une procidence s'accompagne d'une bradycardie visible au monitoring
  - Autre: .....

19h25

La patiente vous rappelle 20 minutes plus tard, car elle ressent l'envie de pousser. Vous l'examinez.  
**TV : DC avec une PC partie haute en OP avec un LAC.** Après une tentative d'efforts expulsifs, il y a peu de progression de la présentation fœtale. Vous décidez de varier les postures maternelles pour favoriser la descente fœtale et expliquez à la femme l'intérêt de souffler sans pousser pour aider son bébé à descendre dans le bassin.

16) A ce stade du travail (quand la femme ressent l'envie de pousser), sur quels arguments pratiquez-vous le TV ?

- ARCF
- Au bout d'une heure, pour retenter les efforts expulsifs
- En fonction de l'intensité de la douleur (attitude de la patiente)
- LA méconial
- Si l'envie de pousser est très forte avec des efforts expulsifs incontrôlés
- Autre : .....

### Vignette 3 :

20h30 : Vous débutez votre garde de nuit, vous êtes 2 SF pour gérer la SDN et les urgences.

On vous fait les transmissions concernant Mme **DK**, 24 ans, G1P0, venue consulter à 10h ce matin aux urgences au terme de 38 SA + 4 jours pour CU douloureuses toutes les 10 minutes depuis 5h. Elle est examinée, son col s'est peu modifié par rapport à sa précédente consultation, elle est partie marcher.

Grossesse actuelle : déroulement normal, fœtus estimé eutrophe à 34 SA, PV de fin de grossesse négatif.

Cette femme revient finalement à 18h30 car ses CU sont de plus en plus douloureuses toutes les 5 minutes ; son col s'est modifié : il est **postérieur, effacé, ouvert à 3 cm, tonique avec une PC plongeante**, elle vous est adressée en SDN.

Vous prenez la garde il est 20h30, la femme est passée en SDN, l'APD lui a été posée, elle est désormais soulagée, le RCF est normal, les CU sont encore irrégulières environ 2/10 minutes. Votre collègue de jour sort de chambre : son col est postérieur, effacé, ouvert à 3 cm, tonique avec une PDE bombante.

17) Réexaminez-vous cette patiente derrière votre collègue ?

- Oui, pour vous faire votre idée
- Oui, le TV est soumis à de fortes variabilités inter observateurs
- Non, elle vient d'être examinée
- Non, la patiente est en phase de latence, le travail n'aura pas avancé
- Autre : .....



21h30 :

Après 1 heure d'expectative, votre TV est inchangé, (**TV : postérieur, effacé, tonique à 3 cm avec une PDE bombante**). Les CU sont encore irrégulières environ 2/10 minutes.

De plus, la garde commence à être chargée, les salles de naissances sont toutes occupées, votre collègue est occupée sur la gestion d'une hémorragie de la délivrance.

18) D'une manière générale, un examen du col identique à 1 heure d'intervalle vous fait-il nécessairement pratiquer une intervention ?

- Oui, si les CU sont irrégulières
- Oui, si la présentation est haute
- Oui, si la patiente est en phase de latence
- Oui, si la patiente est à DC
- Non
- Autre : .....

19) Quelle est votre conduite à tenir ? Classez-les par ordre de priorité.

- .... RAM
- .... Expectative
- .... Utilisation d'ocytociques
- .... Usage Spasfon
- .... Variation posturale

20) Estimez-vous que votre conduite à tenir soit modifiée pendant une garde de jour ?

- Oui
- Non

21) Si vous décidez de pratiquer une intervention, quels sont les facteurs qui vous font prendre cette décision ?

- L'irrégularité des contractions
- 2 heures sans variation de l'examen vaginal
- Le protocole du service
- Votre disponibilité et les autres urgences
- La charge de travail
- La pression des médecins
- Autres : .....

Vous rompez finalement la poche des eaux, le liquide est clair.

22h30 :

Votre patiente va bien, le RCF est normal, elle a une contraction toutes les 4 minutes.

Les salles de naissances sont toutes occupées, votre collègue est toujours occupée avec sa patiente. Une femme qui contracte arrive aux urgences, il s'agit d'une grossesse gémellaire à 32+4 jours.

22) Quelle est votre conduite à tenir ?

- Vous réalisez la consultation d'urgence
- Vous demandez de l'aide auprès de sages-femmes d'autres services

Vous allez examiner votre patiente, puis vous faites la consultation d'urgence

23) Si vous n'examinez pas cette patiente, quel délai vous accordez-vous pour réaliser le prochain TV?

- Dès que vous êtes disponible
- Vous le repoussez à une heure
- Vous le faites faire par une autre collègue

Vous décidez de laisser votre collègue de suites de couches examiner la patiente.

23h30 :

Vous êtes de nouveau avec votre patiente, vous reprenez la main. Votre collègue de SDC, venue vous aider, vous informe que le TV de **22h30 n'a pas bougé** et qu'elle a décidé de l'expectative.

24) Auriez-vous fait la même chose ?

- Oui, la patiente est toujours en phase de latence, la cinétique de dilatation est plus lente
- Oui, une intervention aurait risqué de se compliquer alors que la garde est chargée et dystocique
- Non, j'aurai effectué un sondage urinaire
- Non, le travail n'a pas avancé
- Non, il y a une hypokinésie de fréquence des contractions utérines
- Autre : .....

Le RCF est normal, les CU sont régulières toutes les 4 minutes.

Vous réalisez le **TV** : le col est à 6 cm avec une PC bien appliquée en OIGA mal fléchie.

00h30 :

La patiente est finalement à dilatation complète avec une présentation en OIGA fixée avec une PC plongeante à la CU avec 1 CU/4 minutes.

Après 2 heures à DC, la présentation est partie haute dans le bassin maternel.

25) Que faites-vous ?

- Essai d'efforts expulsifs car la dilatation est complète depuis 2 heures
- Mise en place d'une perfusion d'ocytocine pour renforcer les contractions
- Variations posturales et expectative
- Vous la réexaminez 30 minutes plus tard
- Appel d'un médecin

26) Vous est-il déjà arrivé de revenir sur un TV à une certaine heure même s'il est déjà inscrit sur le partogramme ? Si oui, pourquoi ?

- Non
- Oui, car le partogramme était trop long
- Oui, car vous pensez avoir exagéré sur une stagnation
- Oui, car vous pensez n'avoir pas diagnostiqué une stagnation
- Oui, car la DC est trop longue

**Vignette 4 :**

8h00 : Vous débutez votre garde de jour. Vous prenez en charge le travail d'une patiente suivie par votre collègue qui vient de quitter sa chambre.

Mme **LA**, 30 ans, G2P2

ATCD notables : Accouchement voie basse en octobre 2013 à 38 SA sous APD d'un garçon « Jules » de 3180 g

A 7h30, elle consulte aux urgences à 38 SA + 4 jours avec une SF de nuit pour CU douloureuses/5 minutes.

**TV** : col centré, épais, souple, dilaté à 3 cm avec une PDE bombante. La SF l'a fait passée en SDN.

**Vous êtes dans une maternité qui recommande de n'examiner les patientes à bas risque que toutes les 2 heures.**

27) Pensez-vous qu'un TV pratiqué toutes les 2 heures pour les patientes à bas risque changerait votre prise en charge du travail ? Si oui, de quelle manière en positif ou négatif cela interviendrait sur :

La morbidité materno-fœtale :

.....  
.....  
.....

La charge de travail :

.....  
.....  
.....

Votre stress et votre gestion du travail de la patiente :

.....  
.....  
.....

Votre interventionnisme et la médicalisation du travail :

.....  
.....  
.....

Cette patiente souhaite la péridurale qui lui est posée.

8h00 **TV** : postérieur, épais, souple, 5 cm, PDE intacte. Le RCF est NONR 1 CU/5 minutes.

28) Quels sont les facteurs concernant cette patiente qui vous inciteraient à pratiquer un examen vaginal toutes les 2 heures ?

- Multiparité
- Biométries élevées au 3<sup>ème</sup> trimestre
- ATCD d'accouchement par voie basse physiologique
- Une cinétique de dilatation satisfaisante
- Une PDE intacte
- Une patiente non algique
- Autre : .....

10h00 : soit 2 heures plus tard

La patiente est soulagée.

**TV : col postérieur, épais, souple, 6 cm, OIGA fixée, PDE intacte.** RCF NONR 1 CU/ 3 minutes.

29) Quelle est votre CAT ?

- Expectative
- RAM
- Mise en place d'une perfusion d'ocytocine
- Variations posturales
- Autres : .....

30) Pourquoi ?

.....  
.....  
.....

31) Que craigniez-vous en n'examinant la patiente que toutes les 2 heures?

- De ne pas diagnostiquer une dystocie cervicale
- De ne pouvoir diriger le travail pour diminuer la charge de travail en salle
- Par crainte médico-légale
- De mal gérer le travail
- Que des collègues vous fassent la remarque (médecin, sage-femme, staff)
- Autre : .....

12h00

Vous n'aviez finalement pratiqué aucune intervention. Vous allez réexaminer votre patiente.

**TV : col centré, épais, souple, 6-7 cm, OIGT fixée,** RCF NONR 1 CU/3'.

32) A posteriori, en observant la cinétique de dilatation, pensez-vous que vous auriez eu la même prise en charge en examinant cette femme toutes les heures ?

- Oui
- Non

33) Si non, pensez-vous que :

- Vous seriez intervenu plus tôt, cela aurait sûrement accélérer le travail
- Vous seriez intervenu plus tôt, car le diagnostic d'une stagnation de la dilatation par le TV nécessite une intervention
- Autre: .....

12h30

Vous rompez la poche des eaux, le liquide est clair.

**TV : DC avec PC en OIGT OIGA fixée.** Après une tentative d'efforts expulsifs, la présentation est partie haute mais l'analyse du RCF devient difficile par la suite. Après 15 minutes d'efforts expulsifs et devant un RCF douteux, un médecin est appelé qui décide de s'installer pour l'accouchement.

Mme LA accouche finalement par voie basse à 12h59 après la réalisation d'une épisiotomie et par forceps de Tarnier pour ARCF d'un garçon « Martin » de 3280g, d'Apgar 9/10 avec un pH à 7,20. Les suites sont simples.

34) De manière globale, pensez-vous avoir la possibilité de respecter la physiologie du travail dans le cadre de votre exercice?

- Oui       Non

35) Si non, dans quelles mesures ces paramètres interfèreraient-ils sur une prise en charge physiologique du travail ?

- La charge de travail :

.....  
.....  
.....

- La pression du service et des médecins :

.....  
.....  
.....

- Le stress :

.....  
.....  
.....

- Autres :

.....  
.....  
.....

36) Personnellement, seriez-vous prêt à changer vos pratiques concernant le TV en SDN pour les femmes à bas risque ? Pourquoi ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Je vous remercie du temps que vous aurez pu consacrer à mon travail.**

**Marine Guidez**

## Résumé

Le toucher vaginal (TV) en France est systématiquement pratiqué par les professionnels de santé pour évaluer l'état de l'avancée du travail. Les recommandations actuelles n'incitent pas à un TV horaire en cas de grossesse et de travail à bas risque. Alors que l'OMS recommande un examen vaginal toutes les 4 heures pendant le travail, la majorité des sages-femmes y ont recours toutes les heures durant le travail. Il semble que cette pratique horaire soit une spécificité française puisque les professionnels de santé de nos voisins européens y ont recours beaucoup moins fréquemment.

Nous nous sommes interrogées sur la réalité de cette pratique ainsi que les freins à l'arrêt de ce recours horaire systématique chez les femmes en travail à bas risque obstétrical.

Nous avons réalisé une étude descriptive quantitative en établissant un questionnaire composé de vignettes cliniques issues de réels dossiers obstétricaux auprès de sages-femmes hospitalières d'Ile-de-France. Notre étude s'étend sur la période d'octobre 2015 à janvier 2016 et recense 82 répondants.

Une majorité de professionnels pratiquent le toucher vaginal systématique horaire en salle de naissance (SDN) malgré que la patiente soit à considérer comme à bas risque obstétrical. L'analgésie péridurale semble induire très largement cette pratique plus que toutes les autres caractéristiques obstétricales.

Même si les sages-femmes sont favorables à un changement de leur pratique, elles se disent limitées par le manque de temps et la charge de travail, la crainte médico-légale et les protocoles de service. L'enjeu d'une évolution des pratiques vers le modèle anglais pourrait donc reposer sur une réorganisation de la charge de travail en SDN et une meilleure collaboration entre les équipes soignantes.

**Mots-clés : Toucher Vaginal – Systématique – Salle de Naissance – Travail à bas risque obstétrical – Evaluation des pratiques professionnelles**

## **Abstract**

Vaginal examination in France is systematically practiced by caregivers to assess the state of progress of labor. Currently, there is no recommendation for a TV schedule in case of low-risk pregnancy and labor. Although WHO recommends a vaginal examination every 4 hours during labor, most midwives resort to it hourly during labor. It seems that this schedule is a specifically French since health professionals of our European neighbors resort to it much less frequently.

The purpose of this study was to assess this practice and the restraints to stop its systematic use among women working in low obstetric risk.

This quantitative and descriptive study was realized by establishing a questionnaire with clinical vignettes from actual obstetric cases with hospital midwives in Ile-de-France. Our study covers the period from October 2015 to January 2016 and relies on 82 respondents.

According to the results, the majority of professionals practice vaginal exam on the basis of a systematic schedule in labor and delivery ward even when the patient is presenting low-risk pregnancy and labor. Epidural analgesia, more than any other obstetric feature, displays strong correlation with this practice.

Even if midwives are in favor of changing their practice, they argue being limited by the lack of time, the workload, the uncertainty on the legal responsibilities and service protocols. The challenge of an evolution of practices towards the English model involves a reorganization of the workload in the delivery room and better collaboration between care teams.

**Keywords: Cervical Examination – Hourly – Delivery Ward – Low-risk Pregnancy and Labor – Formative assessment**