



HAL
open science

Phase de latence : déterminants de sa prise en charge active par les sages-femmes

Marie Jollivet

► **To cite this version:**

Marie Jollivet. Phase de latence : déterminants de sa prise en charge active par les sages-femmes. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04042243

HAL Id: dumas-04042243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04042243>

Submitted on 23 Mar 2023

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR SIMONE VEIL - SANTE

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

MARIE JOLLIVET

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

PHASE DE LATENCE :

**DETERMINANTS DE SA PRISE EN CHARGE ACTIVE PAR LES
SAGES-FEMMES**

Soutenu le : 2 JUIN 2022

Directeur de mémoire : **Madame ESTELLE LE ROUX**

JURY

Madame E. HERICHER, sage-femme enseignante, UFR Simone Veil – Santé

Madame S. VOILLEQUIN, sage-femme enseignante, Université de Strasbourg

Madame C. BOUYER, sage-femme, réseau MYPA

Numéro national d'étudiant : 2509000960 G

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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Merci à Estelle Le Roux, ma directrice de mémoire, pour son implication, sa bienveillance, sa patience et sa réactivité. Le temps que vous avez accordé à notre travail était précieux.

Merci à Rui Lourenco, mon référent pédagogique au cours de ces deux dernières années, pour son soutien, ses conseils et son écoute.

Merci à Sarah Louis, ma référente pédagogique durant mon premier cycle, de m'avoir accompagnée dans mes débuts d'étudiante sage-femme.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique pour la formation que vous nous dispensez et l'énergie consacrée à vos étudiant.e.s.

Merci à l'AESFPO pour ces années qui n'auraient pas été si belles, folles, amusantes et stimulantes sans cette jolie association. Merci d'avoir fait de ma vie étudiante ce qu'elle a été.

Merci à Lise, Mahaut, Camille et Laura, ma famille sage-femme sans qui ces années d'études n'auraient pas eu la même saveur.

Merci à ma famille et mes amis, pour leur soutien sans faille.

Merci à Alexandre, mon copain, d'avoir su m'écouter parler des heures de ce mémoire et de mes doutes le concernant.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE ACTIVE DE LA PHASE DE LATENCE PAR LES SAGES-FEMMES	XI
DETERMINANTS OF MIDWIVES' ACTIVE MANAGEMENT OF THE LATENT PHASE OF LABOR	XII
INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	2
1.1 Définitions	2
1.1.1 Physiologie du travail	2
1.1.2 Dystocies	4
1.2 Prise en charge de la phase de latence	6

1.3	Accouchement normal et analgésie péridurale	8
1.3.1	Accouchement physiologique	8
1.3.2	Accouchement normal	8
1.3.3	Eutocie	9
1.3.4	Recommandations	9
1.3.5	Place de l'analgésie péridurale au cours du travail	9
2	MATERIEL ET METHODES	11
2.1	Objectifs	11
2.2	Hypothèses	11
2.3	Type d'étude et outil	11
2.4	Population retenue	12
2.5	Variables et modalités d'accueil	12
2.6	Obligations éthiques et réglementaires	13
2.7	Déroulement de l'étude	13
3	RESULTATS	14
3.1	Description de l'étude	14
3.1.1	Diagramme des flux	14
3.1.2	Description de la population	15
3.2	Description des résultats principaux	16
3.2.1	Prise en charge de la phase de latence en fonction du type de maternité d'exercice	16
3.2.2	Influence de l'analgésie péridurale sur la prise en charge de la phase de latence	18
3.2.3	Influence de la parité sur la prise en charge de la phase de latence	19
3.3	Description des résultats secondaires	20
3.3.1	Utilisation du terme « dystocie » pour qualifier une phase de latence longue	20
3.3.2	Anormalité de durée de la phase de latence selon les interrogé.e.s	21
3.3.3	Déterminants associés à une prise en charge active de la phase de latence	22
3.3.4	Ressenti des professionnel.le.s vis-à-vis des recommandations en phase de latence	24

4	DISCUSSION	25
4.1	Interprétation des résultats	25
4.1.1	Type de maternité d'exercice	25
4.1.2	APD	26
4.1.3	Multiparité	26
4.1.4	Recommandations et déterminants de la prise en charge de la phase de latence	27
4.2	Points forts	31
4.3	Limites et biais	31
4.3.1	Limites	31
4.3.2	Biais	32
4.4	Implication et perspectives	33
	CONCLUSION	34
	BIBLIOGRAPHIE	35
	ANNEXES	40

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée.....	15
Tableau 2 : Délai moyen d'action en phase de latence en fonction du type de maternité d'exercice	16
Tableau 3 : Comparaison des moyennes de délai d'action en fonction du type de maternité d'exercice ; p-values (T-test).....	16
Tableau 4 : Délai moyen d'action en phase de latence en fonction de la présence ou de l'absence d'APD	18
Tableau 5 : Délai moyen d'action en phase de latence en fonction de la parité de la patiente	19
Tableau 6 : Utilisation du terme « dystocie » en fonction de la situation clinique	20
Tableau 7 : Durée étant considérée comme anormalement longue pour une phase de latence.....	21
Tableau 8 : Impact de différents facteurs sur la prise en charge active de la phase de latence.....	22
Tableau 9 : Ressentis des sages-femmes vis-à-vis des recommandations en phase de latence.....	24

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux 14

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire LimeSurvey	40
---	----

Lexique

SA : Semaines d'aménorrhées

ALR : Anesthésie loco-régionale

APD : Analgésie péridurale

TV : Toucher vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

CNSF : Conseil National des Sages-femmes

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

ONSSF : Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes

ANSFC : Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrice

CNEMa : Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique

ANESF : Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes

Déterminants de la prise en charge active de la phase de latence par les sages-femmes

Objectifs

Notre étude avait pour objectif d'évaluer les facteurs associés à la prise en charge active de la phase de latence en France.

Matériel et méthodes

Nous avons effectué une étude quantitative descriptive. Cette étude nationale a été réalisée via un questionnaire en ligne comprenant des cas cliniques pour lesquels les sages-femmes proposaient une prise en charge. Après leur recueil, nous nous sommes intéressés à l'influence de certains facteurs sur la prise en charge de la phase de latence ainsi qu'au ressenti des professionnel.le.s vis-à-vis des recommandations la concernant.

Résultats

De façon globale, la prise en charge active lors de la phase de latence commençait en moyenne 4 heures après le diagnostic de mise en travail. Des différences significatives concernant les délais d'action ont été observées selon le type de maternité, la présence d'analgésie péridurale et la parité de la patiente.

Malgré des recommandations claires et acceptées par plus de 50% des professionnel.le.s, le taux d'abstention de 40% aux questions relatives aux recommandations démontre une potentielle difficulté de positionnement des sages-femmes vis-à-vis de ces dernières.

Mots-clés

Prise en charge, Phase de latence, Sage-femme, Recommandations

Determinants of midwives' active management of the latent phase of labor

Objective

The objective of our study was to evaluate the factors associated with active management of the latent phase of labor in France.

Methods

We conducted a quantitative descriptive study. This national study was carried out via an online questionnaire including clinical cases for which midwives proposed management. After their collection, we were interested in the influence of some factors on the management of the latent phase of labor as well as the feelings of the professionals regarding the recommendations concerning it.

Results and conclusion

Overall, active management during the latent phase of labor began on average 4 hours after the diagnosis of labor. Significant differences in time to action were observed according to the type of maternity hospital, the presence of PDA and the parity of the patient.

Despite clear and accepted recommendations for more than 50% of the professionals, the 40% abstention rate for questions related to the recommendations demonstrates a potential difficulty in positioning midwives with respect to these recommendations.

Keywords

Management, Latent phase of labor, Midwife, Recommendations

Introduction

Le travail obstétrical est divisé en 3 stades : le premier stade constitué de la phase de latence (de 0 à 5-6 cm) et de la phase active (de 5-6 cm à dilatation complète), le deuxième stade du travail allant de dilatation complète à la naissance comprenant les phases de descente et d'expulsion du fœtus, et le troisième stade correspondant à la période allant de la naissance de l'enfant à l'expulsion du placenta ^[1].

La phase de latence étant la première phase du premier stade du travail, signe la mise en travail dont le début exact est souvent inconnu. Ainsi, la durée de la phase de latence est imprécise et il n'existe actuellement pas suffisamment de données pour déterminer la durée normale de la phase de latence ^[1].

Alors que les dernières recommandations pour la pratique clinique de 2017 élaborées par Collège National des Sages-Femmes recommandent de ne plus utiliser le terme de dystocie dynamique en phase de latence, une prise en charge active par amniotomie et/ou administration d'oxytocine reste fréquente au cours de cette dernière.

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer les facteurs associés à la prise en charge active de la phase de latence à travers une évaluation des pratiques des sages-femmes en France en fonction des recommandations émises par la HAS et le CNSF en 2017 sur la prise en charge de la phase de latence, mais également à travers leur point de vue et ressenti.

Dans un premier temps, le contexte du sujet est défini avec un point sur le travail obstétrical dans sa globalité à travers les définitions des termes le caractérisant, nous nous intéresserons ensuite à la prise en charge de la phase de latence pour enfin évoquer la place de l'analgésie péridurale au cours du travail normal. Dans un second temps, nous verrons la méthodologie de l'étude réalisée. Enfin, dans un dernier temps, les résultats seront exposés, analysés puis discutés.

1 Contexte

1.1 Définitions

1.1.1 Physiologie du travail

En France, la mise en travail est définie par l'apparition de contractions utérines régulières s'accompagnant ou non d'une modification du col utérin [2]. Le travail peut être spontané lorsqu'il se déclenche de manière naturelle ou déclenché si une médicalisation est nécessaire à sa survenue [3].

Dans ce mémoire, seule la mise en travail spontanée sera étudiée.

Le travail est constitué de trois stades eux-mêmes constitués de plusieurs phases :

- Le premier stade du travail, de l'entrée en travail à dilatation cervicale complète, est composé de deux phases : la phase de latence de 0 centimètre à 5-6 centimètres de dilatation cervicale, et la phase active de 5-6 centimètres à 10 centimètres de dilatation cervicale,
- Le deuxième stade du travail allant de la dilatation cervicale complète à la naissance de l'enfant comprend les phases de descente et d'expulsion,
- Le troisième stade du travail commence à l'expulsion de l'enfant et se termine lors de l'expulsion du placenta (délivrance) [1].

Le diagnostic du début de travail et donc du début de la phase de latence a été décrit comme l'un des jugements les plus difficiles et les plus importants [4].

Dans la littérature, les définitions de la mise en travail ne font pas consensus [5]. Cependant, la plupart des définitions, dont celles utilisées en France, font référence aux premières contractions utérines régulières et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col [1] [5].

D'après le référentiel métier et compétences des sages-femmes publié par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), c'est à la sage-femme qu'il incombe de diagnostiquer l'entrée en travail d'une patiente ^[6].

Les données modernes ont redéfini le premier stade du travail et ont permis d'établir de nouveaux critères de normalité de celui-ci ^[7]. En effet, jusqu'à récemment, la définition de la progression normale du travail au premier stade reposait sur des données publiées dans les années 1950. La courbe de travail de Friedman décrivait la phase de latence de 0 à 4 cm, point auquel la pente de la courbe augmentait avec un changement cervical plus rapide lors de la phase active du travail de 4 à 10 centimètres ^{[8] [9]}.

Par la suite, en 2010, Zhang et ses collègues redéfinissent les différents stades du travail. L'évolution de la dilatation entre 4 et 6 cm serait beaucoup plus lente que précédemment décrite ^{[10] [11] [12]}.

Finalement, la phase de latence est définie par la courbe moderne du travail comme commençant aux premières contractions régulières et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col et laissant place à la phase active du travail à 5-6 cm de dilatation cervicale ^[1].

Cependant, la durée du travail est très difficile à apprécier : malgré une fin de travail précise, son début est souvent inconnu. Ainsi, le premier stade du travail et notamment la phase de latence a une durée imprécise. Actuellement, les données ne sont pas suffisantes pour déterminer la durée normale de la phase de latence et par conséquent la durée normale du travail ^[1].

La durée normale du travail est d'autant plus difficile à évaluer de nos jours que les interventions obstétricales fréquentes pourraient avoir altéré le processus naturel du travail ^[10].

1.1.2 Dystocies

Le terme de dystocie vient du grec « dus » difficulté et « tokos » accouchement. La dystocie se définit donc comme l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au bon déroulement du processus normal de l'accouchement ^[13].

Les anomalies de progression du travail se divisent en deux grands groupes, à savoir les dystocies dynamiques et les dystocies mécaniques.

1.1.2.1 Dystocie dynamique

Les dystocies dynamiques concernent toutes les anomalies de dynamique du travail, c'est-à-dire les anomalies de dilatation cervicales et les anomalies de contractilité utérine ^[14].

La « dystocie de démarrage » faisant partie du groupe des dystocies dynamiques serait définie comme un épisode de contractions utérines plus ou moins régulières et douloureuses, ayant peu d'action sur la dilatation cervicale. Selon Friedman, elle correspond à une phase de latence d'une durée supérieure à 20 heures chez la primipare et supérieure à 14 heures chez la multipare ^[15].

L'OMS quant à elle, définit la « dystocie de démarrage » par une phase de latence prolongée sans dilatation cervicale au-delà de 4 centimètres après 8 heures de contractions utérines régulières ^[16].

En France, les dernières recommandations pour la pratique clinique de 2017 du Collège National des Sages-Femmes concernant l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané s'appuient sur une nouvelle définition du travail « normal » basée sur une revue de la littérature ^{[17][18][19]}.

Ces recommandations pour la pratique clinique ont permis de redéfinir le travail normal et par conséquent les anomalies du travail.

Ainsi, selon les dernières recommandations :

- Il est conforme de ne plus utiliser le terme de « dystocie de démarrage »,
- Il convient de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique avant 5-6 cm de dilatation cervicale, donc en phase de latence ^[17] ^[18] ^[19].

En phase active, il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si elle est inférieure à 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm, et inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm de dilatation ^[1].

Le faux travail quant à lui, est défini comme étant un épisode de contractions utérines douloureuses et irrégulières, sans impact sur la dilatation cervicale ^[20].

1.1.2.2 Dystocie mécanique

Les dystocies mécaniques, peu décrites dans la littérature récente, renvoient à plusieurs types d'anomalies, à savoir les anomalies du bassin maternel, les anomalies du mobile fœtal et les disproportions foetopelviennes ^[21].

1.2 Prise en charge de la phase de latence

La surveillance de l'évolution du travail repose, entre autres, sur des touchers vaginaux permettant d'apprécier la dilatation cervicale, la variété et la hauteur de la présentation [22].

La nouvelle définition de la phase de latence tend à rallonger la durée physiologique de la première phase du travail et par conséquent à changer les pratiques concernant le diagnostic d'une dystocie cervicale [1] [17] [18] [19].

Les recommandations actuelles n'incitent pas à pratiquer un toucher vaginal horaire au cours du premier stade du travail et de l'accouchement normal. L'OMS recommande un examen vaginal toutes les 4 heures [23]. En France, la HAS recommande un TV toutes les 2 à 4 heures et avant seulement en cas de demande de la patiente ou de signe d'appel [1]. Des touchers vaginaux trop fréquents pourraient induire des diagnostics erronés de stagnation et engendrer des interventions inutiles sur le travail [24].

La durée normale de la phase de latence n'étant pas définie, les interventions pratiquées durant celle-ci doivent être adaptées à la tolérance de la patiente et de son fœtus aux contractions utérines [1].

La décision d'une analgésie médicamenteuse ou d'une direction du travail peut être prise, en concertation avec la patiente [1].

La direction du travail repose sur l'amniotomie, recommandée en première intention, et sur l'utilisation d'oxytociques [1] [17].

Les effets secondaires de ces pratiques sont connus et leurs recours ne sont pas anodins. L'amniotomie augmente la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et donc d'hypoxie, hypoxémie ou d'asphyxie néonatale [25] [26] [27]. L'administration d'oxytocine au cours d'un travail spontanée semble quant à elle être associée à une hypercontractilité utérine et être un facteur de risque indépendant d'hémorragie sévère du post-partum immédiat [28] [29].

Depuis 2003, les autorités sanitaires telles que l’OMS, la HAS, l’ACOG et le NICE élaborent des lignes directrices tendant à réduire le recours à l’amniotomie et à l’administration d’oxytocine au cours de la prise en charge d’un travail spontanée normal ^{[30] [31] [32] [1]}.

Les lignes directrices de l’OMS recommandent de ne pas réaliser d’amniotomie précoces et d’administration d’oxytocine en routine dans le but de prévenir un travail long en première phase du travail ^[30].

Le NICE recommande de ne pas proposer systématiquement une gestion active du travail et de ne pas réaliser d’amniotomie de routine dans le cadre d’un travail normal ^[31].

L’ACOG quant à lui, rappelle que les normes de progression de phase active ne devraient pas être appliquées en phase de latence ^[32].

L’amniotomie et l’administration d’oxytocine pouvant être réalisés lors d’une stagnation de la dilatation en phase active, ont une place incertaine au cours d’une phase de latence dont aucune durée normale n’est définie ni aucune vitesse de dilatation cervicale n’est attendue ^[1].

En France, leur réalisation en routine n’est pas recommandée : une gestion active du travail n’est recommandée qu’en cas de dystocie dynamique, ne devant pas être diagnostiquée avant 5 à 6 cm de dilatation ^[17].

1.3 Accouchement normal et analgésie péridurale

Malgré les nombreux débats et recherches en cours depuis plusieurs années, le concept de « normalité » au cours du travail et de l'accouchement n'est pas universel [33].

En France, des définitions claires ont été élaborées par le collectif des sages-femmes regroupant l'ONSSF, le CNSF, l'ANSFC, la CNEMa et l'ANESF [34] [35] [36].

1.3.1 Accouchement physiologique

L'accouchement physiologique, ou accouchement naturel, est un accouchement ne s'accompagnant pas ou peu d'intervention humaine. Lorsqu'une action humaine est nécessaire, elle doit être faite en respectant le rythme et la physiologie du travail et de l'accouchement [36].

1.3.2 Accouchement normal

L'accouchement normal est défini par le CNSF comme un accouchement débutant par un travail spontané et qui ne s'accompagne que de faibles risques au cours du travail. La présentation fœtale est céphalique et l'accouchement est spontané entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée [36].

Ainsi, au cours d'un accouchement normal le recours à des interventions médicales qualifiées de mineure, telle que l'analgésie péridurale, est possible [36].

L'accouchement dit « normal » est donc à différencier de l'accouchement « naturel » ou « physiologique » [36].

1.3.3 Eutocie

L'eutocie définit le caractère normal d'un accouchement. Elle regroupe l'accouchement physiologique et l'accouchement normal [36].

1.3.4 Recommandations

La HAS rejoint les définitions élaborées par le CNSF. En effet, selon ses recommandations de bonnes pratiques, les analgésies loco-régionales, dont fait partie l'analgésie péridurale, sortent du cadre de la physiologie mais sont un accompagnement possible de l'accouchement normal [1].

Aucune dilatation cervicale minimale n'est exigée pour poser l'APD, la demande étant guidée par la douleur ressentie [1].

1.3.5 Place de l'analgésie péridurale au cours du travail

L'APD représente une méthode largement utilisée dans le cadre de la prise en charge de l'accouchement normal en salle de naissance en France [1].

En effet, en France, d'après le rapport de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, 81,4 % des femmes ont eu recours à l'APD au cours du travail. Ce taux élevé et augmenté depuis 2010 (78,1 %) montre que l'APD occupe une place importante dans la prise en charge du travail [37].

Bien que sortant du cadre du travail physiologique, aucune différence significative de l'ALR faiblement dosée n'a été démontrée sur la durée du travail obstétrical, ni sur le taux d'accouchements instrumentaux ou de césariennes [38].

L'APD étant un accompagnement du travail normal et ne qualifiant pas ce dernier de dystocique, il n'est pas recommandé d'avoir recours de manière systématique à une direction du travail ni aux oxytociques lors d'un travail sous APD ^[17].

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs

Notre objectif principal était d'évaluer les facteurs associés à la prise en charge active de la phase de latence à travers une évaluation des pratiques des sages-femmes en France en fonction des recommandations émises par la HAS et le CNSF en 2017 sur la prise en charge de la phase de latence, mais également à travers leur point de vue et ressenti.

2.2 Hypothèses

- Le type de maternité d'exercice du/de la professionnel.le influence la prise en charge de la phase de latence.
- L'analgésie péridurale influence significativement la prise en charge active de la phase de latence.
- La parité de la patiente impacte la prise en charge de la phase de latence.

2.3 Type d'étude et outil

Pour mener à bien cette enquête, une étude quantitative descriptive a été menée par le biais d'un questionnaire distribué à la population décrite ci-dessous.

Ce questionnaire a été édité par le biais de la plateforme anonymisée et sécurisée LimeSurvey®.

2.4 Population retenue

La population de cette étude était composée de sages-femmes exerçant en France métropolitaine dans le secteur public hospitalier et exerçant régulièrement dans les services de salle de naissance et/ou urgences gynécologiques et obstétricales.

2.5 Variables et modalités d'accueil

Le questionnaire comprenait 3 parties.

La première partie reposait sur un volet sociodémographique, avec des données telles que l'âge, le sexe, le département et le type de maternité d'exercice, ainsi que l'année d'obtention du diplôme d'État de sage-femme.

La deuxième partie était composée de 3 vignettes cliniques. Les 3 vignettes étaient rédigées sous le même format, débutant par un diagnostic de mise en travail et se différenciant uniquement par la présence d'APD ainsi que par la parité de la patiente (primipare avec APD, primipare sans APD, multipare avec APD).

La troisième partie portait sur le ressenti des sages-femmes vis-à-vis des facteurs pouvant influencer leur prise en charge de la phase de latence.

Enfin, la dernière partie traitait les connaissances et les ressentis des sages-femmes interrogé.e.s quant aux recommandations.

Le questionnaire a été envoyé via les adresses électroniques des cadres de service des maternités récupérées en amont.

Les résultats du questionnaire ont ensuite été récupérés directement sur la plateforme sécurisée LimeSurvey® et analysés via Microsoft Excel version 2018 et le logiciel R version 4.03. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et ont été comparées par un Test de Student. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion.

2.6 Obligations éthiques et réglementaires

Notre étude quantitative descriptive reposant sur une enquête menée auprès des professionnel.le.s de santé ne faisait pas entrer en application la Loi Jardé de 2012. De plus, cette enquête ne nécessitait pas d'avoir accès à des données préexistantes pour lesquelles il aurait fallu obtenir l'accord d'organismes compétents.

Néanmoins, deux points étaient importants et ont été respectés : la préservation de l'anonymat des professionnel.le.s interrogé.e.s ainsi que le recueil de l'accord de principe des coordinateur.rice.s des services concernés.

2.7 Déroulement de l'étude

Une étude de faisabilité a été menée auprès d'une petite population de 5 sages-femmes exerçant dans une maternité de type III d'Ile-de-France.

La diffusion du questionnaire a ensuite été initiée au mois d'août 2021, avec des relances auprès des cadres de service aux mois de septembre et décembre.

A partir de février, les données ont été analysées pour un rendu final de l'enquête en avril 2022.

3 Résultats

3.1 Description de l'étude

3.1.1 Diagramme des flux

1320 réponses ont été recueillies à la fermeture du questionnaire en ligne.

Parmi eux, 299 questionnaires n'étaient pas complets.

1021 questionnaires ont donc été analysés.

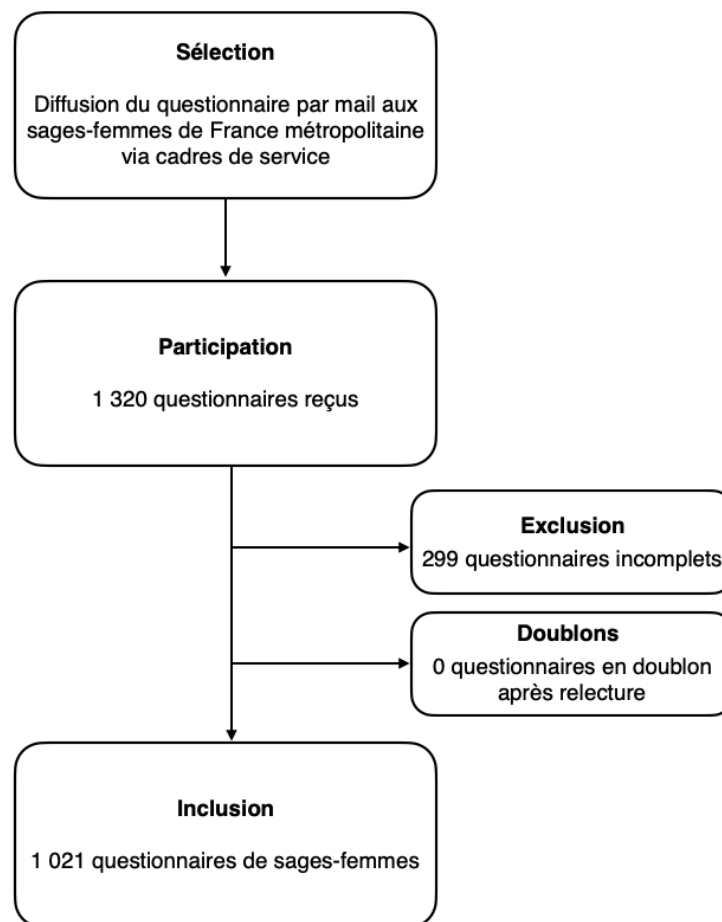


Figure 1 : Diagramme des flux

3.1.2 Description de la population

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

	Population étudiée (n=1021)	Population nationale (n=13801)
Age (moyenne)	35 ans	41 ans ⁽¹⁾
Sexe (%)		
Homme (n=38)	3,7%	2,8% ⁽¹⁾
Femme (n=983)	96,3%	97,2% ⁽¹⁾
Année d'obtention du DE (médiane)	2011	
Type de maternité d'exercice (%)		
Type I (n=122)	11,9%	
Type IIa (n=217)	21,3%	
Type IIb (n=275)	26,9%	
Type III (n=406)	39,8%	
Région d'exercice (%)		
Auvergne-Rhône-Alpes (n=182)	17,8%	13,6% ⁽¹⁾
Bourgogne-Franche-Comté (n=82)	8,0%	4,8% ⁽¹⁾
Bretagne (n=63)	6,2%	4,8% ⁽¹⁾
Centre-Val de Loire (n=34)	3,3%	4,0% ⁽¹⁾
Corse (n=6)	0,6%	0,5% ⁽¹⁾
Grand Est (n=103)	10,1%	10,4% ⁽¹⁾
Hauts-de-France (n=69)	6,8%	8,8% ⁽¹⁾
Île-de-France (n=159)	15,6%	17,5% ⁽¹⁾
Normandie (n=69)	6,8%	5,7% ⁽¹⁾
Nouvelle-Aquitaine (n=71)	7,0%	8,5% ⁽¹⁾
Occitanie (n=58)	5,7%	7,7% ⁽¹⁾
Pays de la Loire (n=50)	4,9%	5,4% ⁽¹⁾
Provence-Alpes-Côte d'Azur (n=75)	7,3%	7,8% ⁽¹⁾

¹ Source : ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2021

La population de notre étude comprenait une majorité de femmes (96,2 %). Cette population de sages-femmes hospitalières était caractérisée par un âge moyen de 35 ans et un âge médian de 33 ans.

La population étudiée était marquée par une répartition régionale plutôt représentative de la répartition régionale de la population nationale de sages-femmes hospitalières.

L'année médiane d'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme était 2011 dans la population de notre étude.

3.2 Description des résultats principaux

Dans cette partie, nous allons analyser les résultats principaux comprenant la description des réponses aux vignettes cliniques apportées par les sages-femmes.

3.2.1 Prise en charge de la phase de latence en fonction du type de maternité d'exercice

Tableau 2 : Délai moyen d'action en phase de latence en fonction du type de maternité d'exercice

		Type I	Type IIa	Type IIb	Type III
Délai d'action moyen (h)	Vignette 1 (1P, APD)	3,27	3,48	3,20	3,75
	Vignette 2 (1P, Ø APD)	5,12	4,84	4,76	5,11
	Vignette 3 (2P, APD)	3,34	3,54	3,37	3,88
	Global	3,86	3,93	3,75	4,21

Action : amniotomie +/- administration d'oxytocine

Tableau 3 : Comparaison des moyennes de délai d'action en fonction du type de maternité d'exercice ; p-values (T-test)

	Type IIa	Type IIb	Type III
Type I	0,292	0,181	0,002
Type IIb	0,049		
Type III	0,005	3,7e-07	

3.2.1.1 Maternités de type I vs maternité de type IIa, IIb et III

Les sages-femmes exerçant en maternité de type I agissent en moyenne plus rapidement que celles exerçant en maternité de type IIa et plus tardivement que celles exerçant en maternité de type IIb. Cependant, aucune différence significative n'a été retrouvée.

L'exercice en maternité de type III était associé à une moyenne d'action significativement plus élevée ($p = 0,002$) comparée à celle de l'exercice en maternité de type I.

3.2.1.2 Maternités de type IIa vs maternités de type IIb

Le fait d'exercer en maternité de type IIa plutôt qu'en maternité de type IIb paraissait associé à une moyenne d'action en phase de latence significativement plus élevée ($p = 0,049$).

3.2.1.3 Maternités de type III vs maternités de type I, IIa et IIb

L'exercice en maternité de type III semblait induire une prise en charge active de la phase de latence significativement plus tardive qu'en maternités de type I, IIa et IIb (respectivement $p = 0,002$; $p = 0,005$ et $p = 3,7e-07$).

3.2.2 Influence de l'analgésie péridurale sur la prise en charge de la phase de latence

Tableau 4 : Délai moyen d'action en phase de latence en fonction de la présence ou de l'absence d'APD

	Délai d'action moyen (h)	p-value (T-Test)
Vignette 1 (IP avec APD)	3,49	p = 6,55e-79
Vignette 2 (IP sans APD)	4,96	
	Réponse « JAMAIS »	
Vignette 1 (IP avec APD)	7 (0,69%)	
Vignette 2 (IP sans APD)	100 (9,79%)	

Ce tableau reprend les moyennes de délai d'action en phase de latence des vignettes 1 et 2, comparables par le fait que seul le facteur de présence ou non d'analgésie péridurale était modifié d'une vignette à l'autre.

La seconde partie du tableau expose le nombre de réponses « je n'agis jamais en phase de latence » en fonction de la vignette clinique.

La présence d'une analgésie péridurale en phase de latence semblait être associée à une prise en charge active significativement plus précoce ($p = 6,55e-79$).

7 sages-femmes sur 1021 (0,69 %) considéraient que la meilleure conduite à tenir en phase de latence face à une patiente sous APD est l'expectative, quelle que soit la durée de cette phase de latence. Dans les mêmes conditions cliniques, mais sans APD, elles étaient 9,69 % à adopter cette conduite à tenir.

3.2.3 Influence de la parité sur la prise en charge de la phase de latence

Tableau 5 : Délai moyen d'action en phase de latence en fonction de la parité de la patiente

	Délai d'action moyen (h)	p-value (T-Test)
Vignette 1 (IP)	3,49	p = 0,48e-3
Vignette 3 (IIP)	3,60	
	Réponse « JAMAIS »	
Vignette 1 (IP)	7 (0,69%)	
Vignette 3 (IIP)	7 (0,69%)	

La parité de la patiente paraissait induire un délai d'action significativement différent ($p=0,48e-3$) au cours de la phase de latence. Les sages-femmes prenaient en charge activement la phase de latence de manière plus précoce chez les primipares en comparaison aux deuxièmes pares.

Ici, 0,69 % des sages-femmes considéraient que l'expectative était la prise en charge adaptée de phase de latence quelle que soit sa durée, indépendamment de la parité de la patiente.

3.3 Description des résultats secondaires

3.3.1 Utilisation du terme « dystocie » pour qualifier une phase de latence longue

Tableau 6 : Utilisation du terme « dystocie » en fonction de la situation clinique

	Vignette 1 (Ip avec APD)	Vignette 2 (Ip sans APD)	Vignette 3 (Iip avec APD)
Dystocie de démarrage	140 (14,7%)	344 (33,7%)	161 (15,8%)
Dystocie dynamique	167 (16,4%)	209 (20,5%)	213 (20,9%)
Aucun des deux termes	663 (64,9%)	426 (41,7%)	616 (60,3%)

Ce tableau expose le nombre de sages-femmes interrogé.e.s qualifiant de « dystocie de démarrage » ou de « dystocie dynamique » la phase de latence à l'issue de leur prise en charge.

Nous pouvons noter que dans le cadre d'un travail sans analgésie péridurale, le terme « dystocie » pour définir une phase de latence longue était utilisé chez la majorité des sages-femmes (54,2 %) à travers les qualifications de « dystocie de démarrage » et de « dystocie dynamique » (respectivement 33,7% et 20,5%).

A contrario, dans des situations cliniques avec travail sous APD nous pouvons remarquer que la majorité des sages-femmes interrogé.e.s ne qualifiaient pas de dystocique cette même phase de latence, avec des résultats assez proches quelle que soit la parité de la patiente. 64,9 % des sages-femmes n'utilisaient pas le mot « dystocique » pour définir la phase de latence chez une primipare sous APD et 60,3% chez une deuxième pare sous APD.

3.3.2 Anormalité de durée de la phase de latence selon les interrogé.e.s

Tableau 7 : Durée étant considérée comme anormalement longue pour une phase de latence

Durée de phase de latence à partir de laquelle la phase de latence devient anormalement longue	
3H	73 (7,1%)
4H	299 (29,3%)
5H	93 (9,1%)
6H	237 (23,2%)
7H	21 (2,1%)
8H	85 (8,3%)
9H	3 (0,3%)
10H	67 (6,6%)
JAMAIS	129 (12,6%)

La majorité des participant.e.s qualifiait de « trop longue » une phase de latence de durée supérieure ou égale à 6 heures (68,7 %).

12,6 % des interrogé.e.s déclaraient ne jamais qualifier une phase de latence d'anormalement longue.

3.3.3 Déterminants associés à une prise en charge active de la phase de latence

Tableau 8 : Impact de différents facteurs sur la prise en charge active de la phase de latence

Facteur / Impact	Activité en SDN	Disponibilité SF	Multiparité	APD	Stagnation de la dilatation	Avis/désir de la patiente
Très fort	182 (17,8%)	205 (20,1%)	225 (22,0%)	104 (10,2%)	34 (3,3%)	38 (3,7%)
Plutôt fort	237 (13,4%)	321 (31,4%)	395 (38,7%)	194 (19,0%)	118 (11,6%)	158 (15,5%)
Plutôt faible	367 (35,9%)	374 (36,6%)	336 (32,9%)	496 (48,6%)	499 (48,9%)	445 (43,6%)
Très faible	235 (23,0%)	121 (11,9%)	65 (6,4%)	229 (22,4%)	370 (36,2%)	380 (37,2%)

Pour la majorité des interrogés.e.s, l'activité du service n'impactait pas leur prise en charge des patientes en phase de latence puisque près de 60 % des sages-femmes considéraient ce facteur comme ayant un plutôt faible ou très faible impact sur leur exercice.

D'après la moitié des sages-femmes, la disponibilité du/de la professionnel.le semblait impacter les conduites tenues lors de la phase de latence. 51,5 % d'entre elles.eux qualifiaient ce déterminant de très fortement ou plutôt fortement impactant. Cependant, 48,5 % des sages-femmes le qualifiaient de très faiblement ou plutôt faiblement impactant.

La parité de la patiente prise en charge semblait être un facteur ayant une répercussion sur la prise en charge : plus de 60 % des sages-femmes déclaraient la multiparité d'une patiente comme ayant un impact sur leur conduite tenue au cours de la phase de latence en les amenant plus rapidement à prendre en charge cette dernière activement.

Pour la majorité des professionnel.le.s, la présence d'APD ne semblait pas avoir de répercussion sur leur prise en charge de la phase de latence, plus de 70 % déclaraient ce facteur comme ayant un faible impact sur une prise en charge active.

Plus de 85 % des sages-femmes ne tiendraient pas compte de la « stagnation » de la dilatation cervicale au cours de la phase de latence pour la prendre en charge activement, qualifiant ce déterminant de faiblement impactant.

Enfin, plus de 80 % de la population interrogée considérait être faiblement influencée pour une prise en charge active de la phase de latence par les avis et désirs des patientes.

3.3.4 Ressenti des professionnel.le.s vis-à-vis des recommandations en phase de latence

Tableau 9 : Ressentis des sages-femmes vis-à-vis des recommandations en phase de latence

En accord avec les recommandations	520 (50,9%)
Pas en accord avec les recommandations	102 (10,0%)
Non réponse	399 (39,1%)
Recommandations claires	536 (52,5%)
Recommandations non claires	77 (7,5%)
Non réponse	408 (40,0%)
Pas de ligne directrice = problème	468 (45,8%)
Pas de ligne directrice = pas de problème	160 (15,7%)
Non réponse	393 (38,5%)
Difficulté d'expectative en phase de latence	283 (27,7%)

Après rappel des recommandations HAS et CNSF 2017, la majorité des professionnel.le.s déclarait être en accord avec ces recommandations et les trouver claires (respectivement 50,9 % et 52,5 %).

Bien que 10,0 % des interrogé.e.s exprimaient leur désaccord avec les recommandations et 7,5 % leur incompréhension face à des recommandations non claires, nous constatons un taux d'abstention élevé à ces deux questions (39,1 % et 40,0 %).

L'expectative comme seule ligne directrice en phase de latence lors d'un travail normal ne semblait pas poser problème pour 45,8 % des sages-femmes et en poser un pour 15,7 % d'entre elles.eux. Cependant, 38,5 % des participant.e.s n'ont pas répondu à cette question.

Enfin, 27,7 % des sages-femmes interrogé.e.s déclaraient avoir des difficultés à appliquer la notion d'expectative en phase de latence.

4 Discussion

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Type de maternité d'exercice

Concernant la prise en charge de la phase de latence, les réponses apportées ont montré que les sages-femmes exerçant en maternité de type III agissaient en moyenne plus tardivement que les sages-femmes exerçant en maternité de type I, IIa et IIb.

Les maternités de type III étant dotées d'un service de réanimation néonatale avec de grandes capacités d'accueil, nous aurions pu penser qu'elles étaient associées à une plus grande proportion de médicalisation et par conséquent à un plus gros taux de travail dirigé dans un but de rapidité et de limitation de durée d'occupation des salles de naissances.

Néanmoins, les résultats démontrent de manière significative que les sages-femmes de maternité de type III respectaient davantage la phase de latence en agissant en moyenne plus tardivement.

4.1.2 APD

L'APD sortant du cadre de la physiologie, nous pouvions imaginer que les sages-femmes agiraient plus rapidement lors de sa présence au cours de la phase de latence.

Effectivement, les résultats montraient que la moyenne d'action est très significativement plus précoce en cours de phase de latence chez les patientes ayant bénéficié de l'APD ($p = 6,55e-79$).

Aussi, nous remarquons que près de 10 % des participant.e.s considéraient ne jamais agir chez une patiente en phase de latence sans APD contre moins de 1 % (0,69 %) lorsque la patiente est sous APD.

4.1.3 Multiparité

La multiparité d'une patiente étant associée à un travail plus court, nous pouvions penser que les sages-femmes agiraient plus rapidement en phase de latence chez les patientes primipares afin d'accélérer le travail.

Les résultats démontraient que les sages-femmes prenaient en charge activement la phase de latence de manière plus précoce chez les primipares en comparaison aux deuxièmes pares, et ce, de manière significative ($p = 0,48e-3$), comme nous pouvions nous y attendre.

4.1.4 Recommandations et déterminants de la prise en charge de la phase de latence

Les recommandations françaises actuelles préconisant l'expectative en phase de latence dont aucune durée normale n'est définie et rappelant qu'il convient de ne plus utiliser le terme de « dystocie de démarrage » et de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique en phase de latence, ne sont que très peu respectées comme nous pouvons nous y attendre.

Les résultats de notre étude montraient un délai moyen d'action, toute situations cliniques confondues, de 4 heures après le diagnostic de mise en travail.

Nous avons essayé de comprendre quels facteurs pouvaient avoir un impact, selon les sages-femmes interrogé.e.s, sur la prise en charge de la phase de latence et ainsi sur sa prise en charge active, relativement précoce vis-à-vis des recommandations.

4.1.4.1 Recommandations vs pratiques et difficultés de positionnement

Concernant la qualification de la phase de latence de « dystocique », nous avons pu remarquer que dans le cadre d'un travail sans APD, le terme « dystocie » pour définir une phase de latence longue étaient utilisés chez la majorité des sages-femmes (54,2 %) à travers les qualifications de « dystocie de démarrage » et de « dystocie dynamique » (respectivement 33,7 % et 20,5 %). A contrario, chez une patiente en phase de latence sous APD, les termes de dystocie n'étaient pas utilisés chez plus de 60 % des sages-femmes.

Nous pouvons donc voir qu'une phase de latence longue était associée à la pathologie lorsque la patiente n'était pas sous APD, mais que cette même phase de latence était associée à la normalité quand la patiente bénéficiait d'une APD.

Ces résultats peuvent être expliqués par l'encrage dans les mentalités des professionnel.le.s que l'APD n'est pas associée à un travail normal et que le travail serait plus long sous APD.

Rappelons cependant que les résultats de l'évaluation des pratiques ont rapporté une prise en charge active significativement plus précoce chez les patientes sous APD, malgré une grande majorité de professionnel.le.s ne la qualifiant alors pas de dystocique.

Après rappel des recommandations HAS et CNSF 2017, la majorité des professionnel.le.s déclaraient être en accord avec ces recommandations et les trouver claires (respectivement 50,9 % et 52,5 %), cependant près de 70 % des sages-femmes interrogé.e.s qualifiaient la phase de latence d'anormalement longue au-delà de 6 heures.

L'expectative comme seule ligne directrice en phase de latence lors d'un travail normal ne semblait pas poser problème pour 45,8% des sages-femmes. Rappelons que les résultats de notre étude montraient un délai moyen d'action, toutes situations confondues, de 4 heures après le diagnostic de mise en travail.

Nous remarquons donc une vraie discordance entre théorie et pratique.

Le taux de non-réponse aux questions relatives aux recommandations se situait autour de 40 % pour chaque question, pouvant faire penser à une véritable difficulté de positionnement des professionnel.le.s vis-à-vis de ces recommandations.

Cette difficulté de positionnement pourrait être expliquée par le caractère récent des recommandations relatives à la prise en charge de la phase de latence (2017).

4.1.4.2 Facteurs associés à une prise en charge active de la phase de latence

Pour près de 60 % des professionnel.le.s interrogé.e.s, l'activité du service avait un faible impact sur leur prise en charge de la phase de latence.

La disponibilité du.de la professionnel.le semblait impacter les conduites tenues lors de la phase de latence pour un peu plus de 50 % des interrogé.e.s, l'autre moitié considérant ce facteur comme non impactant. Il est donc difficile de statuer sur l'impact de ce facteur.

Plus de 60 % des sages-femmes déclaraient la multiparité d'une patiente comme ayant un impact sur leur conduite tenue au cours de la phase de latence en les amenant plus rapidement à prendre en charge cette dernière activement. Cependant, d'après les résultats relatifs aux pratiques grâce aux vignettes cliniques, les sages-femmes interrogé.e.s prenaient en charge activement la phase de latence de manière plus précoce chez les primipares en comparaison aux deuxièmes pares, et ce, de manière significative ($p = 0,48e-3$).

Ainsi, concernant la parité, nous retrouvons une discordance entre pratique et ressenti des sages-femmes.

Cependant, nous pouvons noter que près de 70 % des réponses au sujet de la parité de la patiente se situaient dans les groupes « plutôt faible impact » et « plutôt fort impact », ne traduisant pas un ressenti très marqué.

Pour la majorité des professionnel.le.s, la présence d'APD ne semblait pas avoir de répercussion sur leur prise en charge de la phase de latence, plus de 70 % déclaraient ce facteur comme ayant un faible impact sur une prise en charge active.

Ce résultat est discordant avec notre évaluation des pratiques montrant que la moyenne d'action est très significativement plus précoce en cours de phase de latence chez les patientes ayant bénéficié de l'APD ($p = 6,55e-79$).

Plus de 85 % des sages-femmes ne tiendrait pas compte de la « stagnation » de la dilatation cervicale au cours de la phase de latence pour la prendre en charge activement, qualifiant ce déterminant de faiblement impactant.

Enfin, plus de 80 % de la population interrogée considérait être faiblement influencée pour une prise en charge active de la phase de latence par les avis et désirs des patientes.

Selon les sages-femmes interrogé.e.s, seule la multiparité semble être un facteur impactant la prise en charge de la phase de latence en amenant une prise en charge active plus précoce. Ce résultat est contradictoire avec les réponses récoltées aux questions relatives à la pratique.

Ainsi d'après les professionnel.le.s, aucun facteur ne semble associé à une prise en charge active de la phase de latence malgré une moyenne d'action de 4 heures d'après les résultats de notre étude.

Ce résultat peut être expliqué par une influence inconsciente de certains facteurs, comme le montrent les comparaisons des résultats aux questions relatives aux points de vue des sages-femmes à ceux des vignettes cliniques de l'étude. Ce résultat peut également être expliqué par le biais de désirabilité sociale, notamment pour les résultats obtenus concernant l'impact de l'activité du service et de la disponibilité du. de la professionnel.le.

4.2 Points forts

Cette étude nationale, dont l'échelle avait été choisie pour une bonne représentativité de chaque type de maternité, comprend un taux de réponse intéressant.

7,4 % de la population nationale des sages-femmes hospitalier.e.s était représentée et l'étude recueillait un nombre intéressant de données en fonction des différents types de maternité.

4.3 Limites et biais

4.3.1 Limites

Notre population n'était pas totalement représentative de la population nationale de sages-femmes, notamment avec une moyenne d'âge différente. En effet, la moyenne d'âge des sages-femmes de notre étude était de 35 ans contre 41 ans concernant la population générale de sages-femmes françaises. La moyenne d'âge des sages-femmes hospitalières françaises n'a pas été retrouvée au cours de nos recherches.

Nous avons récolté 1021 réponses complètes entre le 15 septembre 2021 et le 30 janvier 2022 soit une durée de 4 mois environ. Nous aurions pu prétendre à un nombre de réponses plus important sur une durée plus longue.

Aussi, nous avons choisi de diffuser notre questionnaire aux sages-femmes par le biais des cadres de service. Malgré un répertoire complet à l'échelle nationale, nous pouvons constater qu'environ 20 % seulement des cadres ont ouvert le mail concerné afin de le diffuser à leurs équipes. Cependant, cette méthode de diffusion semble être la plus adaptée au recueil d'accord de principe des coordinateur.rice.s des services concernés.

4.3.2 Biais

Les principaux biais rencontrés au cours de l'étude sont les suivants :

- Biais de non-réponse : près de 23 % de notre population totale n'a pas complété entièrement le questionnaire (299 réponses incomplètes), ce qui a baissé significativement le taux de réponses exploitables.
- Biais de désirabilité sociale, souvent observé dans les études comprenant un questionnaire : les professionnel.le.s voulant apporter les meilleures réponses possibles ont eu recours à une aide extérieure (collègue, internet, ...) ou ont apporté des réponses non ou peu fidèles à leurs pratiques et avis.
- Biais de sélection : la population étudiée n'est pas totalement fidèle à la population générale des sages-femmes françaises de par son âge et sa répartition régionale.
- Effet de halo : les sages-femmes interrogé.e.s peuvent être influencé.e.s par leur réponse à une réponse précédente, par soucis de cohérence.

4.4 Implication et perspectives

Comme observé au cours de la discussion, nous notons une vraie discordance entre recommandations et pratiques, mais également entre ressentis des professionnel.le.s et pratiques.

Il semblerait nécessaire d'effectuer une communication autour de ces recommandations relativement récentes afin qu'elles soient connues de tous.tes, ainsi que de communiquer aux sages-femmes que l'APD ne sort pas du cadre de la normalité et par conséquent ne devrait pas influencer les pratiques.

Enfin, l'expectative au long cours en phase de latence étant recommandée mais ne semblant pas applicable actuellement en maternité, il pourrait être intéressant d'élaborer des recommandations sur la prise en charge de la phase de latence plus détaillées, notamment concernant sa temporalité, et contenant des conduites à tenir claires. Ainsi, la phase de latence pourrait être mieux respectée grâce à des lignes directrices précises adaptées aux conditions actuelles d'exercice en maternité.

Conclusion

Au terme de cette étude, certains facteurs semblent fortement associés à une prise en charge active précoce de la phase de latence tels que le type de maternité d'exercice du/de la professionnel.le (notamment type I, IIa et IIb vs type III), la présence d'APD et la primiparité. Cependant, selon les sages-femmes interrogées, aucun facteur ne semble réellement impacter leur prise en charge de la phase de latence. La prise en charge active de la phase de latence ne semble donc pas être consciemment influencée par certains facteurs malgré leur influence certaine au vu des résultats recueillis.

Dans notre étude, la prise en charge de la phase de latence n'était principalement pas en accord avec les dernières recommandations préconisant l'expectative au long cours.

La phase de latence reste donc une phase dont la prise en charge est très hétérogène en France.

Quelle est alors la place de l'expectative au long cours recommandée en phase de latence, mais ne semblant pas pouvoir être appliquée ?

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé, *Recommandation de bonne pratique, accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*, 2017
2. Schaal JP, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M, *Mécanique et techniques obstétricales*, 4ème édition, Montpellier : Sauramps médical, 2012
3. Cabrol D, Goffinet F, Pons JC, *Traité d'Obstétrique*, Paris : Médecine-Science Flammarion, 2003
4. Lauzon L, Hodnett E, *Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term*, Cochrane Database Syst Rev, 2000 ; 2:CD000935
5. Hanley et al, *Diagnosing onset of labor : a systematic review of definitions in the research literature*, BMC Pregnancy and Childbirth, 2016 ; 16:71
6. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, *Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes*, 2010
7. Janine S. Rhoades, Alison G. Cahill, *Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor*, Obstet Gynecol, 2017 ; 44:535–545
8. Friedman EA., *The graphic analysis of labor*. Am J Obstet Gynecol, 1954 ; 68(6): 1568–75
9. Friedman EA., *Primigravid labor : a graphicostatistical analysis*. Obstet Gynecol, 1955 ; 6:567-89
10. Zhang J. et al, *Contemporary Patterns of Spontaneous Labor With Normal Neonatal Outcomes*, Obstet Gynecol, 2010 ; 116(6):1281–1287

11. Zhang J., Troendle J., et al, *The natural history of the normal first stage of labor*, *Obstet Gynecol*, 2010 ; 115(4):705–710

12. Jeremy L. Neal, Nancy K. Lowe, Thelma E. Patrick, Lori A. Cabbage, Elizabeth J. Corwin, *What is the Slowest-Yet-Normal Cervical Dilation Rate Among Nulliparous Women With Spontaneous Labor Onset ?*, *JOGNN*, 2010 ; 39:361–369

13. Larousse, *Larousse en ligne*, [en ligne], <https://www.larousse.fr/>, (page consultée le 14 mars 2022)

14. Cabrol J.C, Goffinet F, Pons J.C, *Traité d'obstétrique*, Flammarion-Médecine sciences, 2005 ; 750-763

15. Friedman EA., *Labor clinical evaluation and management*, New York, Appleton – Century – Crofts, 1982

16. Organisation Mondiale de la Santé, *Maternité sans risque, la prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique, le partogramme*, Partie II : Manuel d'utilisateur, 1988

17. Dupont C, Carayol M, Ray CL, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al, *Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations*, *La Revue Sage-Femme*, 2017 ; 16 :111—118

18. Collège National des Sages-Femmes de France, *Dossier de presse : premières recommandations pour la pratique clinique du CNSF, Administration de l'oxytocine lors du travail spontané : adoptons les bons réflexes !*

19. Béranger R, Chantry A-A, *Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 1 : définition et caractéristiques du travail normal et anormal*, La Revue Sage-Femme, 2017 ; 16(1):6- 21

20. Barrett J.F.R, MacNab G, *Spurious labour - Is it of clinical significance? A pilot study*, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1992, n°12

21. SCHAAL JP et al., *Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement*, EMC obstétrique, 1998

22. Pizzagalli F, Marpeau L, *Surveillance clinique en salle de naissance, Surveillance fœtale pendant le travail*, 2016, 152P

23. World health Organization, *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide de pratiques essentielles*. 2e éd. Geneve, 2009

24. Guidez Marine, *Le toucher vaginal en salle de naissance : évaluation des pratiques professionnelles et frein à l'arrêt de son recours horaire systématique*, mém.fin ét. Maïeutique : Université Paris Descartes, 2016

25. Peru J, Garabedian C, Drumez E, Ghesquière L, *Quel est l'impact de la rupture des membranes amniotiques sur le rythme cardiaque fœtal au cours du travail spontané ?*, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2019, 48(10) :715-721

26. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, *Recommandations pour la pratique clinique, surveillance fœtale pendant le travail*, 2007

27. François G., William F., Sylvie M. et al, *Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities*, BJOG, 1997 ; 104(5):548–553

28. Belghiti J., Kayem G., et al, *Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case–control study*, BMJ, 2011 ; 1(2)

29. Rousseau A, Burguet A, *Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 5: Maternal risk and adverse effects of using oxytocin augmentation during spontaneous labor*, Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 2017 ; 46(6):509-521

30. World Health Organization, *Recommendations for augmentation of labor*, 2014

31. Delgado Nunes V, Gholitabar M, Sims JM, Bewley S, Guide-line Development Group, *Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance*, BMJ, 2014 ; 349:g6886.

32. American College of Obstetricians and Gynecologists, *Safe prevention of the primary cesarean delivery, Obstetric Care Consensus No. 1*, Obstet Gynecol, 2014 ; 123:693–711.

33. World Health Organization, *Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*, 2018

34. Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux du Québec, *Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque*, ETMIS, 2012, volume 8, N°14, 134P

35. Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada, *Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal*, 2008, N° 221

36. Ordre National des Sages-femmes, Conseil National et Sages-Femmes et al., *Contribution commune : la filière physiologique en obstétrique*, 2015

37. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, *Enquête Nationale Périnatale, Rapport 2016, Les naissances et les établissements, Situations et évolutions depuis 2010*, 2016
38. Ducloy-Bouthors AS, Keita-Meyer H, Bouvet L, Bonnin M, Morau E, *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandations de la Haute Autorité de Santé avec la collaboration du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français et du Collège National des Sages-Femmes de France, Bien être maternel et prise en charge médicamenteuse de la douleur*, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2020, 48(2):891-906

Annexes

Annexe I : Questionnaire LimeSurvey

Facteurs associés à la prise en charge active de la phase de latence

Durée du questionnaire : 5 à 8 min

Ce questionnaire a pour but de connaître vos pratiques, ressentis et points de vue vis-à-vis de la prise en charge de phase de latence.

Dans notre étude, nous définissons la phase de latence comme allant de 0 (mise en travail) à 5-6cm (recommandations HAS 2017).

La prise en charge active de la phase de latence fait référence à l'amniotomie et/ou à l'administration d'oxytocine.

Dans chaque vignette clinique du questionnaire, nous nous situons dans une situation physiologique. (Accouchement normal débutant de façon spontanée et ne s'accompagnant que de faibles risques. Présentation fœtale céphalique)

Merci du temps que vous accorderez à notre enquête.

Données des participant.e.s

Ce questionnaire s'adresse aux sages-femmes exerçant actuellement en milieu hospitalier

Âge *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

•

Sexe *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Féminin
- Masculin

Exercice actuel

Région de l'exercice actuel *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Auvergne-Rhône-Alpes
- Bourgogne-Franche-Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Corse
- Grand Est
- Hauts-de-France
- Île-de-France
- Normandie
- Nouvelle-Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Provence-Alpes-Côte d'Azur

Département de l'exercice actuel *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 01 - Ain
- 02 - Aisne
- 03 - Allier
- 04 - Alpes-de-Haute-Provence
- 05 - Hautes-Alpes
- 06 - Alpes-Maritimes
- 07 - Ardèche
- 08 - Ardennes
- 09 - Ariège
- ...

Type de la maternité de votre exercice actuel *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Type I
- Type IIa
- Type IIb
- Type III

Parcours professionnel

Année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme *

Seuls des nombres peuvent être entrés dans ce champ.
Veuillez écrire votre réponse ici :

•

Expérience.s professionnelle.s passée.s

Cochez la ou les réponses
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Hospitalier type I
- Hospitalier type IIa
- Hospitalier type IIb
- Hospitalier type III
- Libéral
- PMI
- Enseignement
- Autre :

Diplôme.s universitaire.s / formation.s supplémentaire.s

Veuillez écrire votre réponse ici :

Vignette clinique n°1

IMPORTANT : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il s'agit ici d'avoir une idée des différentes pratiques professionnelles.

Mme D, future primipare, se présente aux urgences obstétricales pour des contractions utérines régulières et douloureuses.

Au touché vaginal le col est centré, effacé, ramolli et dilaté à 4cm.

La poche des eaux est intacte et perçue au TV

La patiente est en travail et souhaite une analgésie péridurale (APD) dès que possible.

Passage en salle de naissance, pose d'APD.

La patiente est réexaminée 1h30 après le 1er TV (temps du passage en salle, de la pose d'APD et du soulagement) : le col est identique.

Le monitoring est le suivant : RDB = 140bpm, normo-oscillant, normo-réactif, pas de ralentissement. CU = 3/10 minutes

Après combien de temps réexaminez-vous la patiente ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H

Vous examinez 1H/2H/3H/4H après le dernier TV (soit Xh après le premier examen).

Le col est le même : centré, effacé, ramolli, 4cm.
(La poche des eaux est toujours intacte)

Que proposeriez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

1H/2H/3H/4H après le dernier TV (soit Xh après le premier examen), un nouveau TV est fait.

Col idem : centré, effacé, ramolli, 4cm.

(La poche des eaux est toujours intacte)

→ Affichage en cas de choix d'expectative à la question précédente, adapté aux horaires des réponses, arrêt de l'arbre en cas d'action.

Que proposeriez-vous ? *

→ Question posée en cas de choix d'expectative à la question précédente.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

Si la situation clinique reste identique, dans combien de temps passeriez-vous à une prise en charge active du travail ?

Rappel : prise en charge active = amniotomie et/ou administration d'oxytocine. *

→ Question posée en cas d'expectative choisie jusqu'à la fin de la série de questions précédentes.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H
- 5H
- 6H
- 7H
- 8H
- 9H
- 10H
- Jamais
- Autre

A ce stade-là, parleriez-vous de *

→ Question posée à l'ensemble des participant.e.s à la fin de la vignette clinique.

Cocher la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dystocie de démarrage
- Dystocie dynamique
- Aucun de ces 2 phénomènes
- Autre :

Vignette clinique n°2

IMPORTANT : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il s'agit ici d'avoir une idée des différentes pratiques professionnelles.

Madame P, future primipare, se présente aux urgences obstétricales pour contractions utérines régulières et douloureuses.

Au toucher vaginal, le col est le suivant : col centré, effacé, souple et dilaté à 4cm.

La poche des eaux est intacte et perçue au TV.

La patiente est en travail mais ne souhaite pas d'analgésie péridurale.

Le monitoring est le suivant : RDB = 120 bpm, normo-oscillant, normo-réactif, pas de ralentissement. CU = 3/10 minutes.

Après combien de temps réexaminez-vous la patiente ? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H

Vous examinez 1H/2H/3H/4H après le dernier TV.
Le col est le même : centré, effacé, ramolli, 4cm.
(La poche des eaux est toujours intacte)

Que proposeriez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

1H/2H/3H/4H après le dernier TV (soit Xh après le premier examen), un nouveau TV est fait.

Col idem : centré, effacé, ramolli, 4cm.

(La poche des eaux est toujours intacte)

→ Affichage en cas de choix d'expectative à la question précédente, adapté aux horaires des réponses, arrêt de l'arbre en cas d'action.

Que proposeriez-vous ? *

→ Question posée en cas de choix d'expectative à la question précédente.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

Vous examinez 1H/2H/3H/4H après le dernier TV.
Le col est le même : centré, effacé, ramolli, 4cm.
(La poche des eaux est toujours intacte)

Que proposeriez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

1H/2H/3H/4H après le dernier TV (soit Xh après le premier examen), un nouveau TV est fait.
Col idem : centré, effacé, ramolli, 4cm.
(La poche des eaux est toujours intacte)

→ Affichage en cas de choix d'expectative à la question précédente, adapté aux horaires des réponses, arrêt de l'arbre en cas d'action.

Que proposeriez-vous ? *

→ Question posée en cas de choix d'expectative à la question précédente.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous
Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

Si la situation clinique reste identique, dans combien de temps passeriez-vous à une prise en charge active du travail ?

Rappel : prise en charge active = amniotomie et/ou administration d'oxytocine. *

→ Question posée en cas d'expectative choisie jusqu'à la fin de la série de questions précédentes.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H
- 5H
- 6H
- 7H
- 8H
- 9H
- 10H
- Jamais
- Autre

A ce stade-là, parleriez-vous de *

→ Question posée à l'ensemble des participant.e.s à la fin de la vignette clinique.

Cochez la ou les réponses

Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dystocie de démarrage
- Dystocie dynamique
- Aucun de ces 2 phénomènes
- Autre :

Vignette clinique n°3

IMPORTANT : il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, il s'agit ici d'avoir une idée des différentes pratiques professionnelles.

Madame J, future 3ème pare se présente aux urgences obstétricales pour contractions utérines régulières et douloureuses.

Au toucher vaginal, le col est centré, effacé, souple et dilaté à 4cm.

La poche des eaux est intacte et perçue à l'examen.

Madame J souhaite une analgésie péridurale dès que possible.

Passage en salle de naissance et pose d'APD.

La patiente est réexaminée à 1H30 du premier TV et le col est identique.

Le monitoring indique :

- RCF : RDB = 135 bpm, normo-oscillant, normo-réactif, pas de ralentissement.
- CU : 3/10 minutes

Après combien de temps réexaminez-vous la patiente ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H

Vous examinez 1H/2H/3H/4H après le dernier TV (soit Xh après le premier examen).

Le col est le même : centré, effacé, ramolli, 4cm.
(La poche des eaux est toujours intacte)

Que proposeriez-vous ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

1H/2H/3H/4H après le dernier TV (soit Xh après le premier examen), un nouveau TV est fait.

Col idem : centré, effacé, ramolli, 4cm.
(La poche des eaux est toujours intacte)

→ Affichage en cas de choix d'expectative à la question précédente, adapté aux horaires des réponses, arrêt de l'arbre en cas d'action.

Que proposeriez-vous ? *

→ Question posée en cas de choix d'expectative à la question précédente.

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Expectative 1H
- Expectative 2H
- Expectative 3H
- Expectative 4H
- Amniotomie
- Oxytocine
- Amniotomie + oxytocine

Si la situation clinique reste identique, dans combien de temps passeriez-vous à une prise en charge active du travail ?

Rappel : prise en charge active = amniotomie et/ou administration d'oxytocine. *

→ Question posée en cas d'expectative choisie jusqu'à la fin de la série de questions précédentes.

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H
- 5H
- 6H
- 7H
- 8H
- 9H
- 10H
- Jamais
- Autre

A ce stade-là, parleriez-vous de *

→ Question posée à l'ensemble des participant.e.s à la fin de la vignette clinique.

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Dystocie de démarrage
- Dystocie dynamique
- Aucun de ces 2 phénomènes
- Autre :

Facteurs associés à la prise en charge active de la phase de latence

Selon vous, dans le cadre d'un travail physiologique, à quel degré ces facteurs peuvent-ils vous amener prendre en charge activement la phase de latence ?

Rappel : prise en charge active = amniotomie et/ou administration d'oxytocine. *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1 (très faible impact)	2 (plutôt faible impact)	3 (plutôt fort impact)	4 (très fort impact)
Activité intense en SDN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Votre disponibilité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multiparité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patiente soulagée sous APD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
"Stagnation" de la dilatation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avis/désir de la patiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous pensez à d'autres facteurs pouvant influencer votre prise en charge de la phase de latence, vous pouvez les exprimer ci-dessous :

Veuillez écrire votre réponse ici :

A partir de combien de temps qualifieriez-vous une phase de latence de "trop longue" voire de "dystocique" ? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1H
- 2H
- 3H
- 4H
- 5H
- 6H
- 7H
- 8H
- 9H
- 10H
- Jamais

Vos ressentis vis-à-vis des recommandations

Selon les dernières recommandations :

Recommandations HAS 2017, accouchement normal :

- Il n'y a pas de données suffisantes pour déterminer la durée normale de la phase de latence, dont le début est souvent inconnu.
- L'amniotomie systématique n'est pas recommandée quand le travail progresse normalement car elle ne diminue pas la durée du travail.
- Il est recommandé de ne pas administrer d'oxytocine en l'absence de stagnation de la dilatation (=dystocie dynamique)

Recommandations CNSF 2017, administration d'oxytocine au cours du travail spontané :

- Il est conforme de ne plus utiliser le terme de "dystocie de démarrage".
- Il convient de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique avant 5-6cm de dilatation cervicale, donc en phase de latence.

Quels sont vos ressentis face à ces recommandations concernant la prise en charge de la phase de latence ? *

Cochez la ou les réponses

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Je me sens en accord avec ces recommandations
- Je me sens en désaccord avec ces recommandations
- Ces recommandations sont claires pour moi
- Ces recommandations ne sont pas claires pour moi
- Il n'y a pas de "ligne directrice" à suivre en phase de latence, et ça ne me pose pas problème
- Il n'y a pas de "ligne directrice" à suivre en phase de latence, et ça me pose problème
- L'expectative en phase de latence me pose problème : j'ai du mal à ne pas agir
- Autre :

MERCI pour vos précieuses réponses !

Si vous souhaitez avoir un retour quant aux résultats de l'enquête, indiquez-moi votre adresse mail ci-dessous :

Confidentialité garantie

Veuillez écrire votre réponse ici :

MERCI