



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et 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 une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**Université Henri Poincaré, Nancy I**

**École de Sages-femmes de Metz**

*Prise en charge de la phase de latence du travail par  
les sages-femmes de Lorraine*

Mémoire présenté et soutenu par

LOUIS Laura

Née le 11 /08/1988

Promotion 2008-2012



**Université Henri Poincaré, Nancy I**

**École de Sages-femmes de Metz**

*Prise en charge de la phase de latence par les sages-  
femmes de Lorraine*

Mémoire présenté et soutenu par

LOUIS Laura

Née le 11 /08/1988

Promotion 2008-2012

*Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur ...*

## Un grand merci à

**Julie Del Castillo**, ma directrice de mémoire, pour m'avoir accompagné à chaque étape de ce mémoire, pour son aide, sa disponibilité, ses conseils, sa patience et sa volonté,

**Mme Spyckerelle et Mme Grosclaude**, sages-femmes formatrices, pour leurs conseils tout au long de ce mémoire,

**Toutes les sages-femmes** qui ont accepté de répondre à mon questionnaire et m'ont encouragé,

**Mes amis de promotion 2008-2012**, pour leurs conseils, leur aide et leur soutien,

**Ma famille**, pour leur soutien depuis le début de ma formation et pour leur aide dans la réalisation de ce mémoire.

## Sommaire



<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>Première partie : Le début de travail.....</b>	<b>4</b>
1. Le début de travail.....	5
1.1. Définitions .....	5
1.2. Diagnostic de début de travail .....	7
2. La douleur .....	8
2.1. Définitions .....	8
2.2. Physiologie et mécanisme d'action de la douleur.....	9
2.3. Douleur obstétricale lors de la première partie du travail.....	9
2.4. Les origines des douleurs du pré-travail .....	10
2.5. Les retentissements de la douleur sur la mère et le fœtus.....	12
2.6. Les méthodes d'évaluation de la douleur .....	13
3. Aspects législatifs.....	14
3.1. Au sein du bloc obstétrical .....	14
3.2. Les différents niveaux de maternité.....	15
3.3. Les différentes missions des sages-femmes .....	16
3.4. Le droit de prescription des sages-femmes.....	17
4. Les différents moyens de soulager la douleur de début de travail .....	18
4.1. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)....	18
4.2. Les thérapeutiques les plus souvent utilisées.....	19
4.3. Les positions maternelles antalgiques, la mobilisation.....	19
4.4. Les massages .....	22
4.5. Le bain, la douche.....	22
4.6. La respiration.....	23
4.7. L'acupuncture.....	23
4.8. L'homéopathie.....	24
4.9. Sans oublier... ..	25
<b>Deuxième partie : A la rencontre des sages-femmes de Lorraine .....</b>	<b>27</b>
1. Démarche de recherche .....	28
1.1. Problématique.....	28
1.2. Objectifs .....	28
1.3. Hypothèses .....	28



1.4.	Méthodologie de l'étude .....	29
2.	Résultats obtenus.....	31
2.1.	Les sages-femmes de Lorraine (Moselle, Meuse, Vosges).....	31
2.2.	Les sages-femmes de Nancy en niveau 3 : deuxième exploitation.....	45

**Troisième partie : Réflexions et discussion autour des salles de pré-travail et de la gestion de la douleur lors de la phase de latence .....51**

1.	Etat des lieux de la prise en charge de la phase de latence.....	52
1.1.	Le profil des sages-femmes interrogées .....	52
1.2.	Organisation et gestion de la phase de latence .....	53
1.3.	Les freins face à la pratique.....	59
2.	Comment optimiser la prise en charge de la phase de latence, que proposer ?.....	63
2.1.	Approfondir les séances de préparations à la naissance et à la parentalité (PNP) .....	63
2.2.	Multiplier les formations des sages-femmes .....	64
2.3.	Proposer sans cesse différents moyens pour une prise en charge active ...	64
2.4.	Une aide au diagnostic.....	65
2.5.	La clé : des locaux adaptés .....	67

**Conclusion .....70**

**Bibliographie**

**Annexes**



## Introduction



Avant ma formation de sage-femme, je n'avais jamais pensé au début de travail et ne m'étais pas véritablement posé de question à ce sujet. Dans mon entourage et dans les films, j'ai toujours vu et entendu parler de l'accouchement proprement dit mais jamais de ce qui précède. Que se passe-t-il avant l'accouchement ?

Peu de littératures s'attardent sur le sujet, c'est pourtant une période où tout commence.

C'est au cours de mes stages que j'ai appris qu'il existait une période avant le travail effectif appelée « phase de latence » ou « début de travail ». J'ai constaté qu'elle pouvait être plus ou moins longue et généralement très douloureuse. Je me suis alors intéressée à la prise en charge de ces femmes qui ne pouvaient pas encore bénéficier d'une analgésie péridurale pour diminuer leurs douleurs.

Dans les différents terrains de stage, j'ai constaté de nombreuses prises en charge du début de travail. Certaines sages-femmes ne proposent que des thérapeutiques, d'autres proposent différents exercices. Les touchers vaginaux et les enregistrements cardiotocographiques sont réalisés selon des modalités différentes suivant les sages-femmes. J'ai également constaté la difficulté des sages-femmes à répondre aux besoins des femmes, le manque de temps pour s'occuper d'elles et les moyens mis en œuvre pour les aider, quelques fois insuffisants.

C'est ainsi que ma problématique s'est mise en place : dans ce contexte de diversité de gestion de la phase de latence du travail par les sages-femmes, comment organiser et optimiser la prise en charge des patientes.

Dans ce travail de recherche, je définirai dans un premier temps le début de travail, sa gestion, les caractéristiques des douleurs s'y rapportant et les différents moyens antalgiques pour les soulager. Puis, je présenterai les modalités de l'étude, réalisée par l'intermédiaire de questionnaires distribués auprès des sages-femmes de Lorraine. Enfin, dans une dernière partie, j'analyserai les résultats de mon étude dans le but d'amener des propositions pour améliorer la prise en charge du début de travail par les sages-femmes.

## Première partie : Le début de travail



# **1. LE DEBUT DE TRAVAIL ET LE TRAVAIL**

## **1.1. Définitions**

Actuellement, il existe peu de définitions précises dans la littérature concernant le début de travail. Les définitions et les limites sont floues.

### **1.1.1. Le travail [1] [2]**

Selon le Larousse médical, le travail est la phase de l'accouchement marqué par l'association de contractions utérines douloureuses de plus en plus rapprochées et par le raccourcissement et la dilatation du col de l'utérus. Il s'agit de l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le définit par la présence de contractions utérines régulières ainsi qu'un col effacé et dilaté au minimum de 3 cm (chez la primipare).

Le travail se divise en 3 étapes :

- la première comprend la phase de latence (le col s'efface et se dilate jusqu'à 3 cm) et la phase active (de 3 cm jusqu'à dilatation complète),
- la seconde correspond à l'expulsion du fœtus,
- et la dernière étape est la délivrance [1].

### **1.1.2. La phase de latence (plus souvent appelée pré-travail)**

Elle est marquée par l'apparition de contractions utérines, au moins deux sur dix minutes. Elle correspond à la période de maturation du tissu conjonctif du col (il s'assouplit, s'hydrate). Elle comprend le raccourcissement du col jusqu'à son effacement (le col s'incorpore dans le segment inférieur) puis sa dilatation jusqu'à 3 centimètres. La durée moyenne de cette phase chez une primipare est d'environ 9h. Chez une multipare, la durée moyenne est plus courte, soit environ 5h30. En effet, l'effacement et la dilatation du col se font de manière concomitante [2] [3]. La phase active succède à la phase de latence.

### 1.1.3. La phase active

C'est lorsque la dilatation du col a atteint 3cm jusqu'à sa dilatation complète. Il existe deux à trois contractions utérines sur dix minutes, voire cinq en fin de dilatation. La durée moyenne de cette phase chez une primipare est de 5h30 (plus ou moins 3h) et de 2h30 pour une multipare (plus ou moins 1h30). [3]

Le diagnostic d'entrée en travail est à différencier d'un faux début de travail.

### 1.1.4. Le faux début de travail

Il peut être défini par un col incomplètement effacé et dilaté (qui ne s'est pas modifié depuis plusieurs heures), associé à des contractions utérines d'intensité et de fréquence irrégulières. Le score de Bishop est inchangé après plusieurs heures d'observation. Il est donc le diagnostic différentiel du travail. La femme n'étant pas en travail, elle peut donc retourner à son domicile en l'absence de contre-indications.

### 1.1.5. Les contractions utérines de travail

Celles-ci sont définies par leur durée variable, leur fréquence (dépendant du muscle utérin autonome) et leur intensité. La contraction utérine est décrite comme « *un étau qui serre et comme une onde qui monte* » [4]. Elle serait assimilable à la douleur observée dans les cas de coliques néphrétiques ou d'occlusion intestinale.

Lors du travail, les contractions utérines acquièrent des caractéristiques bien particulières. D'après le précis d'obstétrique, elles sont :

- « *Involontaires* » : c'est-à-dire non contrôlée par la femme.
- « *Intermittentes et rythmées* », régulières, séparées par une phase de repos et un retour au tonus musculaire de base.
- « *Progressives dans leur durée* », elles sont de plus en plus longues, leur intensité est également augmentée au fur et à mesure de la dilatation.
- « *Totales* ».
- « *Douloureuses* », l'intervalle entre deux restant indolore. Leur perception varie d'un individu à l'autre. [2]

Lors de la phase de latence on enregistre une à deux contractions utérines sur une période de 10 min.

## 1.2. Diagnostic de début de travail [3] [5] [6] [7]

Le manque de définitions précises implique des difficultés à diagnostiquer le pré-travail. En effet, le diagnostic se pose après un temps d'observation. On ne saura qu'à posteriori s'il s'agit d'une entrée en travail ou non.

Toutefois, on peut caractériser le début de travail par des contractions utérines régulières devenant de plus en plus douloureuses (au moins deux contractions sur dix minutes) associées à des modifications du col utérin.

Le diagnostic est généralement posé par la sage-femme, en effet, c'est elle que la patiente rencontre en premier lors de son entrée à la maternité.

La consultation commence par une étude du dossier ainsi qu'une anamnèse générale : perte de liquide, du bouchon muqueux, heure d'apparition des premières contractions utérines... puis la sage-femme réalise un examen clinique général et obstétrical. Elle mesure la hauteur utérine et réalise une palpation abdominale afin d'apprécier les contractions utérines et la position du fœtus. Elle effectue ensuite un enregistrement du cœur fœtal ainsi que des contractions utérines au moyen d'un cardiotocographe externe.

Enfin, la sage-femme appréciera les modifications cervicales via le toucher vaginal. Durant cette phase de début de travail, le col doit se raccourcir, se ramollir, se dilater et se centrer. Si ces modifications ne sont pas franches (c'est-à-dire, non favorables envers un début de travail), on réalisera un second toucher vaginal après une heure de surveillance. Ce n'est pas la dilatation qui doit être importante mais l'effacement du col. Ce qui est souvent source d'erreur. En effet, en fin de grossesse, un col peut déjà être dilaté mais avoir gardé toute sa longueur ; et ceci, sans que le travail ait commencé. Le début travail peut aussi être confondu avec un faux début de travail.

C'est donc l'évolution des modifications cervicales et de la dynamique utérine sur une période donnée qui confirmera ou non le diagnostic.



## **2. LA DOULEUR**

La douleur est un sujet de préoccupation et de réflexion permanente. Dépister la douleur, la combattre et améliorer sa prise en charge sont aujourd'hui des objectifs de santé publique.

### **2.1. Définitions :**

En 1979, l'Association Internationale de l'Etude de la Douleur définit la douleur comme étant « *une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou virtuelle ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* » [9]

Elle comprend plusieurs composantes [10] [11] :

- La composante sensori-discriminative correspond aux mécanismes nerveux qui définissent la qualité de la douleur, son intensité, sa topographie ainsi que sa durée.
- La composante affectivo-émotionnelle définissant l'émotion provoquée par la douleur, par exemple l'incertitude, l'angoisse, la panique. Ceci expliquera le caractère désagréable de la douleur.
- La composante cognitive ou intellectuelle : il s'agit de tout ce que la personne donne comme signification à sa douleur, faisant appel à ses expériences antérieures de douleur, son histoire personnelle (ce qu'elle peut penser, imaginer concernant sa douleur). Elle est impliquée dans les phénomènes d'anticipation de la douleur.
- La composante comportementale : ce sont toutes les manifestations verbales ou non observées chez une personne qui souffre : cris, jurons, position en chien de fusil, grimaces...

De plus, concernant le cas de la femme, la douleur est modulée par son histoire personnelle, ses antécédents obstétricaux (fausse couche, accouchement avec un mauvais vécu), sa personnalité, son éducation (comment a-t-elle appris à réagir face à la douleur ?), son origine sociale, son environnement, les facteurs ethniques et culturels, la relation qu'elle entretient avec le personnel présent au moment de l'événement, l'aménagement des locaux...

De nombreux facteurs influencent ainsi la douleur. Elle est donc propre à chaque personne, vécue et exprimée différemment, ce qui en fait un mécanisme complexe. C'est pourquoi elle est difficile à définir et à évaluer.

## 2.2. Physiologie et mécanisme d'action de la douleur [10] [11] [12] [13]

Le rôle de la douleur est d'alerter l'organisme face à une agression.

La douleur est due à la stimulation thermique, mécanique ou chimique de récepteurs nociceptifs appelés nocicepteurs. Ceux-ci peuvent se trouver à la surface de la peau, au niveau musculaire, articulaire, et dans la paroi des viscères. Ils libèrent alors des médiateurs qui génèrent un potentiel d'action. Ainsi naît le message douloureux.

Il est ensuite transmis à la moelle épinière par des fibres nerveuses périphériques spécifiques. Des interneurons dans la moelle épinière modulent l'entrée de l'influx pour que la douleur soit moindre (sorte de filtre). Puis d'autres fibres nerveuses (ascendantes) prennent le relai et atteignent les centres supérieurs (le cortex) où sera traduite l'information. La personne prend alors conscience de la douleur, sait la localiser et mettra en œuvre des comportements pour la réduire.

Quand une douleur apparaît, par exemple lorsqu'on se tape le doigt avec un marteau, les nocicepteurs sont sensibilisés et cela provoque la libération d'une substance chimique appelée neurotransmetteur, permettant ainsi la transmission du message douloureux du doigt vers le cerveau.

La douleur entraîne une sensation, une perception et une réaction différente selon la personne (plus ou moins vive).

## 2.3. Douleur obstétricale lors de la première partie du travail [12]

La douleur ressentie lors de l'accouchement est une douleur viscérale intense (due à l'étirement d'un muscle lisse), mettant en jeu des voies nerveuses périphériques spécifiques et la plupart des zones du système nerveux central.

Une étude menée par le Docteur Melzack grâce à un questionnaire « le McGill Pain Questionnaire » a démontré que la douleur était jugée intolérable pour 60% des primipares et 30% des multipares. [12]

La douleur obstétricale est ressentie du début de travail jusqu'au post-partum immédiat et se caractérise par un rythme bien particulier : celui de l'utérus et ses contractions. Elle se répète avec une intensité variable mais est nécessaire pour l'expulsion du fœtus hors des voies

génitales. C'est cette douleur qui donne le signal du début de travail, elle est l'expression d'un phénomène physiologique.

#### **2.4. Les origines des douleurs du pré-travail [10] [11] [12]**

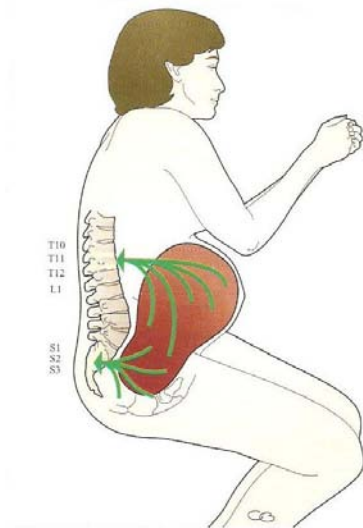
La douleur de début de travail naît des contractions utérines, de la dilatation du col, de l'étirement du segment inférieur de l'utérus. Elle augmentera progressivement. En début de travail, les contractions utérines sont surtout désagréables et ressenties dans le pelvis et parfois au niveau lombaire en fonction de la position du bébé. En effet, le fœtus de par sa position peut comprimer les filets nerveux se situant au niveau de l'articulation sacro-iliaque. L'utérus comprimera ces filets nerveux, ce qui est extrêmement douloureux pour la femme.

Les douleurs sont médiées par la stimulation de mécanorécepteurs et/ou par la libération de substances chimiques agissant sur les terminaisons nerveuses. Celles-ci sont très riches notamment au niveau du col et du segment inférieur de l'utérus.

Les fibres nerveuses de type C et les fibres sympathiques de l'utérus sont les principales voies nerveuses transmettant les sensations douloureuses lors du pré-travail. Ces fibres s'anastomosent avec celles du système nerveux végétatif autour de l'utérus et du col pour former le plexus hypogastrique inférieur. Puis ensemble, elles rejoindront différentes structures pour pénétrer la moelle épinière au niveau des racines dorsales T1 à L1.

Les racines nerveuses T11 et T12 seront stimulées en début du travail puis les racines T10 et L1 lorsque les contractions utérines seront plus intenses. Lors de l'expulsion, les racines S2, S3 et S4 seront impliquées à leur tour.

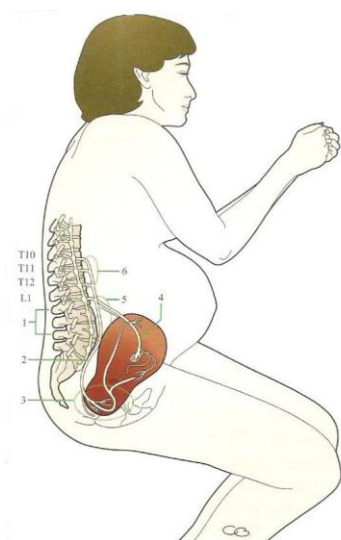
Figure représentant les voies de la douleur en fonction du stade du travail



Source : Anesthésie obstétricale. Page 64, figure 3 [12]

La douleur créée par l'utérus suit le principe de la « douleur projetée », c'est-à-dire que « toutes les douleurs viscérales sont référées au dermatome innervé par les nerfs projetant vers le même segment lombaire que la structure viscérale en question » [11]. Ce qui explique les douleurs ressenties en avant, entre l'ombilic et la symphyse pubienne et en arrière, en bas du dos.

Figure représentant l'innervation sympathique de l'utérus



Source : Anesthésie obstétricale. Page 65, figure 4 [12]

## 2.5. Les retentissements de la douleur sur la mère et le fœtus [12]

La douleur engendrée par les contractions utérines peut entraîner des conséquences sur la mère et le fœtus.

Elle a des effets sur :

- la ventilation maternelle :

La douleur peut entraîner une augmentation importante de la fréquence respiratoire (jusqu'à 60 cycles/min) ainsi qu'une hyperventilation. L'organisme élimine alors plus de gaz carbonique qu'il n'en produit. L'hyperventilation va entraîner une chute de la pression artérielle en CO<sub>2</sub> et une augmentation du pH (normalement entre 7,35 et 7,45, il peut atteindre 7,60). Cela va provoquer une hypocapnie responsable d'une hypoventilation, d'une hypoxie maternelle et d'une chute du débit sanguin utéroplacentaire. Ceci peut également entraîner des répercussions sur le fœtus.

- l'activité utérine

Le taux d'adrénaline et de noradrénaline maternelle augmente de façon importante lors du travail. Ces deux molécules ont des actions inverses. Alors que l'adrénaline déprime l'activité utérine, la noradrénaline produit l'effet inverse. C'est pourquoi on observe chez certaines patientes, des contractions désordonnées qui peuvent être responsables de dystocies dynamiques.

- le débit sanguin utéroplacentaire

Le débit sanguin utéroplacentaire irrigue l'espace intervilloux, il joue donc un rôle majeur dans l'oxygénation du fœtus. Lors des contractions utérines, ce débit peut-être affecté par une augmentation de la pression intramurale utérine. Les catécholamines (molécules synthétisées lors de la douleur) induisent également une vasoconstriction et par conséquent une diminution du débit utéroplacentaire.

- le déroulement du travail

La douleur, par les mécanismes exposés précédemment peut entraîner des contractions utérines désordonnées et ainsi allonger la durée du travail.

- le fœtus

Le débit utéroplacentaire conditionne le débit sanguin ombilical. Lorsqu'il est diminué, il entraîne une hypoperfusion du fœtus et peut être à l'origine d'hypoxie et d'acidose fœtale.

- la mère

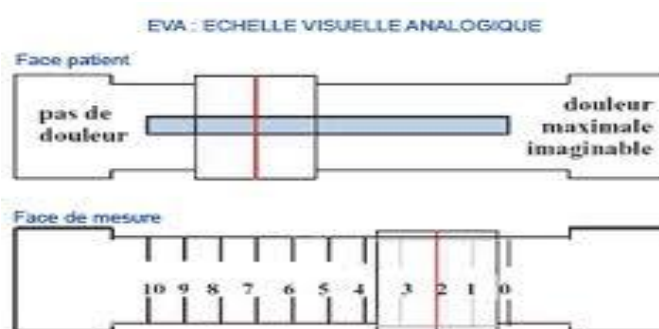
La douleur peut provoquer des peurs, des angoisses et augmente donc la pression artérielle.

## 2.6. Les méthodes d'évaluation de la douleur [9]

Il est difficile pour les professionnels de santé d'évaluer, de coter la douleur. En effet, le ressenti de la douleur étant propre à chacun, il est difficile d'établir un standard. Il faut pouvoir connaître l'intensité de la douleur (variant suivant le vécu de la personne) et son type (brûlure, décharge, pincement, lancement, en étai...).

Cependant, grâce à de nombreuses recherches, plusieurs dispositifs ont été mis en place pour l'évaluer au mieux et proposer une prise en charge adaptée. Il s'agit d'échelles :

- L'échelle verbale simple (ESV) : elle est en 5 points. On demande simplement au patient son niveau de douleur à l'instant présent en fonction de 5 réponses possibles (pas de douleur, faible douleur, modérée, intense et extrêmement intense)
- L'échelle numérique (EN) : elle permet au patient de coter sa douleur entre 0 et 10.
- L'échelle visuelle analogique (EVA) : il s'agit d'une règlette de 10 cm allant de 0 : pas de douleur, à 10 : douleur maximale imaginable. Le patient doit, à l'aide du curseur, situer sa douleur.



Source : [www.setd-douleur.org](http://www.setd-douleur.org) [9]

La douleur n'étant pas toujours verbalisée, il existe des échelles comportementales s'appuyant sur l'observation de la personne (grimace, plainte...) :

- L'envahissement du langage par la plainte comportant six stades.
- L'échelle des manifestations comportementales pour la douleur de l'accouchement comportant cinq stades.

La douleur est souvent ressentie de manière intense. Selon le souhait des patientes, il faut pouvoir aider à supporter la douleur et trouver des moyens pour l'atténuer.

### **3. ASPECTS LEGISLATIFS**

#### **3.1. Au sein du bloc obstétrical [14]**

L'organisation du bloc obstétrical est régit par le Code de la santé publique. En effet, les locaux doivent répondre à des critères de bon fonctionnement.

Selon l'article D6124-38 du Code de la santé publique, le secteur de naissance se compose notamment de locaux de pré-travail et de locaux de travail.

Selon l'article D6124-39, « Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de pré-travail dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. La salle de pré-travail dispose du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation. La salle de pré-travail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence ». [14]

L'article D6124-40 précise que l'agencement de la salle de pré-travail doit tenir compte de la présence d'un accompagnant si le service l'autorise.

L'arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale précise :

- A l'article 6, que chaque salle de pré-travail doit être équipée de fluides à usage médical, d'oxygène et d'air médical, ainsi que de systèmes d'aspiration par le vide.

Dans chaque salle de pré-travail, la parturiente bénéficie de dispositifs médicaux assurant : l'oxygénothérapie, la surveillance de sa tension artérielle, la mesure, la surveillance et la possibilité d'enregistrement de la contraction utérine et de l'activité cardiaque fœtale. De plus, un système d'appel lui permet d'alerter le personnel du bloc obstétrical.

- A l'article 7, il précise le nombre de salle de pré-travail prévue en fonction du nombre annuel d'accouchement que l'établissement effectue. [14]

Tableau représentant le nombre minimum de salle de pré-travail au sein d'un établissement en fonction du nombre d'accouchements annuel

Nombre d'accouchements	Nombre minimum de salles de pré-travail
Entre 500 et 1000	1
Entre 1001 et 1500	2
Entre 1501 et 2000	2
Entre 2001 et 2500	3
Entre 2501 et 3000	3
Plus de 3000	1 salle par tranche de 1000 accouchements

### **3.2. Les différents niveaux de maternité [15]**

Il existe 3 types de maternités classées en fonction de leurs possibilités de prise en charge des nouveau-nés. Le bloc obstétrical possède donc les mêmes équipements dans tous les niveaux ; c'est l'équipement de prise en charge néonatale qui change.

#### Les maternités de niveau 1 :

Ces établissements accueillent les femmes dont la grossesse se déroule de manière physiologique et dont le bébé à venir ne présentera à priori aucun problème. Il n'y existe pas de service de néonatalogie. Leur mission est de surveiller et traiter les enfants atteints d'infections bénignes sans risque de décompensation d'une fonction viscérale ou vitale.

Ils accueillent les prématurés dont l'âge gestationnel est supérieur à 35 semaines d'aménorrhées et ceux dont le poids est supérieur à 2kg.

#### Les maternités de niveau 2a :

Elles disposent d'un service de néonatalogie simple, c'est à dire sans unité de soins intensifs. Elles prennent en charge les affections bénignes pouvant compromettre une fonction viscérale sans mise en jeu du pronostic vital.

Ce type d'établissement accueillent les prématurés dont l'âge gestationnel est supérieur à 34 semaines d'aménorrhées et ceux dont le poids est supérieur à 1,6kg.



### Les maternités de niveau 2b

Elles possèdent un service de néonatalogie avec une unité de soins intensifs.

Ces maternités accueillent les prématurés dont l'âge gestationnel est supérieur à 32 semaines d'aménorrhées, les enfants susceptibles de décompensation et ceux en situation instable sortant de réanimation.

### Les maternités de niveau 3

Elles possèdent une unité de réanimation néonatale.

Elles accueillent les nouveau-nés en situation très instable, en post opératoire, ayant une défaillance d'une fonction vitale et les prématurés dont l'âge gestationnel est inférieur à 32 semaines d'aménorrhées.

### **3.3. Les différentes missions des sages-femmes [16] [17]**

Les champs d'intervention de la profession de sage-femme, profession médicale, sont définis par le Code de la santé publique, livre IV.

Nous n'aborderons ici que les paragraphes, textes de loi ou référentiels ayant un lien avec la prise en charge du pré-travail.

La sage-femme doit réaliser le diagnostic d'entrée en travail en :

- évaluant la dynamique utérine et le rythme des contractions,
- réalisant un toucher vaginal et en analysant la modification cervicale,
- analysant la cinétique,
- expliquant à la patiente/l'accompagnant les gestes, le besoin d'un temps d'observation et le diagnostic » [16].

Elle doit installer confortablement la patiente dès son arrivée.

Elle doit décider d'une prise en charge adaptée à la patiente en « évaluant le niveau de risque de la parturiente ». [16]

La sage-femme a pour mission d'aider la femme à gérer la douleur en :

- favorisant son adaptation spatio-temporelle (anticiper-proposer-répondre),
- recueillant ses perceptions et son projet de naissance,
- prenant en compte son environnement affectif et culturel,
- accueillant le père/l'accompagnant,
- sollicitant d'autres professionnels si nécessaire. [16]

### 3.4. Le droit de prescription des sages-femmes [18]

Le droit de prescription des sages-femmes est défini par l'article L.4151-1 du Code de la santé publique.

L'arrêté du 12 octobre 2011, paru au Journal Officiel du 20 Octobre 2011, modifie le droit de prescription des sages femmes en l'élargissant. Il fixe ainsi la liste des médicaments et des classes thérapeutiques que les sages-femmes sont autorisées à prescrire auprès des femmes. Nous ne citerons ici que les produits pouvant être utilisés au cours de la phase de latence. Elles peuvent utiliser :

- Des antalgiques : paracétamol, association de paracétamol et de codéine, du tramadol, du néfopam, de la nalbuphine (dans le cadre d'un protocole mis en place avec un médecin, utilisation limitée à une seule ampoule par patiente).
- Des antispasmodiques.
- Des antibiotiques par voie orale ou parentérale.
- Des solutés de perfusion : « glucosé de toute concentration, de chlorure de sodium isotonique à 0,9%, de gluconate de calcium à 10% et de Ringer ».
- Du salbutamol par voie orale et rectale
- Du chlorhydrate de morphine (limité à 2 ampoules injectable de 10mg par patiente)
- Concernant l'homéopathie, il est recommandé aux sages-femmes de disposer d'une formation leur permettant d'apprendre à utiliser quelques médicaments dans des indications bien précises. A ce jour, l'arrêté du 12 octobre 2011 autorise les sages-femmes à prescrire des médicaments homéopathiques aux femmes.
- L'acupuncture peut être pratiquée par les sages-femmes sous réserve du diplôme universitaire d'acupuncture obstétricale (selon l'article R.4127-318 du Code de santé publique)

## **4. LES DIFFERENTS MOYENS DE SOULAGER LA DOULEUR DE DEBUT DE TRAVAIL [21]**

La loi du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades reconnaît que « le soulagement de la douleur est un droit fondamental de toute personne » [22]. Plus de 90% des femmes éprouvent la nécessité d'être soulagée de la douleur pendant leur travail. La douleur est un signe d'appel auquel la sage-femme doit répondre, d'où son importance capitale tout au long du travail.

Depuis le développement de l'analgésie péridurale dans les années 1970, souffrir pendant son accouchement n'est plus acceptable pour la plupart des femmes. La médicalisation de l'accouchement étant importante aujourd'hui, les femmes en début de travail souhaitent un moyen rapide et efficace pour abolir leur douleur. Cependant, en attendant qu'elles puissent bénéficier de l'analgésie péridurale, il existe de nombreux moyens pour aider les parturientes à supporter la douleur.

### **4.1. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)**

Parler de l'accouchement a longtemps été tabou. L'accouchement était perçu comme dangereux et faisait l'objet de rumeurs terribles dues à une méconnaissance des femmes sur ce sujet. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont apparues comme un moyen d'atténuer la douleur, puis d'aider les femmes à s'adapter à l'environnement qu'est la grossesse et la naissance. L'état émotionnel de la femme se modifie au cours de la grossesse. On assiste à une « régression ». La femme a besoin de se sentir en sécurité, de dépendre d'une personne ou de s'appuyer sur celle-ci. C'est pourquoi la sage-femme a un rôle primordial au cours des séances, c'est à elle que les femmes vont se référer.

Les séances sont dispensées à partir du sixième mois. Il existe huit séances remboursées par la sécurité sociale, dispensées par une sage-femme libérale ou hospitalière. La sage-femme y aborde de nombreux sujets tels que la grossesse, la relaxation, la respiration, les positions à adopter pour diminuer les douleurs, le déroulement du travail, la péridurale, l'accouchement, la douleur... Elle fait prendre conscience aux femmes des capacités de leur corps à travers de multiples exercices et discussions. Elles apprendront les pratiques, les techniques utilisées actuellement, les interventions possibles au cours de l'accouchement. Une de ces séances comporte une visite de l'hôpital, des salles d'accouchement et de pré-travail. Cette visite permet le plus souvent de diminuer les appréhensions.

Le but des séances est de permettre à la femme de vivre sa grossesse et son travail dans les meilleures conditions, d'accompagner et de préparer les couples à l'accueil de leur enfant, de leur apporter confiance pour une participation active lors de son travail. Elles permettent à la femme de prendre contact avec l'environnement de la maternité, de favoriser les repères anticipatoires. Elles peuvent faire part de leurs angoisses et questionnements à la sage-femme. L'anxiété, la crainte et la peur sont des sentiments qui amplifient la perception douloureuse. Le fait d'être informé permet d'anticiper, d'appréhender la douleur. Cependant, c'est une méthode qui sollicite beaucoup la femme ou le couple et demande de la volonté.

Il existe également des préparations spécialisées qui développent les activités en piscine, la sophrologie, l'haptonomie....

#### 4.2. Les thérapeutiques les plus souvent utilisées

Les sages-femmes peuvent être amenées à proposer différents médicaments dont elles ont le droit de prescription. Les différents médicaments qu'elles peuvent prescrire :

- De pallier 1 : Doliprane®, Dafalgan®, antispasmodiques : Spasfon® (suppositoires, IM, comprimés) pour les douleurs légères à modérées.
- De pallier 2 : pour les douleurs modérées à intenses.
- De pallier 3 : Nubain® pour les douleurs très intenses, non soulagées par les paliers antérieurs.
- Autres : Xanax®, Atarax® pour tranquilliser la femme, salbumol®.

#### 4.3. Les positions maternelles antalgiques, la mobilisation [3] [21] [23] [24]

De nombreuses recherches, notamment celles du docteur Bernadette De Gasquet, ont permis de montrer que la mobilité jouait un rôle important dans le déroulement du pré-travail et dans la mécanique de l'accouchement.

La gestante doit adopter une position confortable, selon ses préférences. Instinctivement les femmes optent pour la posture où elles auront le moins mal, où elles seront détendues.

Certaines positions, notamment les verticales, permettent avec la pesanteur d'accroître l'appui de la tête fœtale sur le col. Pour certaines femmes cette sensation sera insupportable, elles pourront donc adopter d'autres positions.

#### 4.3.1. Les positions horizontales

Le décubitus dorsal : La patiente est allongée sur le dos, à plat. C'est une position de référence mais elle affecte le débit sanguin. L'utérus gravide comprime aorte et veines caves, ce qui entraîne une diminution du débit sanguin utérin, c'est le syndrome cave. De plus, le décubitus dorsal réduit l'intensité des contractions utérines et donc l'évolution du travail. Il n'est donc plus recommandé d'installer la femme ainsi. Cette position rend la femme encore plus algique. En effet l'utérus contracté appuie sur le sacrum et écrase les filets nerveux de l'articulation sacro-iliaque. Il est donc plus judicieux de proposer à la femme des positions où l'utérus n'appuie pas directement [25]. Cependant, c'est une position indispensable pour la mesure de la hauteur utérine et le palper abdominal.

Le décubitus latéral : il peut être droit ou gauche. La patiente est couchée sur le coté avec une jambe (la droite si décubitus latéral droite) en extension complète tandis que la gauche est fléchie au moins à 90°. Un coussin d'allaitement peut être glissé entre les deux jambes pour un meilleur confort. Cette position apporte une meilleure efficacité et une intensité supérieure des contractions utérines, nécessaire à la dilatation du col.

#### Le décubitus latéral droit associé à l'utilisation du coussin de confort



Source : <http://www.degasquet.com>

### 4.3.2. Les positions verticales

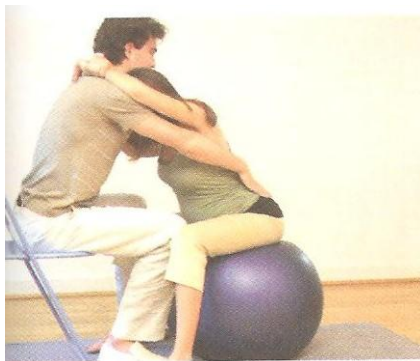
La verticalisation est intéressante en cas de présentations hautes ou de variétés postérieures. Dans ce dernier cas, la femme ne supportera pas de rester sur le dos.

La position assise : la femme est assise soit sur un ballon soit à même le sol à l'aide du coussin de confort. Cette position permet un axe perpendiculaire à l'axe de progression du fœtus. Elle renforce l'appui de la tête fœtale sur le col car la pression intra utérine de base est supérieure à celle en position allongée. Cependant, elle peut être douloureuse et insupportable lorsque la présentation fœtale est basse car la pression exercée sur le périnée par le bébé est trop forte.

La position debout : la femme marche, déambule. Cela permet d'accélérer le travail par une meilleure sollicitation de l'appareil cervico-isthmique par la présentation. Elle est également intéressante pour favoriser la progression d'une présentation encore haute mais peut être douloureuse tout comme la position assise. Il faudra alors privilégier les positions horizontales (couchée, sur le coté).

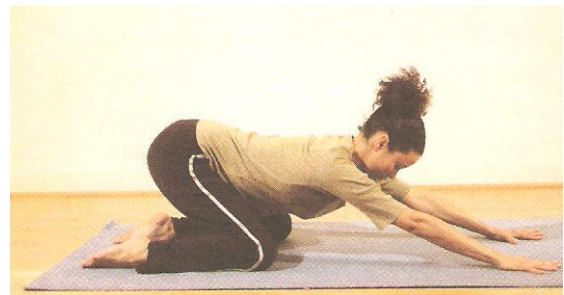
La femme peut également se mettre accroupie, à quatre pattes, en tailleur ...

La position « quatre pattes » permet d'étirer le dos lorsque les contractions utérines sont ressenties dans la région lombaire. La patiente se penche en avant et pose ses mains le plus loin possible en avant et étire ses fesses en arrière. Pour les variétés postérieures, le « quatre pattes » libère le sacrum favorisant sa nutation, ce qui laisse plus de place pour tourner [24]. Cette position peut être accompagnée de massages réalisés soit par l'accompagnant, soit par la sage-femme.



Posture avec le ballon

Source : <http://www.degasquet.com>



Position à quatre pattes

Source : <http://www.degasquet.com>

Toutes ces postures peuvent être associées à l'utilisation du coussin de confort ou du ballon. En plus de procurer un mouvement régulier de balancement, de bercement qui apaise les femmes, le ballon sert à l'aménagement de positions. Il permet à la femme de s'étirer et de varier les positions. Il en est de même pour l'accompagnant qui à toute sa place en pré-travail pour aider, soutenir.

La femme ne doit jamais être cambrée ou « tassée ». L'essentiel est que le dos reste étiré pour libérer le diaphragme qui aura toute son importance dans la respiration.

#### 4.4. Les massages [5] [21]

Il est prouvé que le frottement exercé sur une zone douloureuse diminue la sensation désagréable. Le massage peut être suggéré à la femme individuellement ou au couple. En effet, l'accompagnant peut participer à cette activité appliquant les techniques apprises lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. En cas contraire, la sage-femme présente leur montrera comment procéder.

Le massage peut être léger, en effleurant simplement le ventre lors des contractions ou profond lorsqu'on masse la région sacro-iliaque. L'accompagnant peut également masser les pieds, les mains et les épaules de la patiente pour lui procurer une certaine détente. Cependant, il est à noter que certaines patientes préféreront ne pas être touchées pour se concentrer sur les contractions utérines.

#### 4.5. Le bain, la douche [5] [21]

De part ses propriétés physiques, la chaleur augmente l'activité cellulaire, relaxe les muscles, atténue la douleur et favorise l'élasticité des muscles. L'eau procure un soulagement de la douleur et une détente. La femme peut prendre un bain ou une douche. L'eau est à 37 degrés ou selon les préférences de la femme. Avec la douche, le pommeau peut être dirigé sur les zones « sensibles » à la douleur telles que le bas du dos ou le ventre. Lors d'un bain, si la salle de pré-travail dispose d'une baignoire, la gestante peut se mouvoir à son aise. L'atmosphère y est plus calme, moins impressionnante pour la femme car elle ne ressemble pas à celle d'une chambre d'hôpital. La chaleur permet un assouplissement et une dilatation du col car elle réduit la tension musculaire, ce qui diminue la douleur.

#### 4.6. La respiration [21]

La respiration doit être réalisée correctement pour oxygéner la mère et le fœtus. Ce dernier étant déjà comprimé par l'utérus contracté, il est nécessaire que sa mère ait une respiration efficace.

La plupart des femmes pensent qu'il est facile de respirer car c'est un automatisme. Mais le plus souvent, la respiration est mal comprise et donc réalisée à l'inverse de ce qu'il faut faire. Les femmes gonflent le thorax pour inspirer et relâchent les épaules pour expirer ce qui entraîne un tassement de la colonne vertébrale et bloque le diaphragme. C'est une respiration superficielle. Or, il est nécessaire d'avoir toujours le dos étiré pour libérer le diaphragme. Une bonne position est essentielle ! La respiration abdominale permet au diaphragme de bouger librement. L'inspiration doit permettre au diaphragme de s'abaisser pour faire entrer l'air dans les poumons contrairement à l'expiration qui le fera remonter et donc sortir l'air des poumons. Ainsi, la respiration idéale et efficace est abdominale.

Dans toutes les positions maternelles citées précédemment il faut veiller à toujours étirer le dos pour maintenir une respiration efficace.

#### 4.7. L'acupuncture [26] [27]

L'acupuncture repose sur la médecine traditionnelle chinoise. Le principe fondamental est « tout est énergie » [26]. Tous les phénomènes de la vie sont en relation avec le Ciel et la Terre. L'homme est en permanence situé entre l'énergie du Ciel et celle de la Terre. L'alternance et l'équilibre des deux sont traduits par le Yin et le Yang. La femme est majoritairement composée de Yin. Ces deux énergies s'opposent, mais sont complémentaires et ne peuvent exister l'une sans l'autre.

La technique consiste à implanter une aiguille pour soigner ou guérir. L'organisme est traversé par les trajets sensibles à la poncture de certains endroits.

Peu de publications existent concernant l'application de l'acupuncture lors de la phase de latence. Cependant, il y a quelques points sur lesquels on peut agir et qui auraient des effets favorables, autres que de diminuer la douleur.

L'effet se fait par stimulation, chauffage, massage des points d'acupuncture.

Son utilisation est facile et permet l'association aux autres thérapeutiques.



#### 4.8. L'homéopathie [28] [29] [30]

Par définition, l'homéopathie est une méthode thérapeutique consistant à prescrire à un patient, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente [29]. C'est le premier des trois principes de l'homéopathie : celui de similitude.

L'homéopathie part du fait que «les semblables se guérissent par les semblables» [28]. Les symptômes d'une maladie peuvent être guéris par un produit donnant les mêmes symptômes chez une personne saine. Contrairement à un médicament « classique » qui combat un agent pathogène, l'homéopathie stimule les défenses immunitaires de l'organisme pour qu'il lutte contre ce même agent.

Le deuxième principe est l'infinitésimalité. Le médicament homéopathique est préparé à base de nombreuses dilutions de la substance active pour en diminuer les éventuels effets secondaires. Il est préparé à partir de substances végétales, chimique, animales ou humaines.

De plus, il faut prendre en compte le comportement de la personne souffrante et la façon dont elle souffre : c'est le principe de totalité.

L'homéopathie peut être utilisée dans différents cas : pour traiter des pathologies pour lesquelles les autres traitements « classiques » n'ont pas eu l'effet attendu ou sont contre-indiqués, en complément de certains traitements pour en diminuer les effets secondaires ou encore pour traiter les pathologies dans lesquelles les médicaments classiques sont peu efficaces ou inefficaces. Dans ce dernier cas, on retrouve tout ce qui est de l'ordre des « petits maux de la grossesse ».

En effet, l'homéopathie a une place de choix lors de la grossesse. Elle permet de pallier à l'utilisation de médicaments contre indiqués, inefficaces ou ayant des risques iatrogènes pendant cette période.

Dans la littérature, voici quelques médicaments homéopathiques utilisés en période de début de travail :

- CAULOPHYLLUM 5 CH utilisé dans les cas de faux début de travail (lorsque la dilatation stagne) pour diminuer et calmer les contractions utérines, tout en évitant les effets secondaires des bêtamimétiques ou des morphiniques.
- KALIUM CARBONICUM 15 CH pour les lombalgies.
- NUX VOMICA pour diminuer l'angoisse et le stress.

- MUREX 15 CH pour des sensations de dislocation de la symphyse pubienne.
- RUTA 9 CH et ARNICA 9 CH pour des douleurs ligamentaires et tendineuses.
- ACTAEA RACEMOSA 9 CH et IGNATIA 15 CH utilisés pour préparer à l'accouchement, aident à favoriser la dilatation du col utérin, réduisant le temps du travail.

Et d'autres encore...

#### 4.9. Sans oublier... [28]

Les thérapeutiques permettent d'atténuer voire de supprimer la douleur, cependant elles n'enlèvent pas l'angoisse, l'appréhension et les interrogations des femmes.

##### 4.8.1. L'accompagnement, l'encouragement [31]

Plusieurs études ont montré que l'accompagnement de la future mère était un des éléments les plus efficaces en début de travail. Qu'il soit réalisé par un professionnel ou un étudiant sage-femme, il existe un impact positif sur la femme. Elle se sent moins seule pour affronter cette épreuve et s'en trouve plus détendue.

Une étude faite par le Dr Hodnett en 1995 (8 essais sur 2 catégories de femmes : celles accompagnées et celles non accompagnées) montrait que « la présence continue d'un accompagnateur qualifié diminuait la probabilité de recours aux antidouleurs, la durée du travail, et s'associait à une expérience globalement plus positive pour la femme » [5].

La future mère a déjà ressenti des douleurs, en a eu peur, mais a survécu. La sage-femme doit l'amener à rechercher dans son histoire personnelle de quelles façons et avec quels moyens elle les a surmonté. Il faut réussir à trouver le moyen qui correspond à chaque femme, à son vécu, à ses expériences antérieures. Le soutien, l'écoute et l'attention de l'accompagnant ou de la sage-femme sont inestimables.

Les encouragements et les paroles de réconfort apaisent la femme. La sage-femme pourra lui donner des informations sur la bonne évolution du travail, sur le bien-être du bébé et véhiculer des pensées positives.

##### 4.8.2. L'aménagement des locaux

Au sein des salles de pré-travail, il est important de créer une ambiance positive, calme et chaleureuse pour se rapprocher d'une atmosphère semblable à celle du domicile et de s'éloigner

d'une simple chambre d'hôpital. L'ambiance de cette salle a un impact direct sur la femme car elle peut y rester plusieurs heures.

Ainsi, l'environnement peut diminuer les tensions, l'angoisse de l'inconnu et aider les femmes à faire face aux douleurs de début de travail.

## Deuxième partie : À la rencontre des sages-femmes de Lorraine



# **1. DEMARCHE DE RECHERCHE**

## **1.1. Problématique**

Suite aux différents constats faits en lors de mes stages, la problématique de cette enquête s'est posée comme étant : « Dans un contexte de diversité de gestion de la phase de latence du travail par les sages-femmes, comment organiser et optimiser la prise en charge des patientes ».

## **1.2. Objectifs**

Les différents objectifs de cette étude sont :

- évaluer la pratique actuelle des professionnels,
- déterminer ce qui rend les pratiques professionnelles différentes, quelles en sont limites,
- développer et renforcer l'organisation des sages-femmes. Proposer des aménagements des salles de pré-travail pour favoriser la prise en charge des patientes,
- proposer un arbre décisionnel pour orienter les patientes en début de travail.

## **1.3. Hypothèses**

Suite à ces objectifs, différentes hypothèses de travail ont été envisagées :

Hypothèse n°1 : Les pratiques sont différentes suivant le niveau de maternité.

Hypothèse n°2 : Il est nécessaire d'organiser la prise en charge du début de travail.

Hypothèse n°3 : Il existe des freins à la prise en charge du début de travail.

Hypothèse n°4 : Les moyens médicamenteux sont suffisants pour soulager la douleur de début de travail.

## 1.4. Méthodologie de l'étude

### 1.4.1. Période et lieux d'étude

L'enquête a duré un mois et demi. Elle a débuté le 1er octobre 2011 et s'est achevée le 10 novembre 2011. L'étude s'est déroulée dans 10 maternités de Lorraine choisies au hasard mais respectant la règle d'au moins une maternité par département. Parmi ces maternités figurent 8 établissements publics et 2 établissements privés.

Tableau représentant les différents lieux d'étude

Nom de la maternité (département)	Niveau de la maternité	Nombre d'accouchements en 2011	Effectif de sages-femmes en salle de naissance
Maternité régionale A. Pinard de Nancy (54)	3	3354	25
Hôpital clinique Claude-Bernard (57)	2b	2551	18
Hôpital Bel Air de Thionville (57)	2b	2380	24
Hôpital Maternité de Metz (57)	2b	2332	30
Centre hospitalier Général Maillot de Briey (54)	1	1055	17
Centre hospitalier de Mont-Saint-Martin (57)	1	689	20
Clinique Saint Nabor de Saint-Avold (57)	1	1092	13
Centre hospitalier Jean Monnet à Epinal (88)	1	584	20
Centre hospitalier de Bar le Duc (55)	2a	801	13
Hôpital Robert Pax à Sarreguemines (57)	1	949	20

### 1.4.2. Population

Afin de vérifier mes hypothèses, j'ai réalisé une enquête auprès des sages-femmes exerçant en salle de naissance. Concernant une des maternités, ce sont les sages-femmes du service de pré-travail qui ont été consultées.

J'ai ainsi contacté personnellement les cadres sages-femmes des services de salle de naissance pour diffuser mon enquête auprès des sages-femmes.

### 1.4.3. Outil de l'enquête

J'ai réalisé un questionnaire ayant pour but de connaître la prise en charge actuelle du début de travail par les sages-femmes. Quels sont les facteurs qui influent leur pratique, quelles sont les propositions faites aux gestantes pour soulager leur douleur et si, celles-ci suffisent. Le questionnaire était composé de 30 questions dont plusieurs laissant une possibilité d'expression libre (situé à l'annexe I).

Deux cent questionnaires ont été distribués. Ils ont été envoyés par courrier dans les 6 maternités les plus éloignées de mon domicile, accompagnés d'une enveloppe timbrée pour le retour. Concernant les 4 autres maternités (Nancy, Thionville, Hôpital Claude Bernard et Hôpital Maternité à Metz), je me suis chargée de les remettre en mains propres.

L'exploitation des résultats a été effectuée à l'aide du logiciel Microsoft EXCEL 2007®.

### 1.4.4. Biais de l'étude

Il existe une gestion spécifique du début de travail au sein de la maternité de Nancy. Etant de niveau 3, elle dispose d'un service à part entière qui accueille les femmes en début de travail. Les questionnaires ont été distribués en salle de naissance. Cependant, les sages-femmes étant peu aptes à y répondre, elles ont transféré les questionnaires au sein du service appelé « pré-travail ». J'ai donc réalisé une exploitation spécifique pour ces questionnaires venant d'un autre service.

La question numéro 14 relative à la présence de sanitaires dans les salles de pré-travail a été supprimée car il y avait peu de réponses. Ce biais semble provenir d'une imprécision dans la formulation de la question, mais cet élément a pu être retrouvé dans les réponses à d'autres questions.

L'autre biais réside dans le fait que toutes les maternités de Lorraine n'ont pas été sollicitées. Une étude d'une aussi grande envergure n'était pas réalisable dans les délais impartis. Mon choix s'est donc limité à 10 maternités dont au moins une par département.

## 2. RESULTATS OBTENUS

Sur 200 questionnaires distribués, 118 me sont revenus, soit 59% de réponses. Parmi ces 118 questionnaires, 10 provenaient du service de « pré-travail » à Nancy que nous exploiterons dans une seconde exploitation. Deux questionnaires n'ont pas pu être exploités en raison de la pauvreté des réponses.

### 2.1. Les sages-femmes de Lorraine (Moselle, Meuse, Vosges)

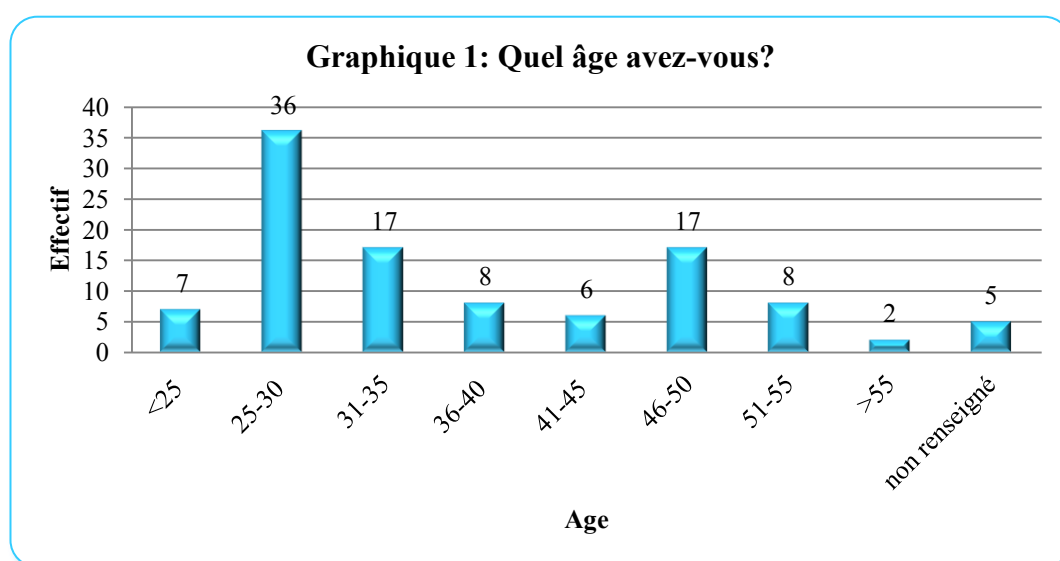
Dans cette partie, l'exploitation exclue les sages-femmes exerçant en service de « pré-travail » à Nancy. La population interrogée est donc de 106 sages-femmes.

#### 2.1.1. Profil des sages-femmes de Lorraine

- **Sexe**

Parmi les 106 questionnaires exploitables reçus, 99 femmes et 7 hommes m'ont répondu.

- **Répartition des âges**

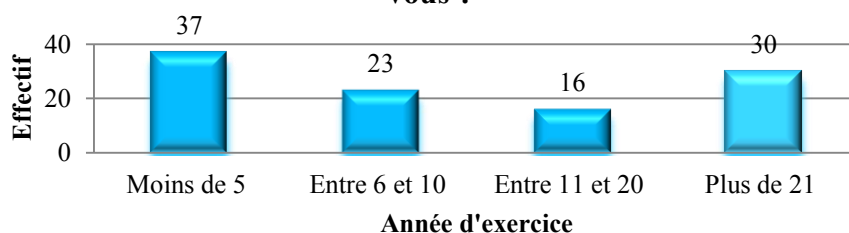


Plus de la moitié des sages-femmes sollicitées ont moins de 40 ans.



- **Cursus professionnel**

**Graphique 2 : Depuis combien d'années exercez-vous ?**



35 % des sages-femmes interrogées sont diplômées depuis moins de 5 ans, 28 % le sont depuis plus de 21 ans.

- **Ancienneté en salle de naissance**

Ancienneté	Moins de 5 ans	Entre 6 et 10 ans	Entre 11 et 20	Plus de 21 ans
Effectif	40	21	14	31

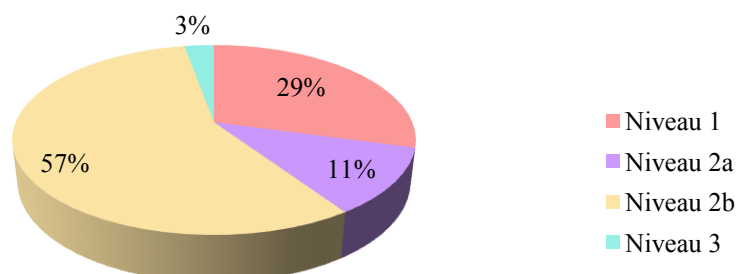
On observe une répartition presque identique. On constate que pratiquement la totalité des sages-femmes travaillent en salle de naissance après l'obtention de leur diplôme.

- **Les secteurs concernés**

71 % des sages-femmes travaillent en secteur public et 29 % exercent en secteur privé.

- **Répartition dans les différents niveaux de maternités**

**Graphique 3 : Dans quelle maternité travaillez-vous ?**



Plus de la moitié des sages-femmes interrogées travaillent dans une maternité de niveau 2b. Seulement 3 % sont en niveau 3 puisque les autres sont incluses dans la deuxième partie de l'exploitation.

### 2.1.2. Organisation au sein du bloc obstétrical

- **Constitution de l'équipe**

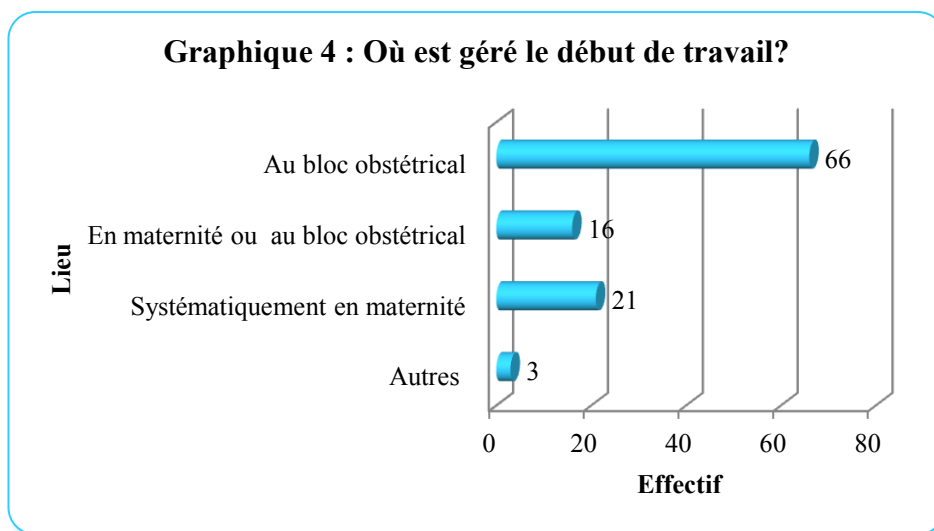
Suivant les maternités, le nombre de sages-femmes par garde en salle de naissance est différent :

- 38 % sont 3 de garde le jour en semaine et 2 la nuit et le weekend.
- 37 % des sages-femmes interrogées sont seules.
- 11 % sont 2 par garde.
- 11 % sont 2 le jour en semaine et seule la nuit et le weekend.
- 3% sont 3 par garde.

- **Répartition du travail par les sages-femmes**

Dans 97 % des cas, il n'y a pas de sage-femme attitrée pour la prise en charge du début de travail. Pour les 3% restants la prise en charge se fait dans un service à part, une sage-femme est responsable de la gestion du début de travail.

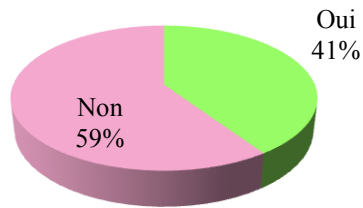
- **Comment est gérée la phase de latence quand il n'y a pas de service spécifique ?**



62 % des sages-femmes interrogées gèrent le début de travail au sein des salles de pré-travail du bloc obstétrical. 20% le gère en service de suites de couches.

- **Organisation du travail de jour et de nuit**

**Graphique 5: L'organisation diffère-t-elle le jour de la nuit ?**



Parmi les personnes ayant répondu que l'organisation était différente on retrouve :

- « *Il y a du personnel en moins la nuit et le weekend, nous sommes donc moins disponibles auprès des patientes* » pour 44%.
- Le contraire : « *moins d'activité la nuit car il n'y a pas de déclenchement ou de césariennes programmées, nous sommes donc plus disponibles* » pour 44%.
- « *le pré-travail est géré en salle de naissance la nuit pour décharger le service* » pour 12%.

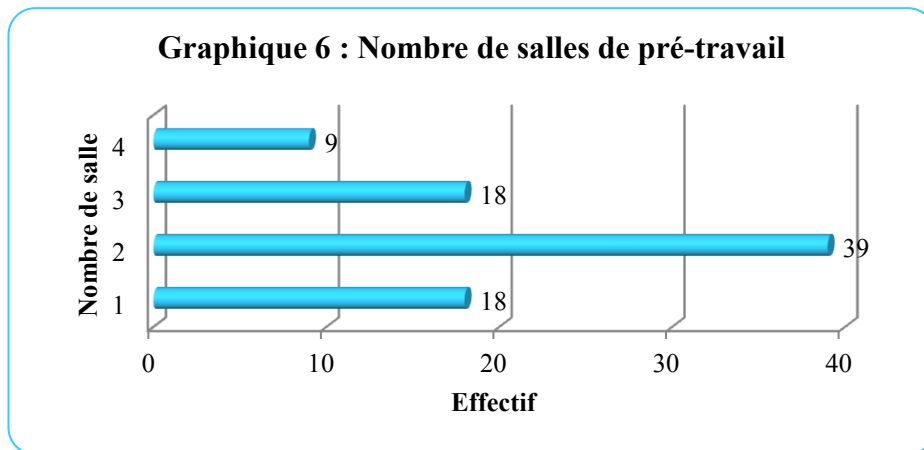
- **Présence d'un service d'UGO (Urgences Gynécologiques et Obstétricales)**

50% des personnes qui ont répondu disposent d'un service d'UGO qui oriente les femmes en début de travail soit en maternité, soit en salle de pré-travail. Pour 11% d'entre elles, l'UGO n'est ouvert que la semaine. 50% ne dispose pas de ce service, les sages-femmes de salle de naissance assurent toutes les consultations.

### 2.1.3. Les salles de pré-travail

- **Nombre au sein du bloc obstétrical**

21% des sages-femmes interrogées ne bénéficient pas de salles de pré-travail, 79% en ont. Parmi ces dernières, 27,4% considèrent que «*ce ne sont pas des vraies salles de pré-travail, elles font office de* ».

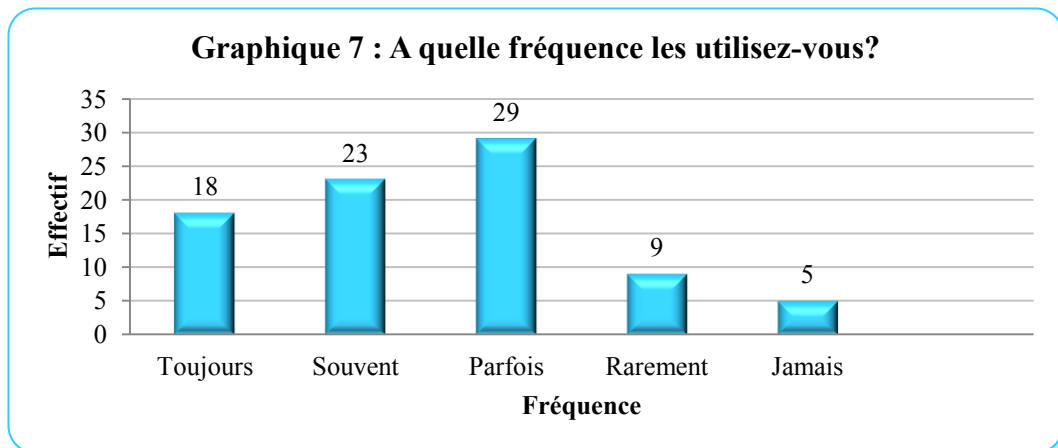


- **Equipement des salles de pré-travail**

L'équipement est variable suivant les établissements, il n'y pas de standard. Il a été difficile pour moi d'établir une classification. Cependant, 6 catégories ont pu être identifiées :

- « *Comme une salle d'accouchement* » : avec ballon ou coussin d'allaitement dans un établissement.
- « *Comme une salle de consultation* » dans 2 établissements.
- « *Salle nature (balnéothérapie, monitoring portatif et monitoring aquatique, musique relaxante, lumières tamisées)* » dans 1 établissement.
- « *Chambre avec 3 lits côte à côte, ballon, coussin d'allaitement* » dans 2 établissements.
- « *Salles équipées* » avec un lit d'accouchement (45 fois cité) ou un lit électrique (30), fauteuil (13), tapis (40), ballon(53), coussin de confort(62), corde de suspension (12), galette (17), poste de musique (6), et affiches montrant les différents exercices avec le ballon (16) dans 4 établissements.
- « *Baignoire commune au sein du bloc obstétrical* » dans 5 établissements.

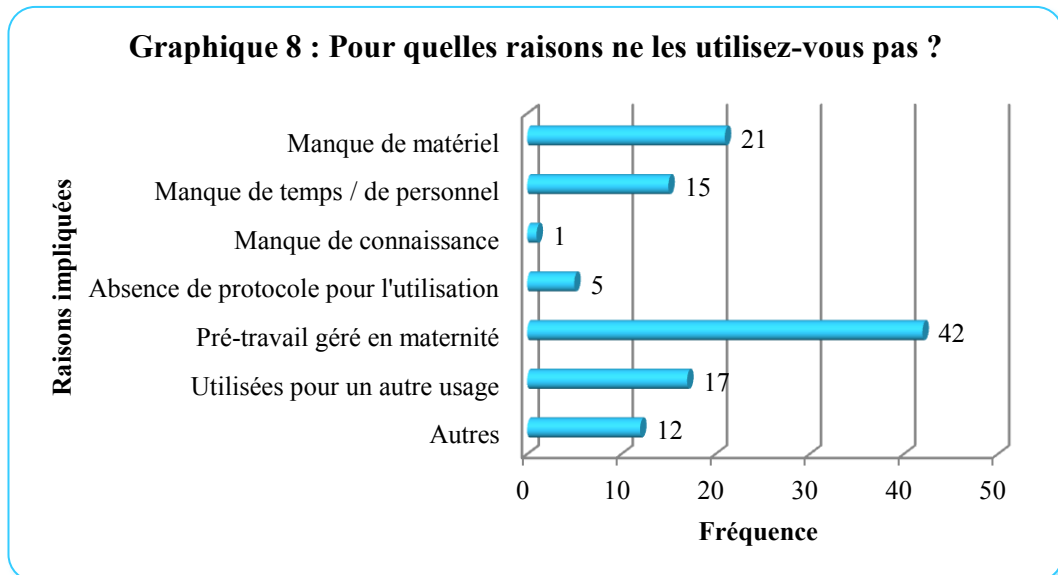
- **Fréquence d'utilisation**



83% des sages-femmes disposant de salles de pré-travail les utilisent.

- **Causes de rare ou de non utilisation**

Pour cette question, même les sages-femmes utilisant « souvent » ou « parfois » les salles ont répondu. De plus, plusieurs réponses ont pu être cochées (le nombre de réponses données est de 113).



Dans 37,2% des cas, les salles ne sont pas utilisées car le début de travail est géré par un autre service, dans 18,5% car il manque du matériel.

La catégorie « Autres » comprend :

- « *Utilisée comme une salle de consultation* », réponse citée 6 fois.

- « *Pas de place pour le conjoint* », réponse citée 2 fois.
- « *Pas confortable* », réponse citée 2 fois.
- « *Manque de motivation de certaines sages-femmes* », réponse citée 1 fois.
- « *Début de travail effectué à la maison* », réponse citée 1 fois.

- **Avantages et freins à l'utilisation des salles de pré-travail**

Plusieurs réponses à la fois ont été citées (199 réponses données)

Les salles permettent :

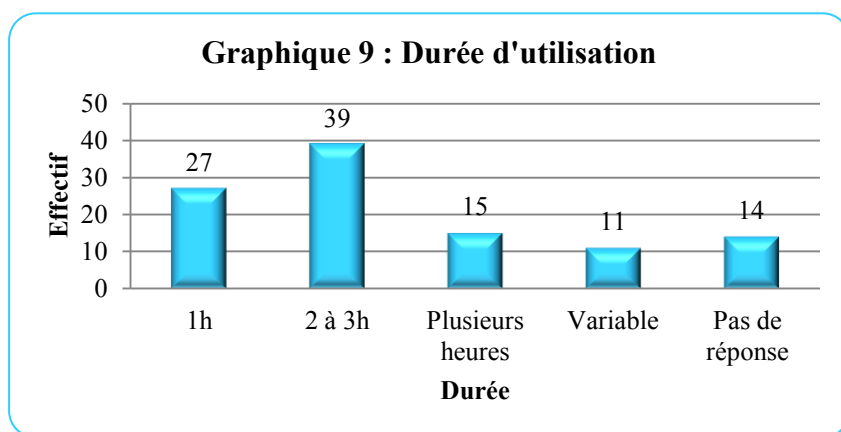
- « *un meilleur accompagnement de la femme* » (présence rassurante de la sage femme, suivi par une même sage femme, gestion au sein de la salle de naissance) : 37,1%,
- la déambulation, l'utilisation du ballon, les positions, d'éviter la pose d'une analgésie péridurale trop précoce (respect physiologie) : 20,6%,
- le confort des patientes (salle moins médicalisée, individualité et intimité) : 18,6%,
- une prise en charge précoce, une meilleure gestion de la douleur : 9,5%,
- de patienter en attendant le travail effectif ou pour les femmes ne souhaitant pas de péridurale : 7,5%,
- la présence et la participation du conjoint (patiente est accompagnée même la nuit) 6%,
- l'expectative pour diagnostiquer un faux début de travail, de limiter les hospitalisations abusives : 4%,
- « *de décharger les sages-femmes de suites de couches lorsque le service est plein* » : 2%.

Les freins identifiés par les sages-femmes sont (159 réponses données) :

- le manque de disponibilité du personnel : 18,5%,
- les pièces sont exigües, il existe peu d'espace pour déambuler : 14,7%,
- le manque de matériel, « *ce qui ne motive pas à l'utilisation* » : 15,9%,
- les salles sont polyvalentes et donc occupées pour un autre usage que le début de travail : 14,7%,
- les salles sont peu agréables et inconfortables : 11,5%,
- « *aucun, que du positif* » : 7%,
- l'absence de sanitaires (douche, baignoire, WC) : 10,8%,
- « *pas d'installation confortable possible pour la personne accompagnante* » : 3,7%,
- « *cela dépend de la volonté de la patiente, de sa motivation* » : 3,2%.

L'existence des salles aide à mieux gérer les douleurs de début de travail pour 64% des sages-femmes interrogées. Pour 38% non, car « *les salles sont mal équipées* ».

- **Durée moyenne d'utilisation des salles**



Plus de 50% des sages-femmes utilisent les salles de 1 à 3 heures. Dans « variable », on retrouve « *selon l'activité en salle de naissance* », « *selon le souhait de péridurale* ».

#### 2.1.4. La prise en charge des sages-femmes

- **Formations continues**

Plusieurs réponses m'ont été données.

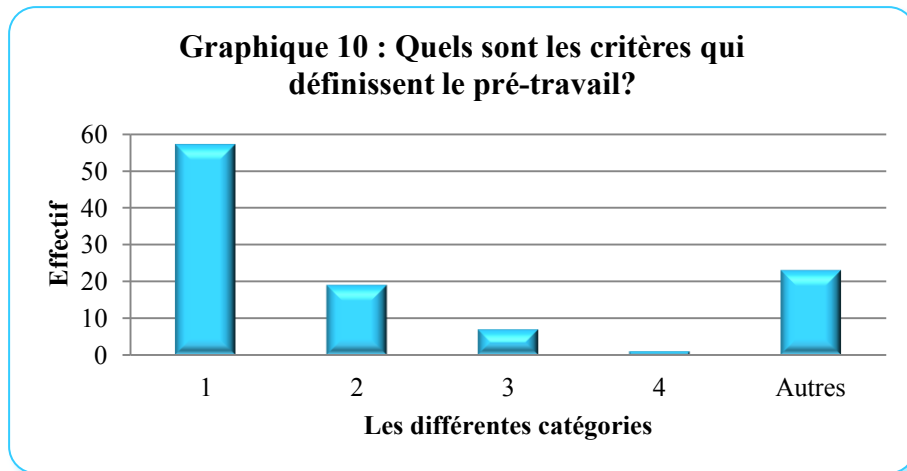
72% des sages-femmes interrogées ont suivi une formation en rapport avec la douleur ou le début de travail. 83% des sages-femmes ayant suivi une formation ont réalisé l'« *Approche POsturo-Respiratoire (APOR)* » de B. de Gasquet. On trouve également :

- « *la prise en charge de la douleur physique et psychique du pré-travail* » pour 4 %,
- « *l'ostéopathie* » pour 5,3%,
- « *l'homéopathie* » pour 4%,
- « *l'acupuncture* » pour 2,6%,
- « *le massage* » pour 2,6%,
- « *la douleur et l'hypnose* » pour 1,3%,
- « *le toucher relationnel* » pour 1,3%,
- « *le yoga* » : pour 1,3%,
- « *la réflexothérapie* » pour 1,3%.

28% n'ont pas eu de formation. 9,4% des sages-femmes en sont demandeuses

- **Critères qui définissent la femme en début de travail**

Il a été difficile d'établir des catégories en raison des multiples réponses.



Catégorie 1 : plus de la moitié des sages-femmes interrogées (54%) considèrent le début de travail comme des contractions utérines régulières, douloureuses, un col incomplètement effacé et une dilatation cervicale < 3 cm.

Catégorie 2 : 17% ont répondu qu'il s'agissait de « légères modifications cervicales, de contractions utérines irrégulières et peu douloureuses ».

Catégorie 3 : 6,4% : Effacement du col, début de dilatation (3-4 cm), contractions utérines régulières et douloureuses.

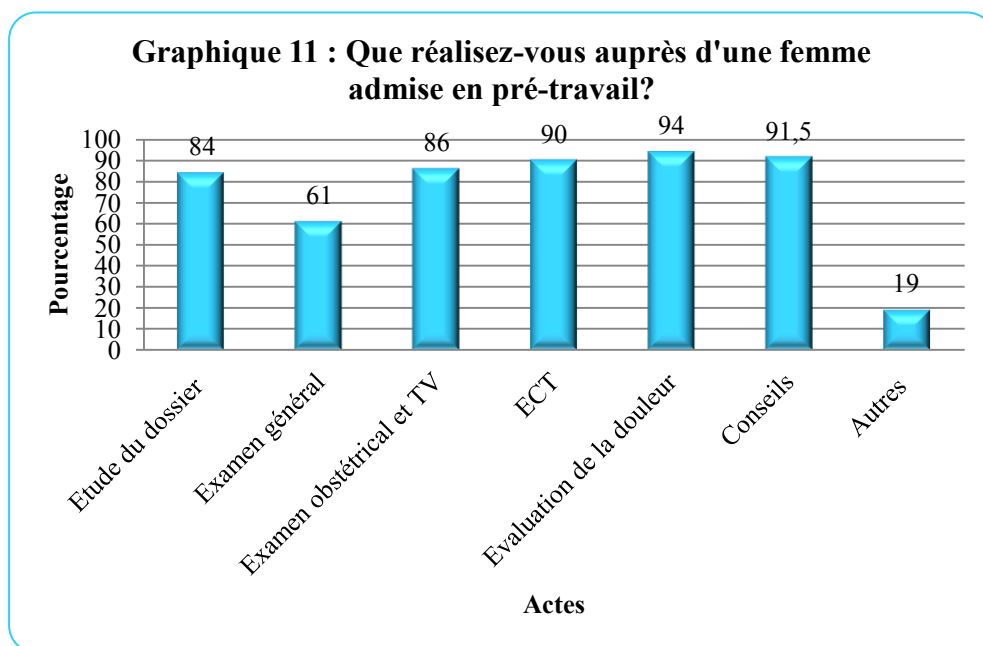
Catégorie 4 : 0,9% ont répondu qu'il s'agissait « d'une dilatation inférieure à 1cm/h ».

Dans la catégorie « Autres » (21,7%) on retrouve :

- Absence de réponses pour 5 personnes,
- « Femmes en travail mais ne souhaitant pas d'anesthésie péridurale » pour 11 personnes
- « rupture prématurée des membranes sans travail » pour 7 personnes.



- Admission d'une parturiente

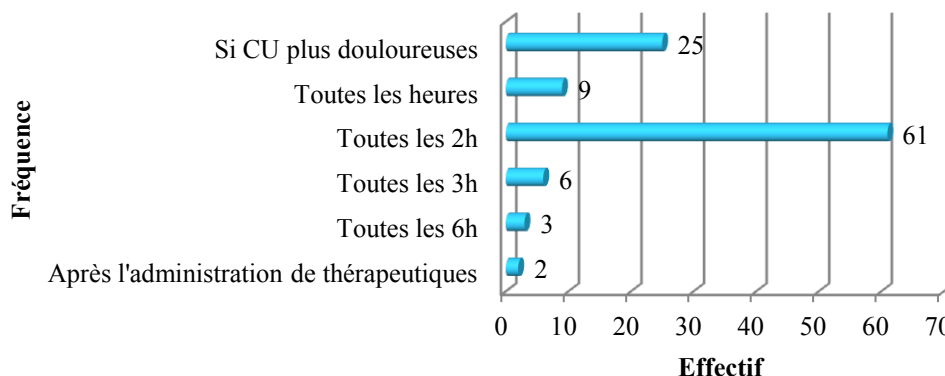


Dans certains établissements, les 4 premiers items sont réalisés au service d'UGO. 61% des sages-femmes réalisent un examen général. 94% évaluent la douleur de la patiente selon l'échelle numérique. La catégorie « Autres » comprend :

- « proposition de médications » pour 16% de la population totale,
- « proposition et démonstration des positions antalgiques et l'utilisation du ballon » pour 14% de la population totale,
- « explications sur déroulement des évènements » pour 14% de la population totale,
- « rassurer » pour 3,7% de la population totale,
- « bilan sanguin » pour 2,8% de la population totale,
- « élaborer le projet de naissance » pour 0,9% de la population totale.

- **L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF)**

**Graphique 12: Fréquence et durée d'enregistrement du RCF**

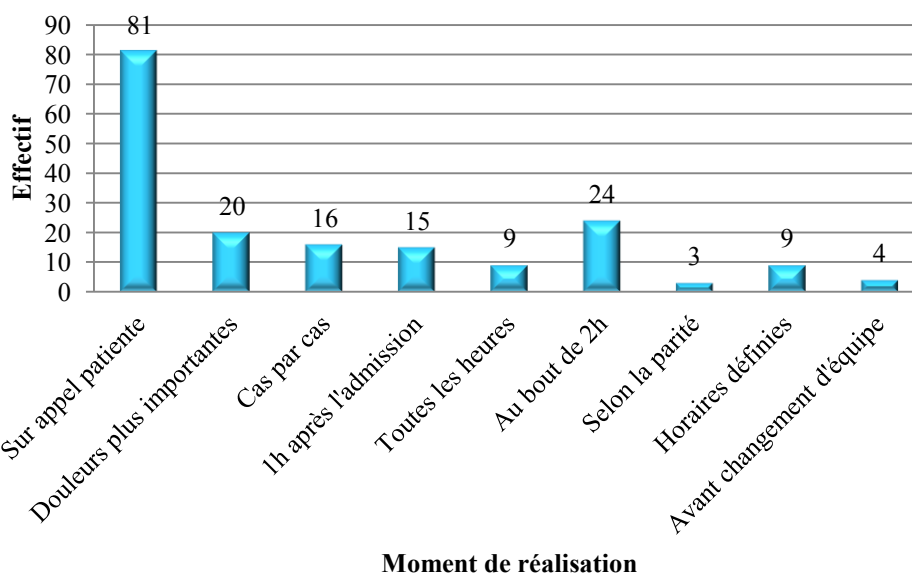


Plus de la moitié des sages-femmes (57,5%) réalisent l'ERCF toutes les deux heures pendant une durée de 30 minutes, en l'absence de pathologie du RCF précédent. 23,6% le réalise lorsque la patiente ressent des contractions utérines plus intenses et plus fréquentes.

- **Examen clinique (toucher vaginal)**

Plusieurs réponses ont été citées par les sages-femmes.

**Graphique 13 : Réévaluation de la situation obstétricale**



76,4% des sages-femmes interrogées évaluent l'évolution de la situation obstétricale à la demande de la patiente. Dans 22,6%, le toucher vaginal est réalisé au bout de 2h si la patiente ne se manifeste pas.

- **Les différents moyens proposés par les sages-femmes**

Plusieurs réponses par sages-femmes ont été cochées.

	possédé par...% des sages-femmes	proposé par...% des sages-femmes
Déambulation, marche	<del>92,5%</del>	97,1%
Pédalage sur la galette	24,5%	18,9%
Positions antalgiques à l'aide :		
- Du ballon	92,5%	92,5%
- Du coussin d'allaitement	85,8%	76,4%
Corde suspendue	18,9%	16%
Massages	<del>53,8%</del>	53,8%
Bain chaud	40,6%	46,2%
Douche chaude	67%	83%
Acupuncture	22,6%	14%
Thérapeutiques	75,5%	75,5%
Autre : 25,5%		

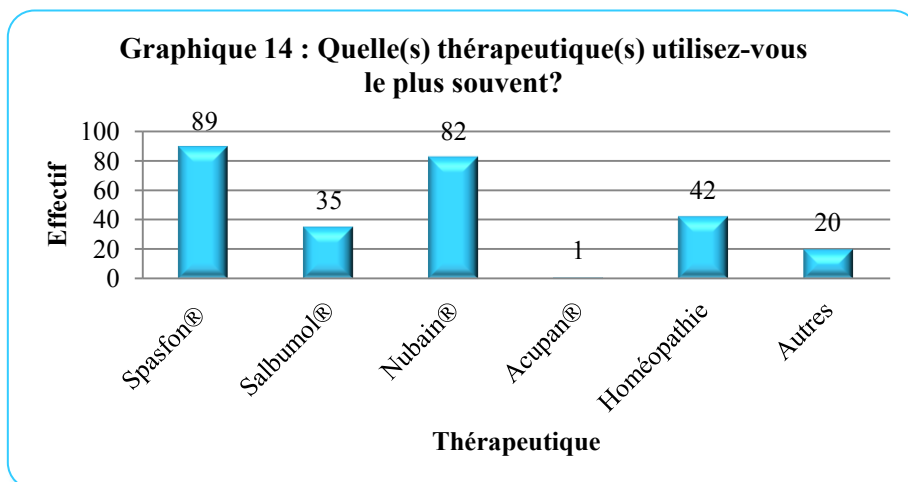
Tableau représentant les différents moyens possédés et proposés par les sages-femmes

La catégorie « Autres » comprend :

- « *la présence rassurante de la sage-femme* » proposée par 1,9% des sages-femmes interrogées,
- « *se reposer* » : proposé par 1,9% des sages-femmes interrogées,
- « *respirer* » : proposé par 1,9 % des sages-femmes interrogées,
- « *l'homéopathie* » : proposée par 18,9% des sages-femmes interrogées,
- « *les positions antalgiques avec le futur père* » : proposées par 14,1% des sages-femmes interrogées,
- « *la musique relaxante* » : proposée par 2,8% des sages-femmes interrogées,
- « *la sophrologie* » : proposée par 0,94% des sages-femmes interrogées,
- « *l'acupression* » : proposée par 0,94% des sages-femmes interrogées,
- « *l'ostéopathie* » : proposée par 0,94% des sages-femmes interrogées,
- « *la concentration* » : proposée par 0,94% des sages-femmes interrogées.

- **Les thérapeutiques utilisées**

Plusieurs réponses ont pu être données à la fois.



84% des sages-femmes interrogées utilisent du Spasfon® pour soulager la douleur des femmes en début de travail (en comprimés, suppositoires ou injections intramusculaires). Il est administré en première intention. 77% utilisent du Nubain® en cas de douleurs non soulagée au bout de 2h (EN>4). L'Acupan® n'est presque jamais utilisé. Dans « Autres », plusieurs réponses ont été citées par sage-femme :

- l'atarax® pour 10,4% des sages-femmes interrogées,
- l'effergal codeiné pour 8,5% des sages-femmes interrogées
- le paracétamol pour 6,6% des sages-femmes interrogées
- l'analgésie péridurale pour 2,8% des sages-femmes interrogées (lorsqu'aucune des thérapeutiques utilisées précédemment ne suffit),
- la morphine pour 2,8% des sages-femmes interrogées,
- l'acupuncture pour 2,8% des sages-femmes interrogées,
- le tranxène pour 1,19% des sages-femmes interrogées.

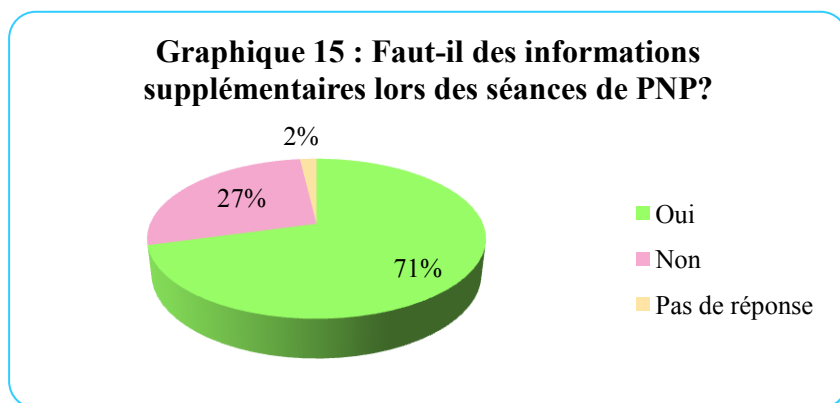
- **Efficacité des moyens utilisés**

31% de la population interrogée pense qu'en général, ces moyens sont suffisants pour supporter la douleur. Au contraire 69% pense qu'ils ne sont « pas » ou « pas toujours » efficaces, elles citent :

- « *La variabilité d'une femme à l'autre (seuil de tolérance, vécu, angoisses)* » pour 32,9% d'entre elles, soit 22,7% de la population totale,
- « *Une préparation psychoprophylactique est nécessaire* » pour 26% d'entre elles, soit 18% de la population totale,

- « *Il faut accompagner, rassurer, mettre en confiance* » pour 24,6% d'entre elles, soit 17% de la population totale,
- « *Ces moyens sont insuffisants à partir d'un certain stade, ils permettent de faire patienter avant la pose de l'anesthésie péridurale* » pour 15% soit 10,4%
- « *Importance de la possibilité d'une personne constante à côté si la patiente est d'accord* » pour 4,1% soit 2,8% de la population totale.

- **Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)**



Pour préparer la femme au début de travail, 71% des sages-femmes pensent qu'il faudrait insister sur certains éléments. Elles ont cité plusieurs réponses chacune.

- « *Les femmes ne sont pas préparées à la durée et la douleur du pré-travail, il faut définir les contractions utérines* » pour 64% d'entre elles soit 45% de la population totale.
- « *La mobilité, les différentes postures avec ou sans accessoire* » pour 29% d'entre elles, soit 20,8% de la population totale,
- « *La péridurale n'est pas posée immédiatement à l'arrivée de la patiente* » pour 28% d'entre elles, soit 20% de la population totale,
- « *Redéfinir le pré-travail et le travail, les différencier et s'attarder sur le déroulement du pré-travail* » pour 17% d'entre elles, soit 12% de la population totale,
- « *Assister aux séances devrait être obligatoire pour les primipares* », « *Mettre en application ce que l'on a appris* » 10,6% d'entre elles, soit 7,6% de la population totale,
- « *Sensibiliser le père* » pour 6,6% d'entre elles, soit 4,7% de la population totale,
- « *Les moyens de soulager la douleur à domicile (Spasfon, bain ...)* » pour 5,3% d'entre elles, soit 3,8% de la population totale,

- « La relaxation », « la respiration » et « l'homéopathie » pour chacun 1,3% d'entre elles, soit 0,9% de la population totale.

- **Utilité d'un protocole**

NON : 75,5%	OUI : 24,5%
« Cas par cas, il faut s'adapter à la patiente » : 30%	« Cahier des charges avec liste de matériel et d'antalgiques » : 50%
« Besoins et souhaits de la femme » : 16,2%	« Avec différentes prises en charge » : 23%
« Sage-femme dépendante » : 8,8%	« Harmoniser les prises en charge » : 15,6%
« Trop de facteurs entrent en jeu » : 7,5%	« Orientation correcte des patientes » : 3,8%
« Trop de protocoles déjà présents » : 7,5%	« Pour une meilleure utilisation des salles de pré-travail » : 3,8%
« Pas de matériel et locaux adaptés » : 3,8%	« Fonction EVA pour l'utilisation des thérapeutiques » : 3,8%
Pas de justifications dans : 26,2%	Pas de justifications : 0%

## 2.2. Les sages-femmes de Nancy en niveau 3 : deuxième exploitation

10 questionnaires ont pu être exploités. 9 femmes et 1 homme m'ont répondu.

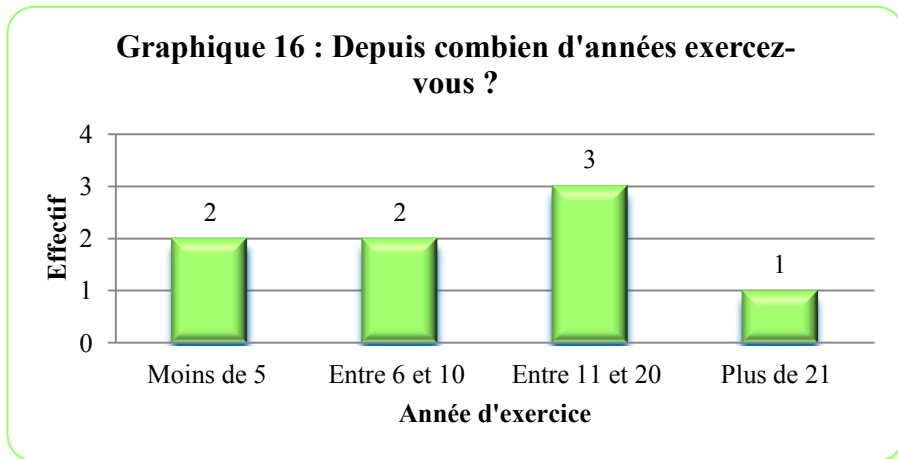
### 2.2.1. Profil des sages-femmes de Nancy

- **Répartition des âges**

<25 ans	[25-30]	[31-35]	[36-40]	[41-45]	[46-50]	[51-55]	>55
0	2	1	2	3	0	2	0

La moyenne d'âge est de 34,8 ans.

- **Cursus professionnel**



La répartition des âges est variable.

- **Ancienneté au service de pré-travail**

Ancienneté	Moins de 5 ans	Entre 6 et 10 ans	Entre 11 et 20 ans	Plus de 21 ans
Effectif	2	3	5	0

La moitié des sages-femmes interrogées ont travaillé entre 11 et 20 ans au sein du service de pré-travail.

- **Secteur concerné**

Les 10 sages-femmes interrogées proviennent du secteur public et exercent dans une maternité de niveau 3.

### 2.2.2. Organisation au sein du service de pré-travail

- **Constitution de l'équipe**

Il y a une sage-femme au sein du service, accompagnée d'une aide soignante et s'occupant uniquement du début de travail. Le service est indépendant du bloc obstétrical.

- **Organisation du travail de jour et de nuit**

Pour les 10 sages-femmes, il n'y a pas de différence dans l'organisation du travail le jour ou la nuit, le personnel étant identique.

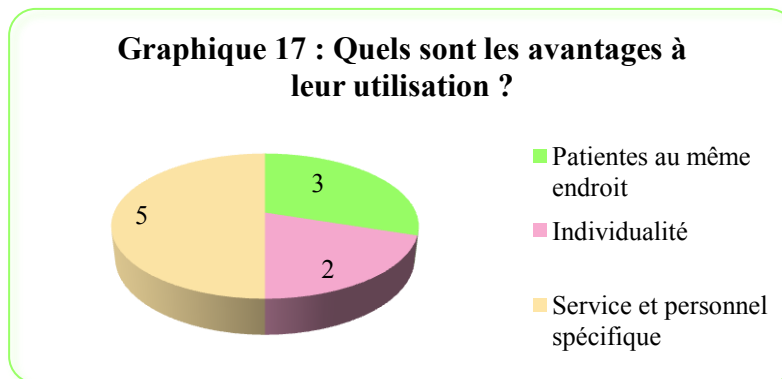
Il existe un service d'UGO pour les grossesses inférieures à 6 mois, ouvert en semaine. Les gestantes dont la grossesse est supérieure à 6 mois consultent directement en salle de naissance.

### 2.2.3. Les chambres de pré-travail

Le service dispose de 6 chambres de pré-travail. Elles sont équipées d'un lit électrique, de sanitaires, de ballons, d'un coussin d'allaitement, d'un tableau représentant les différentes positions. Ces salles sont toujours utilisées. Une sage-femme explique : « *Les patientes restent 1 à 2 heures en salle de naissance pour voir si l'évolution est rapide, sinon la patiente est dirigée au service de pré-travail ou rentre à domicile* ».

La durée d'utilisation des chambres peut varier d'une heure à 48h, car le service « *prend en charge les femmes ayant une rupture prématurée des membranes sans début de travail en attendant le déclenchement* ».

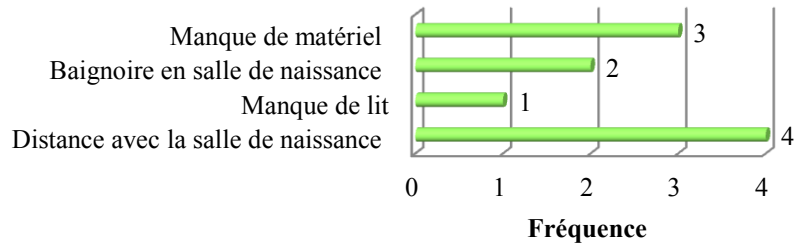
- **Avantages et freins à l'utilisation des salles de pré-travail**



Pour 5 des 10 sages-femmes interrogées, l'avantage majeur réside dans l'individualité du service et l'équipe spécifique. Pour les 10 sages-femmes, l'existence des chambres de pré-travail aide à mieux gérer les douleurs des gestantes en début de travail.



### Graphique 18 : Quels sont les freins à leur utilisation?



Pour 4 sages-femmes, l'individualité du service représente aussi un inconvénient car il est trop éloigné du bloc obstétrical.

#### 2.2.4. La prise en charge des sages-femmes

- **Les formations continues**

2 sages-femmes n'ont pas de formation et ne souhaitent pas en avoir. 8 sages-femmes ont suivi une formation en rapport avec la douleur ou le début de travail. On trouve comme formation :

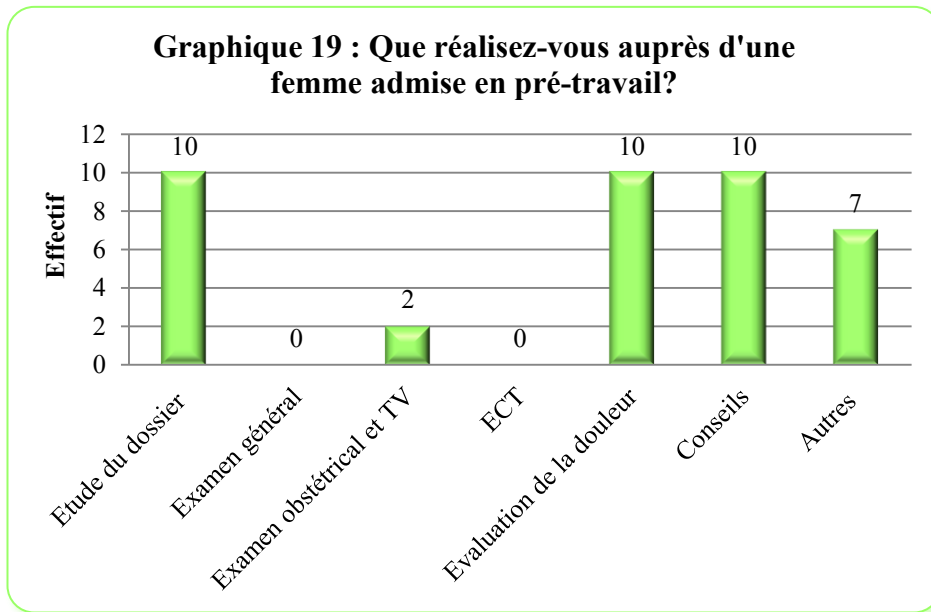
- « *Approche POsturo Respiratoire* » cité 5 fois (APOR de B. de Gasquet)
- « *le massage* » cité 4 fois,
- « *l'homéopathie* » citée 4 fois,
- « *le toucher relationnel* » cité 3 fois,
- « *l'hypnose* » citée 1 fois.

- **Critères définissant la femme en début de travail**

9 sages-femmes m'ont répondu que cela correspondait à des contractions utérines plus ou moins régulières jusqu'à 3 cm. Au delà de 3 cm la femme est considérée en travail.

Une sage-femme ne m'a pas donné de réponse.

- **Admission d'une patiente**



L'ECT et l'examen général sont réalisés en salle de naissance. Dans « autres », on retrouve :

- pour 4 personnes : « *Explication du pré-travail* »,
- « *parler des attentes, des craintes* » : pour 2 personnes,
- « *exploration de son imaginaire, ses croyances* » : pour une personne.

- **L'ERCF et toucher vaginal**

La durée d'utilisation des chambres étant plus longue ici, l'ERCF est réalisé 2 à 3 fois par jour pendant 45 minutes (en fonction du précédent RCF, de la dilatation, d'une RPM ou non).

Pour 9 sages-femmes sur 10, la réévaluation de la situation clinique se fait 2h après son arrivée dans le service, sur appel de la patiente, avant le staff et si EN>4.

Pour une sage-femme cela dépend de l'expérience de chacune.

- **Les différents moyens proposés au sein du service**

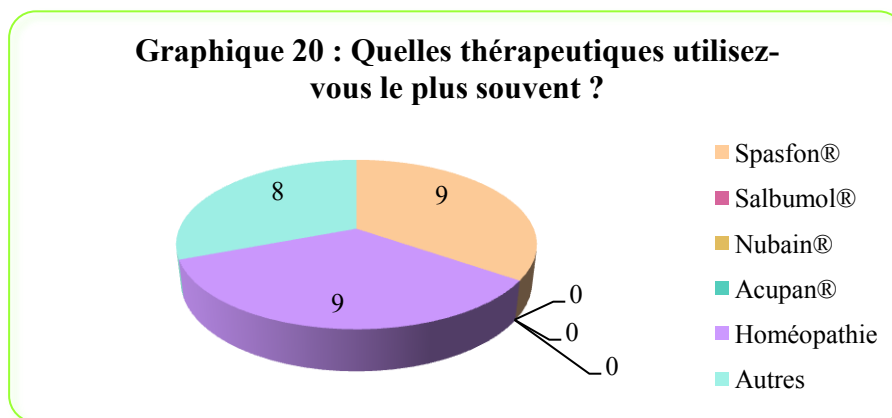
Sur les 10 sages-femmes interrogées :

- 10 proposent systématiquement la déambulation, les positions antalgiques à l'aide du ballon ou du coussin de confort et la douche,
- 8 proposent des massages avec participation du conjoint,
- 4 proposent un bain chaud réalisé en salle de naissance,
- 9 proposent des thérapeutiques,

- 8 sages-femmes proposent autre chose : paroles réconfortantes pour 3 d'entre elles, hypnose pour 2, sophrologie pour 1, hypnose pour 2.

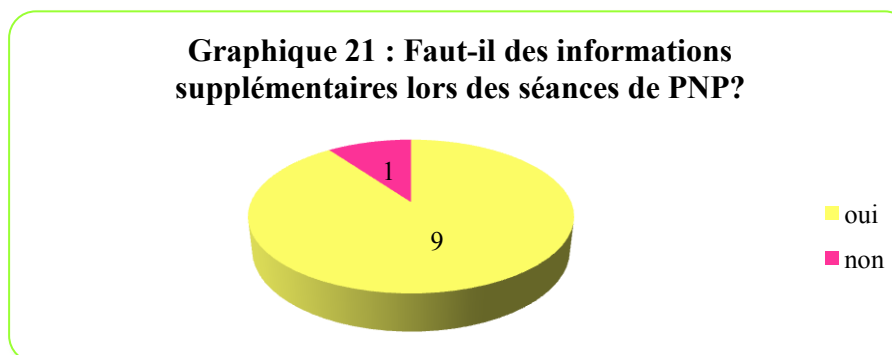
- **Les thérapeutiques utilisées**

Plusieurs réponses ont été citées.



Dans « autres » les sages-femmes ont précisé : « *paracétamol* » pour 3 sages-femmes, « *morphine* » pour 8 et « *péridurale précoce* » pour 2.

- **Séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)**



9 sages-femmes pensent qu'il faudrait des informations supplémentaires notamment :

- « *préciser que le début de travail est long et douloureux* » pour 6 sages-femmes.
- « *la péridurale ne sera pas posée immédiatement* » pour 3 sages-femmes.

- **Utilité d'un protocole ?**

8 sages-femmes ont répondu : « *non, la prise en charge dépend du vécu de la femme, de son seuil de tolérance et des motivations des sages-femmes* ».

2 sages-femmes m'ont répondu : « *oui* ».

**Troisième partie : Réflexions et discussion autour des  
salles de pré-travail et de la gestion de la douleur lors  
de la phase de latence**



# **1. ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PHASE DE LATENCE**

L'objectif de ce mémoire est de faire le point sur la pratique actuelle des sages-femmes en Lorraine et de déterminer ce qui rend les pratiques professionnelles différentes. En deuxième partie nous avons vu les différentes hypothèses envisagées et nous allons tenter d'y répondre et commenter les résultats de l'étude.

## **1.1. Le profil des sages-femmes interrogées**

A Nancy, la moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est d'environ 35 ans. Plus de la moitié des autres sages-femmes interrogées ont moins de 40 ans. La répartition des âges est donc très diversifiée et il ne me semble pas que l'âge des sages-femmes ait une quelconque influence sur la prise en charge du début de travail.

### **1.1.1. Ancienneté d'exercice**

35% des sages-femmes non nancéennes interrogées sont diplômées depuis moins de 5 ans. On observe une répartition presque identique en ce qui concerne l'ancienneté en salle de naissance. Pratiquement la totalité travaillait en salle de naissance après l'obtention de leur diplôme.

A Nancy, en service de pré-travail, les 10 sages-femmes interrogées ont entre 11 et 20 ans d'expérience au sein du service. Elles ont donc une expérience spécifique concernant la prise en charge de la phase de latence puisqu'elles n'accueillent que des gestantes en début de travail. Dans cet établissement la gestion du début de travail peut s'avérer comme être une seconde carrière. Ainsi, il me semble que l'expérience professionnelle des sages-femmes joue sur la prise en charge du début de travail.

### **1.1.2. Le niveau de la maternité**

Je n'ai pas retrouvé de différence de prise en charge suivant les niveaux de maternité 1, 2a et 2b. Cependant, en niveau 3 (Nancy) les femmes en début de travail sont dirigées vers un service spécifique. Ceci peut s'expliquer par la proportion plus importante d'accouchements en niveau 3, d'où la nécessité de disposer d'un service qui leur est consacré. Cette disposition me semble tout à fait convenir à la gestion du début de travail lorsqu'il y a beaucoup de patientes.

De ce fait, la prise en charge m'est davantage apparue sage-femme-dépendante ou établissement-dépendant que niveau-dépendant, ce qui me permet d'infirmer ma première hypothèse et d'étudier d'autres aspects.

⇒ *La prise en charge de la phase de latence ne dépend donc pas du niveau de la maternité.*

### 1.1.3. Organisation au sein de l'équipe

37% des sages-femmes interrogées assurent seules les gardes en salle de naissances. Elles gèrent à la fois les consultations, les accouchements et les femmes en début de travail.

Les autres sages-femmes sont deux ou trois par garde. Elles se répartissent équitablement la charge de travail.

A Nancy, la sage-femme du service de pré-travail est seule pour s'occuper des femmes en début de travail. Les sages-femmes de salles de naissances s'occupent quant à elles, des accouchements, des consultations...

La prise en charge du début de travail demande du temps et de la disponibilité de la part des professionnels, c'est pourquoi j'ai souhaité savoir si l'organisation du travail de nuit et de journée interférait.

Pour les sages-femmes de Nancy, il n'y a pas de différence dans l'organisation du travail car le personnel est équivalent et il n'y a pas plus d'activité en journée que la nuit.

Pour les autres sages-femmes de l'étude, les réponses sont plus partagées. 59% des sages-femmes m'ont répondu qu'il n'y avait pas de différence, mais 41% m'ont affirmé le contraire. Dans certains établissements, le personnel est en effectif réduit la nuit. En conséquence, les sages-femmes sont moins disponibles pour les gestantes. Au contraire, la nuit est un avantage pour certaines sages-femmes car il y a moins d'activité, elles sont ainsi plus disponibles. Une sage-femme cite : « *en général, la nuit on peut se rendre plus disponible pour gérer le début de travail et avoir un rôle d'accompagnement* ».

## 1.2. Organisation et gestion de la phase de latence

### 1.2.1. La définition de début de travail

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées m'a donné une définition correcte de la phase de latence. Cependant, à ma grande surprise, un pourcentage non négligeable de sages-

femmes m'en a donné une erronée. Parmi celles-ci, la plupart m'ont cité la définition de la phase active du travail. Je pense que la confusion vient d'un abus de langage quotidien de la part des professionnels. En réalité, la notion de « pré-travail » n'existe pas, on devrait parler de phase de latence et de phase active, phases qui appartiennent toutes deux au travail.

Une femme habituellement considérée en « pré-travail » est en réalité déjà en travail mais dans sa phase de latence. De ce fait, les « salles de pré-travail » devraient être renommées car leur appellation induit en erreur.

### 1.2.2. Orientation de la femme à son arrivée

D'après les résultats de l'étude, toutes les maternités ne disposent pas d'un service d'UGO. L'orientation des femmes est très variable selon les établissements. Dans certains, le début de travail est géré en chambre par les sages-femmes de suites de couches, dans d'autres, il est géré au sein au bloc obstétrical dans des salles de pré-travail. Nancy est l'exception dans la région. Comme dit précédemment, le début de travail est géré par les sages-femmes du service de pré-travail.

Une réflexion sur une meilleure orientation des patientes me paraît nécessaire. Il faudrait harmoniser cette orientation au sein des différents établissements et définir quand installer une femme en salle de pré-travail, quand envisager un retour à domicile et quand l'hospitaliser au sein d'un service.

### 1.2.3. La prise en charge actuelle des sages-femmes

Lors du début de travail, il est important d'effectuer une surveillance :

- De la dilatation cervicale afin de poser clairement le diagnostic de début de travail et d'écarter une dystocie de démarrage ou un faux début de travail.

- Du rythme cardiaque fœtal pour dépister tout risque d'hypoxie fœtale, apprécier le bien être fœtal et détecter d'éventuelles anomalies. L'auscultation du cœur fœtal peut être intermittente au moyen d'un stéthoscope de Pinard ou d'un cardiotocographe soit, continue à l'aide d'un cardiotocographe externe. Lorsqu'elle est intermittente, l'auscultation du cœur doit être réalisée toutes les quinze minutes pendant la phase de latence et pendant une minute après l'apparition d'une contraction [8].

- Des paramètres maternels pour apprécier le bien être maternel (tension artérielle, température, fréquence cardiaque, évaluation de la douleur, ressenti de la patiente via l'écoute de la sage-femme).

### L'admission de la gestante en salle de pré-travail

D'après le graphique 11 page 40 de l'exploitation, on constate que **l'examen général** est peu réalisé (61%). En effet, certaines sages-femmes ne le refont pas s'il a déjà été fait à l'UGO.

**L'examen obstétrical** est réalisé à 90%. On peut extrapoler les résultats en disant qu'au moins un toucher vaginal est réalisé en début de travail.

**L'ECT** est réalisé à 90%. La durée de l'enregistrement est variable selon les situations et les sages-femmes. En général, il est de 30 minutes à une heure. C'est le temps qu'il faut pour apprécier la fréquence et la durée des contractions utérines ainsi que le rythme cardiaque fœtal. Ce temps de monitoring pour la patiente ne me semble pas abusif, bien qu'il impose à la patiente de rester allongée.

Il existe aujourd'hui des monitorings sans fils qui autorisent la déambulation et certains peuvent aller sous l'eau. Cela permet à la femme de se mouvoir lors de son début de travail. Cependant, 1 seul des 10 établissements sollicités en bénéficie.

Pour les trois examens cités ci-dessus, ils ne sont pas toujours réalisés en salle de pré-travail car dans certains établissements ils sont déjà faits à l'UGO.

**L'évaluation de la douleur** est faite pour les 10 sages-femmes de Nancy interrogées et à 94% pour les autres sages-femmes. Les sages-femmes évaluent donc presque toujours la douleur de la femme en début de travail. Cependant, elle est réalisée selon l'échelle numérique (EN), c'est-à-dire par une simple question posée à la patiente : « Comment évaluez-vous votre douleur sur une échelle allant de 0 à 10 ? ». L'EVA n'est quasiment pas utilisée car peu de sages-femmes possèdent la réglette sur elle. Ces deux méthodes permettant d'évaluer la douleur ne me paraissent pas toujours adaptées et fiables en ce qui concerne la douleur obstétricale. En effet, il est difficile de donner une «note» à la douleur, l'EVA et l'EN donnent une approximation de ce qui est ressenti. De plus, la douleur n'est pas toujours verbalisable. L'absence de réponse n'est pas forcément due à l'absence de douleur mais peut-être à une incapacité de formuler une réponse.

Il existe des échelles comportementales prenant en compte le comportement de la femme, son agitation, le retentissement somatique (positions antalgiques, plaintes) et le retentissement psychosocial (l'interaction avec les professionnels qui l'entoure). Cependant, aucune des sages-femmes sollicitées ne m'a signalé qu'elles utilisent ce type d'échelle.



Les dix sages-femmes de Nancy et 91,5% des autres sages-femmes de l'étude formulent des **conseils** à la patiente pour l'aider à gérer sa douleur. Cette dimension me semble très importante dans la relation soignant/patiente. Cela permet d'interagir avec la patiente, de lui montrer que nous sommes là pour l'aider, pour trouver des solutions ensemble. Alors que l'accouchement est une période cruciale pour la vie d'une femme, seulement 16,3% de la totalité des sages-femmes interrogées s'attardent à expliquer le déroulement du travail. 13% proposent et expliquent l'utilisation des accessoires (ballons, coussin) pour soulager la douleur.

### **La réévaluation de la situation obstétricale lors du début de travail**

D'après le graphique 12 page 41, l'**ECT** est réalisé majoritairement toutes les deux heures mais peut l'être aussi toutes les trois à six heures. Ceci ne me semble pas excessif étant donnée l'incertitude de diagnostic à ce moment. A Nancy, il est réalisé deux à trois fois par jour, nous sommes cependant dans le cadre d'une hospitalisation.

Les enregistrements sont donc pratiqués de façon régulière, non abusive, permettant à la gestante de continuer à se mobiliser, à déambuler si elle le souhaite.

Concernant les **touchers vaginaux**, on constate une très grande variabilité du moment de réalisation. Sur appel de la patiente pour la majorité ou toutes les deux heures si la patiente ne s'est pas manifestée. Les sages-femmes laissent alors la liberté à la femme de gérer son début de travail comme elle l'entend tout en respectant les recommandations légales de surveillance d'une (future) parturiente. Ainsi, la surveillance du début de travail est assurée sans excès.

Comme nous l'avons vu en première partie, la sage-femme doit aider la patiente à soulager sa douleur [16]. L'étude montre que les **différentes méthodes alternatives à la douleur** (ballon, bain, acupuncture...) proposées et possédées sont inégales suivant les établissements. Par exemple, peu de sages-femmes ont à leur disposition une galette (outil permettant de pédaler debout dessus pour créer des mouvements de bassin) ou une corde suspendue. À contrario, l'utilisation du coussin de confort et du ballon est très répandue. Parmi les différents moyens que les sages-femmes possèdent, j'ai remarqué qu'elles les proposent quasiment systématiquement.

**Les thérapeutiques** sont proposées systématiquement à la patiente. Cependant, la pharmacopée est très réduite en ce qui concerne le début de travail. Les traitements tocolytiques ne sont pas adaptés et présentent des effets secondaires.

Les antalgiques les plus utilisés par les sages-femmes sont : le Spasfon®, le Nubain® et l'homéopathie.

**Le Spasfon®** est administré en première intention par 9 sages-femmes sur 10 de Nancy et à 84% pour les autres sages-femmes. Il est administré soit par comprimés, soit par injection intramusculaire ou par voie rectale. Le but de cet antispasmodique est d'assouplir le col de l'utérus pour qu'il se dilate plus facilement grâce à l'appui de la présentation fœtale. C'est un médicament intéressant car il est dépourvu d'effets secondaires.

**Le Nubain®** est administré par 77% des sages-femmes. Les sages-femmes l'utilisent en seconde intention, lorsque les douleurs ne sont pas soulagées au bout de deux heures et que le traitement précédent est insuffisant ou que l'évaluation de la douleur reste supérieure à 4. Cependant, c'est un antalgique de pallier 3 qui comporte de ce fait, quelques effets sur le fœtus. L'idéal serait de trouver un médicament ayant un effet antalgique, dépourvu d'effets secondaires et permettant l'assouplissement et la dilatation du col.

Des **associations** de médicaments m'ont été citées par les sages-femmes et leurs effets semblent intéressants. Certaines sages-femmes proposent l'association d'un comprimé de Dafalgan codéiné® 1g avec 3 suppositoires de Spasfon® et d'autres proposent l'association Atarax®-Spasfon®. Au cours de ma formation, j'ai effectué des stages dans différentes maternités de Lorraine qui proposaient ceci. J'ai pu ainsi constater les effets bénéfiques de ces associations qui soulageaient la douleur, modifiaient le score de Bishop et apportaient un peu de détente à la patiente.

Lorsqu'aucune des thérapeutiques précédentes ne soulagent, que le col reste inchangé, quelques sages-femmes proposent alors une **analgésie péridurale précoce**. C'est le cas particulier de la dystocie de démarrage.

L'usage de l'acupuncture et de l'homéopathie est également limité car il existe un nombre restreint de sages-femmes possédant la formation nécessaire.

L'étude montre qu'il existe autant de prise en charge différentes qu'il existe de sage-femme. Il n'y a pas de standard en ce qui concerne la fréquence et la durée des enregistrements cardiotocographiques, la fréquence des touchers vaginaux, la prise en charge proposée, l'utilisation d'équipements et de thérapeutiques. Devant une telle diversité, il serait intéressant d'établir un protocole de prise en charge du début de travail. Ceci me permet de valider ma deuxième hypothèse :

⇒ *Il est nécessaire d'organiser la prise en charge du début de travail.*

### **Les bénéfices des locaux déjà en place pour la pratique**

L'avantage majeur des salles de pré-travail pour les sages-femmes est de permettre **un meilleur accompagnement des femmes**. Les salles étant situées au sein du bloc obstétrical, l'équipe est plus présente aux côtés de la femme. Une sage-femme cite : « *Le bureau du bloc est généralement situé à proximité, ce qui rassure les patientes* ».

Cela permet également à la femme d'être suivie par le même professionnel. Dans la plupart des cas, la sage-femme suivant le début de travail d'une parturiente sera amenée à s'occuper d'elle en salle de travail. Ceci est très gratifiant pour les sages-femmes car elles peuvent, lorsque la situation le permet, suivre la totalité du travail d'une patiente. De plus, cela permet la continuité des soins offerts aux patientes.

Plusieurs sages-femmes apprécient les salles car elles permettent **le respect de la physiologie du travail**. Nous avons vu en première partie les bénéfices apportés par la mobilisation. En effet, dans les salles, les patientes peuvent effectuer différents exercices pour mobiliser le bassin et solliciter le col utérin par l'appui de la présentation fœtale. Les salles représentent donc un endroit adapté pour promouvoir la mobilité des femmes, favoriser la mécanique obstétricale, ce qui évite la pose d'une analgésie péridurale trop précoce.

C'est aussi un **lieu d'expectative**. Il permet aux parturientes de patienter en attendant le stade opportun à la pose d'une analgésie péridurale. À contrario, pour celles qui ne souhaitent pas de péridurale, ce lieu leur permet d'y rester un maximum de temps pour continuer à déambuler ou se mobiliser. En phase active, on surveillera tout de même plus fréquemment le rythme cardiaque fœtal.

**Le confort** des salles est aussi un bénéfice retrouvé. La salle est réservée à une femme pendant une certaine période, c'est un lieu d'intimité et d'individualité pour la femme. Dans

certaines salles, l'aménagement permet à la femme **d'être accompagnée**. Elle peut ainsi avoir auprès d'elle quelqu'un de jour comme de nuit, ce qui n'aurait peut-être pas été possible dans un autre service par exemple, en chambre double. A défaut de personne accompagnante, la sage-femme peut jouer ce rôle.

C'est également un lieu essentiel pour **établir un diagnostic**. Il permet l'expectative pour différencier un faux début de travail, une dystocie de démarrage ou un début de travail. Ainsi, on peut suivre l'évolution de la patiente. Cela limite donc les hospitalisations abusives.

Enfin, les sages-femmes trouvent que les salles permettent **une prise en charge précoce** de la douleur. Elles utilisent des thérapeutiques, des positions antalgiques...

A Nancy, les sages-femmes interrogées trouvent que les chambres de pré-travail sont avantageuses car les patientes sont regroupées au sein du même service et pour cinq sages-femmes sur dix interrogées, les patientes sont gérées par un personnel spécifique.

Les salles de pré-travail présentent donc des bénéfices incontestables tant pour les sages-femmes que pour les femmes. Mais elles ont aussi des inconvénients qui freinent leur utilisation.

### **1.3. Les freins face à la pratique**

#### **1.3.1. Des locaux inadaptés**

Bien que la législation oblige les maternités à disposer de salle de pré-travail [14], 21% des sages femmes interrogées n'en bénéficient pas. De plus, parmi les sages-femmes qui disposent de tel locaux, 27,4% considèrent que « *ce ne sont pas de vraies salles de pré-travail, elles font office de* ». De nombreux établissements utilisent l'appellation « salle de pré-travail » alors qu'il s'agit en réalité de salles d'accouchements, d'examen ou même de simples chambres avec peu d'équipements destinés au début de travail. Seulement quatre établissements sur les dix interrogés considèrent qu'ils possèdent des « *vraies salles de pré-travail* » avec l'équipement adapté (ballon, tapis, coussin de confort...).

Face à ces locaux inappropriés, les sages-femmes utilisent peu ou pas les salles de pré-travail. Selon le graphique 7 page 36, 16,6% les sages-femmes utilisent « rarement » ou « pas » les salles. Cependant, elles sont toujours utilisées dans les endroits où elles sont bien équipées.

Plusieurs sages-femmes m'ont ainsi écrit « *Le frein majeur à l'utilisation des salles est le manque de matériel, ce qui ne motive pas à leur utilisation* ». Ainsi, l'équipement des salles de pré-travail a directement une incidence sur la motivation des sages-femmes à les utiliser. Plus les salles seront agréables et offrent une panoplie d'accessoires, plus un nombre important de sages-femmes s'en servira.

D'autres sages-femmes trouvent les pièces **trop étroites**, ce qui laisse peu de place à la femme pour déambuler ou pratiquer les exercices à l'aide d'accessoires.

Une autre explique que les salles sont **peu agréables** et inconfortables : « *les salles ne sont pas chaleureuses, pourtant les femmes sont amenées à y passer un certain temps* ». En effet, une fois dans cette salle, les femmes ne peuvent pas sortir pour déambuler à l'extérieur. Cette sage-femme ajoute « *de plus, il n'y a pas de fauteuil confortable prévu pour la personne accompagnante* ». Pourtant selon la législation [14], « *la disposition de la salle de pré-travail doit tenir compte d'une personne accompagnante* ».

Dans 10,8% des cas, les salles de pré-travail ne disposent **pas de sanitaires**. Dans la plupart des établissements, les sanitaires sont réservés au personnel ou sont communs à toutes les patientes. Les femmes ne peuvent alors pas prendre de douche.

De nombreuses sages-femmes regrettent de ne pas avoir à disposition une baignoire qui apporterait détente et relaxation aux patientes.

Selon le graphique 8 page 36, il apparaît également que les salles ne sont pas utilisées pour leur véritable objectif. En effet, elles accueillent des déclenchements, des consultations, des accouchements et même des interruptions médicales de grossesses. Elles ne sont pas uniquement destinées au début de travail.

Enfin, pour Nancy, l'organisation particulière du service de pré-travail présente également des inconvénients. Pour 4 sages-femmes sur 10, les chambres de pré-travail sont trop éloignées de la salle de naissance. Une sage-femme cite « *lorsque le travail se précise pour une patiente ou qu'une anomalie survient, nous perdons beaucoup de temps dans le trajet jusqu'à la salle de naissance* »

En conséquence, 38% des professionnels interrogés ne trouvent pas que l'existence des salles de pré-travail aide à mieux gérer les douleurs de début de travail car elles sont mal équipées. Les salles inadaptées constituent donc en elles-mêmes un frein alors qu'elles devraient faciliter la prise en charge des douleurs du début de travail.

### 1.3.2. Les difficultés de diagnostic

Comme nous l'avons vu en première partie, on ne peut poser d'emblée le diagnostic de début de travail. Il faut un temps d'observation pour connaître l'évolution du score de Bishop et de la dynamique utérine.

Le diagnostic est donc incertain pendant un moment. Il faut éliminer un faux début de travail ou une dystocie de démarrage.

De plus, dans les services, il n'existe pas d'arbre décisionnel ou de protocole pour aider au diagnostic.

### 1.3.3. L'implication du personnel et ses limites

La gestion du début de travail demande un certain temps et donc de la disponibilité de la part des professionnels. Cependant, la charge de travail, le manque de personnel et les différences d'organisation du travail de jour et de nuit peuvent influencer la prise en charge.

Les sages-femmes semblent intéressées par le sujet. Nombreuses sont celles qui m'ont proposées des aménagements et des équipements à apporter aux salles de pré-travail (dans l'expression libre du questionnaire) mais, ceux-ci ne sont pas possibles dans les locaux actuels.

Les différents constats vus précédemment me permettent de valider ma troisième hypothèse :

⇒ ***Il existe des freins à la prise en charge de la douleur de début de travail.***

### 1.3.4. Les limites des alternatives à la douleur

L'étude a montré que les différentes alternatives à la douleur (thérapeutiques, positions antalgiques, massages...) ne sont pas toujours efficaces ou pas suffisantes pour diminuer la douleur de début de travail. Le seuil de tolérance de la douleur varie selon les personnes, il est donc compréhensible qu'un médicament ou une position qui est efficace pour une femme ne le soit pas pour une autre. De plus, ces moyens peuvent se révéler insuffisants en cas de dystocie

de démarrage ou de faux début de travail. Une injection de morphine ou la pose d'une analgésie péridurale précoce sera alors préconisée.

Selon les sages-femmes interrogées, il y a une autre dimension à prendre en compte : l'accompagnement et le relationnel. Selon 17% d'entre elles « *l'accompagnement est primordial, la patiente va se reposer sur le personnel pour avoir réponses à ses questions et comprendre ce qu'il lui arrive* ».

Il est indispensable d'établir une relation de confiance avec la patiente pour qu'elle fasse part de ses désirs, ses craintes, son projet de naissance et de l'inclure dans les décisions prises, ce qui facilite la communication et le déroulement des soins à venir [31]. C'est un des rôles importants de la sage-femme : accompagner, soutenir les femmes dans l'épreuve qu'est le travail, en tenant compte de leur vécu, leurs angoisses et leur projet de naissance. C'est lors de cet échange que la sage-femme explique le déroulement des événements et propose une prise en charge en accord avec la femme, lui apporte des conseils, la rassure et la met en confiance.

Une sage-femme a également souligné qu'une « *préparation psychoprophylactique est nécessaire* ». 18% des professionnelles interrogées partagent cet avis. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont indispensables pour « conditionner » la femme au début de travail et l'aider à prendre connaissance des ses capacités corporelles.

Ces différents constats me permettent d'invalider ma quatrième hypothèse :

⇒ ***Les moyens médicamenteux ne sont pas suffisants pour soulager la douleur de début de travail, d'autres éléments sont à prendre en compte.***

## 2. COMMENT OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE DE LA PHASE DE LATENCE, QUE PROPOSER ?

### 2.1. Approfondir les séances de préparations à la naissance et à la parentalité (PNP)

Pour 72,4% de l'ensemble des sages-femmes interrogées, « *il faut insister sur certains éléments* ». Il faudrait ajouter certaines informations aux séances.

- En premier lieu, il serait utile d'encourager davantage les femmes à **participer** aux séances. Au cours de ma formation, j'ai réalisé que les primipares qui avaient suivi des séances étaient mieux « préparées » que les autres. Comme nous l'avons vu en première partie, la PNP est une source d'informations essentielles, c'est pourquoi il me semble primordial que toutes les gestantes y assistent. Il faudrait également préciser que les huit séances de PNP sont remboursées par la sécurité sociale. Pour les femmes qui auraient des difficultés à se déplacer jusqu'à la maternité, certaines sages-femmes libérales dispensent les séances de PNP à domicile ainsi que les sages-femmes de Protection Maternelle et Infantile (PMI).
- **Redéfinir les notions de travail et de début de travail.** Le début de travail est rarement abordé au cours des séances. La sage-femme animatrice insiste sur le déroulement de l'accouchement, ce qui est le plus important aux yeux des gestantes, mais qu'en est-il du début de travail ? C'est une période qui est longue (en moyenne 9 heures pour une primipare et 5h30 pour une multipare), souvent plus longue que la période où la femme sera en salle de naissance. Il faut insister sur les caractéristiques du début de travail, les symptômes, définir les contractions signe d'un début de travail. Expliquer aux femmes que c'est une période subtile où l'on ne sait pas si les contractions utérines (CU) vont persister. De plus, il me paraît important d'informer les femmes sur ce qu'elles peuvent faire à domicile lors de l'apparition des premiers symptômes du travail (prendre un bain chaud, du Spasfon®, mettre en application les postures apprises au cours des PNP...)
- Les informer que la phase **de latence se déroule sans analgésie péridurale**. C'est une notion que 20% des sages-femmes ont exprimé. L'information fournie aux patientes est quelque peu erronée, elles n'auront pas forcément l'analgésie péridurale à leur arrivée à la maternité et dès les premières douleurs. Il est important de préciser aux femmes que l'analgésie péridurale ne peut être posée qu'à partir d'un certain stade où le travail est



suffisamment avancé, c'est-à-dire à partir de 3 ou 4 centimètres de dilatation cervicale. C'est pourquoi il faut des repères anticipatoires et certaines connaissances de ce qui peut être proposé avant de pouvoir bénéficier de l'analgésie péridurale.

- Faire intervenir le père, le sensibiliser pour qu'il puisse soutenir et accompagner la gestante.

## **2.2. Multiplier les formations des sages-femmes**

La formation initiale des sages-femmes permet parfaitement la prise en charge d'une femme en début travail. Cependant, il est possible d'effectuer des formations complémentaires plus spécialisées dans un domaine. Dans l'étude, 8 sages-femmes de Nancy et 72% des autres sages-femmes interrogées ont suivi une formation continue.

Nous avons vu au cours de ce mémoire que la prise en charge de la douleur du début de travail passe par différentes approches : les positions antalgiques, les thérapeutiques, l'accompagnement... Pour répondre aux différents besoins des femmes, des formations continues correspondantes à ces approches existent.

La formation la plus suivie par les sages-femmes est « APOR » du Dr. De Gasquet. Les autres formations telles que l'homéopathie, l'acupuncture ou les massages sont encore peu développées. Compte tenu du caractère payant des formations, il faudrait débiter des initiations dans les écoles de sages-femmes et créer des plages horaires pour que les étudiants puissent accéder à ces différentes pratiques et leurs bases.

## **2.3. Proposer sans cesse différents moyens pour une prise en charge active**

Le matériel et les médications proposés doivent être adaptés à chaque patiente et en fonction du seuil de tolérance à la douleur. C'est pourquoi nous devons proposer une panoplie de méthodes alternatives à la douleur. Nous reprendrons les méthodes déjà citées en première partie en y ajoutant certaines :

- la déambulation, la marche,
- les positions antalgiques à l'aide du ballon, du coussin de confort, de la corde suspendue,
- le pédalage sur la galette,
- le bain ou la douche chaude,
- les massages avec le conjoint ou la sage-femme,

- les différentes médications,
- l'acupuncture,
- la sophrologie,
- la respiration.

#### 2.4. Une aide au diagnostic

D'après l'étude, il apparaît inutile de protocoliser la prise en charge du début de travail mais de l'adapter à chaque patiente. La prise en charge ne peut-être standardisée car elle dépend de trop nombreux facteurs :

Du côté de la femme :

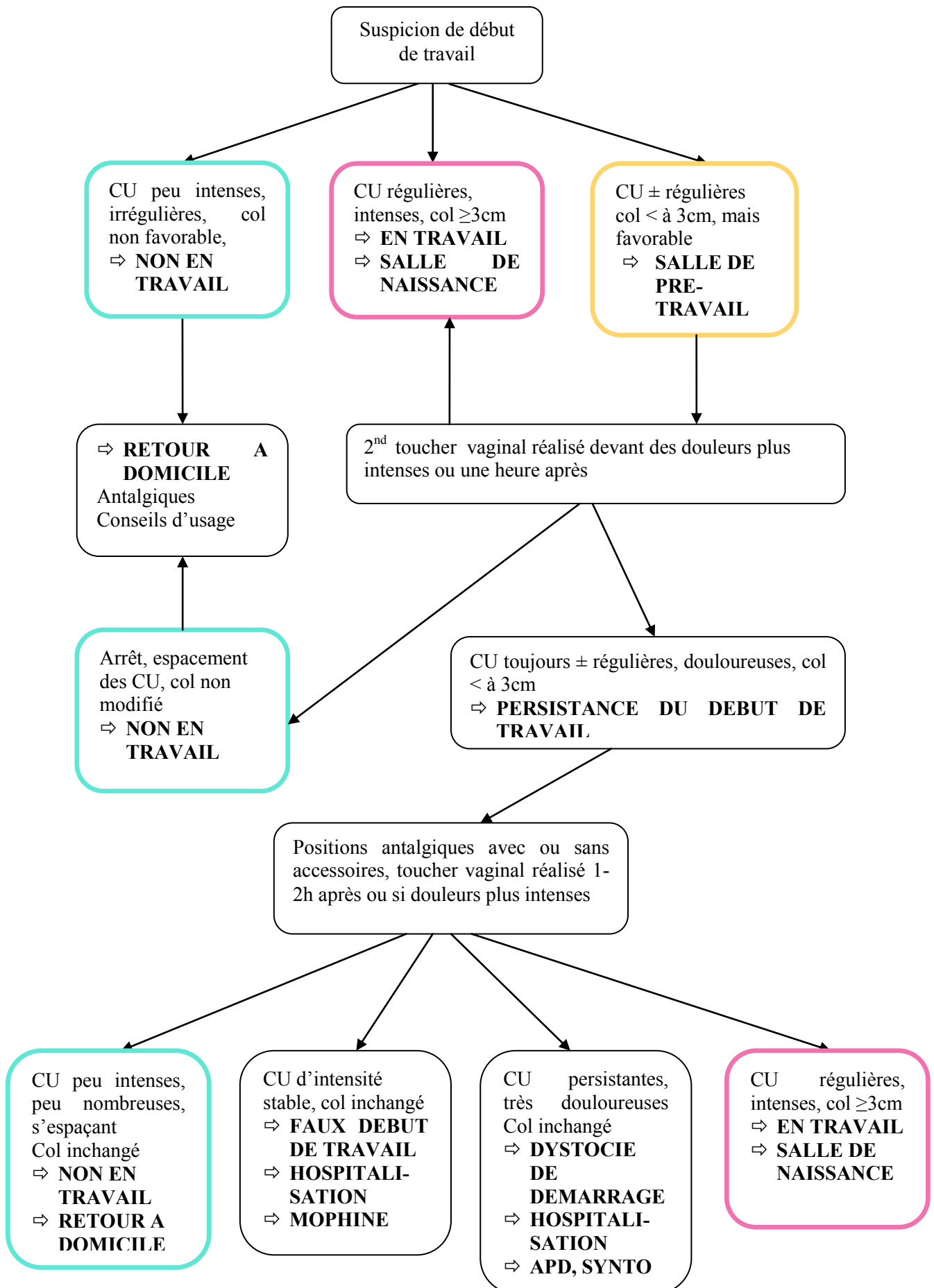
- son vécu,
- son seuil de tolérance,
- son souhait d'analgésie péridurale ou non,
- ses besoins, ses envies et sa volonté,
- sa parité,
- la participation de l'accompagnant,

Du côté des sages-femmes :

- des motivations de chacune,
- de la variabilité de la pratique en ce qui concerne la durée et la fréquence des enregistrements cardiotocographiques, la fréquence des touchers vaginaux, les thérapeutiques utilisées et les alternatives à la douleur proposées.
- des locaux et du matériel à disposition,
- de la charge de travail,
- de la formation de chacune,
- de la disponibilité de chacune.

Cependant nous pouvons proposer un arbre décisionnel pour aider les sages-femmes à diagnostiquer le début de travail et cibler la population pouvant être admise en salle de pré-travail.

**Arbre décisionnel en cas de suspicion de début de travail**



## 2.5. La clé : des locaux adaptés

La prise en charge de la douleur du début de travail peut évidemment être améliorée mais il existe des freins inhérents à la nature des locaux. L'étude a montré que des locaux inadaptés sont un des freins majeurs à la prise en charge de la douleur du début de travail. Nous avons vu précédemment les inconvénients évoqués par les sages-femmes. Nous allons tenter de trouver des solutions face à ceci.

Dans un premier temps, il est important de **réserver et d'aménager une pièce** destinée uniquement au début de travail. Cela éviterait aux salles d'être polyvalentes. La pièce doit être suffisamment spacieuse pour permettre la déambulation de la patiente.

Puis, il serait nécessaire d'**équiper davantage** les salles de pré-travail pour motiver les sages-femmes à leur utilisation et pour le confort des patientes, en mettant à disposition :

- des fauteuils et un transat pour le confort des patientes et de la personne accompagnante,
- un poste de musique (pour favoriser la détente, permettre de penser à autre chose),
- des sanitaires réservés aux patientes,
- un point d'eau,
- un lit électrique permettant l'accouchement en cas de travail rapide. Il faudrait changer la disposition du lit qui est souvent au centre de la pièce, pour laisser plus de place à la déambulation,
- une salle nature (avec baignoire, éclairage tamisé, musique relaxante...) dans les endroits où cela est possible,
- des accessoires (ballon, coussin de confort, corde), au moins un dans chaque salle. La corde peut être fabriquée simplement au moyen d'un drap.

Enfin, il faudrait améliorer l'ambiance des salles de pré-travail pour créer une atmosphère positive et calme :

- faire des salles un environnement chaleureux et accueillant pour diminuer les angoisses et les tensions engendrées par la douleur. Il est difficile de créer une telle atmosphère dans un hôpital car de nombreuses personnes circulent au sein du bloc obstétrical, souvent pressées, stressées. C'est pourquoi ces salles devraient se situer un peu à l'écart du bureau, loin de l'agitation.

- présence d'une fenêtre dans la salle afin que la pièce soit lumineuse, que la patiente ne se sente pas enfermée et puisse avoir une aération s'il fait chaud,
- peinture colorée mais apaisante pour oublier le fait d'être à l'hôpital,
- affiches expliquant différentes postures,
- luminaires de faible intensité pour créer une intimité.

Dans les établissements où il y a beaucoup d'accouchements et peu de salles de travail, il faudrait disposer du même genre d'organisation que la maternité de Nancy : un endroit où plusieurs salles de pré-travail équipées seraient regroupées. Cependant, il faudrait qu'il soit situé à proximité du bloc obstétrical en cas d'urgence ou de travail rapide. A défaut de place, on pourrait équiper quelques chambres en service de grossesses pathologiques qui ne seraient réservées qu'aux femmes en début de travail.

En résumé, il me semble intéressant de proposer une sorte de cahier des charges sur l'équipement des salles de pré-travail. Ce cahier reprendrait les dispositifs médicaux obligatoires selon la législation (arrêté du 25 avril 2000 du Code de la Santé Publique) et apporterait des éléments améliorant le confort des patientes et des sages-femmes.

### **Cahier des charges : de quoi a-t-on besoin en salle de pré-travail ?**

#### Dispositifs médicaux :

- des fluides médicaux,
- des prises d'air et d'oxygène,
- un système d'aspiration par le vide,
- une table d'accouchement en cas de travail rapide.

#### Pour assurer la surveillance du début de travail :

- un thermomètre,
- un brassard à tension,
- un monitoring pour surveiller l'activité utérine et l'activité cardiaque.

#### Equipement de la salle :

- un lit électrique permettant l'accouchement,
- des oreillers et un coussin de confort,
- un ballon,

- des tapis de sol,
- une galette,
- une corde suspendue,
- un transat,
- un fauteuil,
- des affiches expliquant les différentes positions antalgiques,
- de la lecture,
- un poste de musique,
- une couverture,
- un brumisateur,
- une sonnette pour alerter le personnel.

Aménagement de la salle :

- une pièce spacieuse et colorée pour permettre la déambulation,
- un lavabo,
- des sanitaires (douche et WC),
- des lumières tamisées, lampes de chevet,
- une fenêtre pour la luminosité et limité la chaleur,
- un point d'eau.

Bien entendu, toutes les modifications citées dans cette partie ne peuvent être réalisées dans l'immédiat. Cependant, de nombreuses sont faciles, rapides et peu coûteuses à instaurer.

## Conclusion



Après avoir défini le début de travail, sa gestion, ses douleurs et les différents moyens de les soulager, la prise en charge actuelle des patientes par sages-femmes de Lorraine a pu être évaluée par l'intermédiaire de questionnaires.

La gestion de la phase de latence est variable suivant les sages-femmes et il s'avère nécessaire d'organiser cette prise en charge au sein des professionnels.

Les douleurs de la phase de latence et les besoins sont différentes suivant chaque femme. Les moyens médicamenteux se révèlent insuffisants pour soulager les douleurs de début de travail, d'autres facteurs sont à prendre en compte tel que l'accompagnement des gestantes.

Plusieurs freins ont pu être identifiés empêchant à la prise en charge d'être optimale. Des améliorations sont à apporter sur les informations dispensées lors des séances de préparations à la naissance et des formations continues. Pour organiser cette prise en charge, un cahier des charges d'équipements des salles de pré-travail ainsi qu'un arbre décisionnel d'orientation des patientes semblent utiles et adaptés.

Ces salles paraissent donc indispensables à une prise en charge efficace.

Ces différentes propositions sont destinées aux des professionnels dans le but d'améliorer leur pratique quotidienne.

Un nouvel hôpital est actuellement en construction en Moselle, celui de Mercy. Des salles de pré-travail toutes équipées y ont été construites. Dans quelques années, avec du recul, il serait intéressant de réaliser une nouvelle enquête auprès des sages-femmes ou des gestantes sur la prise en charge du début de travail dans ces nouveaux locaux.



## Bibliographie



- [1] Larousse médical. 4<sup>ème</sup> édition. Edition Larousse. 2006. 1219 pages. Page 1062
- [2] MERGER.R, LEVY.J, MELCHIOR.J. Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> édition. Edition Masson. 597 pages. Pages 135 à 146.
- [3] SCHAAL Jean Patrick (sous la direction de) et ses collaborateurs. Mécanique et techniques obstétricales. 3<sup>ème</sup> édition. Edition Sauramps médical. 2008. 922 Pages. Pages 223-225, 298-299.
- [4] GUISES Arlette. XXIème assise nationales des sages-femmes-Toulouse-Mai 1993. La douleur en obstétrique. Les dossiers de l'obstétrique n°210. Octobre 1993. Pages 23-29.
- [5] ANN PAGE. L, PERCIVAL P. Le nouvel art de la sage-femme. Edition Elsevier. 2004. 418 pages. 75-77, 108-122.
- [6] GONDREXON E. Evaluation des critères de fonctionnement des salles de pré-travail dans la gestion des douleurs du début de travail. Mémoire de sage-femme. Metz. 2009.
- [7] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. 1997 Disponible sur [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf) consulté le 5/08/11.
- [8] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Intérêt et indication des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rythme.card.rap.pdf>. Consulté le 5/08/2011.
- [9] SFETD. Société française d'étude et de traitement de la douleur. Disponible sur <http://www.setd-douleur.org> consulté le 5/08/2011.
- [10] DARIC Vladimir. Mémoire online. Voies nociceptives mises en jeu pendant la parturition. Paris 1999. Disponible sur <http://www.memoireonline.com/01/06/89/voies-nociceptives-parturition.html>. Consulté le 5/08/2011.

- [11] LAURENT Audrey. La douleur de l'accouchement dans l'imaginaire des nullipares. Mémoire sage-femme. Toulouse Ranguel. 2007. Disponible sur <<http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/imaginaire.pdf>>. Consulté le 8/07/2011.
- [12] DAILLAND Philippe, BELKACEM Hocine, BERL Monique, DUBOIS Laurence, LAMOUR Olivier. Anesthésie obstétricale. Edition Arnette. Reuil-Malmaison. 2003. 207 pages. Pages 63 à 66.
- [13] SAULEAU Paul. Physiologie de la douleur. Disponible sur <<http://storage.canalblog.com/80/41/693505/50427838.pdf>>. Consulté le 5/08/2011.
- [14] LEGIFRANCE. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr>> code de la santé publique, sixième partie, livre Ier, chapitre II, titre IV, section 1, sous section 3 et arrêté du 25 avril 2000. Consulté le 7/07/2011. ET <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000582539&dateTexte=>
- [15] DEHAN. M, FRYDMAN.R. Les grands principes des décrets de périnatalité. Les JTA Disponible sur <[http://www.lesjta.com/article.php?ar\\_id=375](http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=375)>. Consulté le 18/08/2011.
- [16] Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Disponible sur [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666\\_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf). Janvier 2010. 34 pages. Pages 21-22.
- [17] Ordres des sages-femmes. Compétences. Disponible sur [http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice\\_de\\_la\\_profession/les\\_compences/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compences/index.htm). consulté le 1/10/2011.
- [18] Ordre des sages-femmes. Liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire. Disponible sur <[http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/documents\\_libres/la\\_liste\\_des\\_medicaments\\_que\\_les\\_sagesfemmes\\_peuvent\\_prescrire/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/documents_libres/la_liste_des_medicaments_que_les_sagesfemmes_peuvent_prescrire/index.htm)>. Consulté le 23/10/2011.
- [19] Groupe douleur. Disponible sur <<http://asso.nordnet.fr/valenciennes-douleur/>>

- [20] CORNILLOT Florence. La douleur et sa prise en charge pendant le travail et l'accouchement. Mémoire de sage-femme. Dijon. 1999. Disponible sur <http://pro.gyneweb.fr/sources/congres/jta/99/divers/Cornillot.htm>.
- [21] DE GASQUET Bernadette. Trouver sa position d'accouchement. Edition Marabout. 2009. 126 pages.
- [22] Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Disponible sur <[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_d\\_amelioration\\_de\\_la\\_prise\\_en\\_charge\\_de\\_la\\_douleur\\_2006-2010\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf)>. Consulté le 1/10/2011
- [23] NOIRCLERE DAISY. La mobilité des parturientes en salle de naissance. Mémoire de sage-femme. Metz. 2010.
- [24] HUGUET Jean-Baptiste. Influence des postures obstétricales sur la douleur en pré-travail. Les dossiers de l'Obstétrique n°388. Décembre 2009. Pages 5-11.
- [25] DE GASQUET Bernadette. Les positions pour l'accouchement. Les dossiers de l'Obstétrique n°232. Octobre 1995. Pages 20-26
- [26] Dr REMPP.C, Dr Bigler. A. La pratique de l'acupuncture en Obstétrique. Edition La Tisserande.
- [27] SALAGNAC.B. Naissance et acupuncture. Edition SATAS. 3<sup>ème</sup> Edition. 211 pages. Pages 16 à 18.
- [28] QUEMAIN Albert-Claude. Homéopathie : Guide pratique. Editions LEDUC.S. 2010. Paris. 331 pages. Pages 7-25, 71, 123, 190, 264.
- [29] Larousse médical. 4<sup>ème</sup> édition. Edition Larousse. 2006. 1219 pages. Page 485.
- [30] Dr CHARVET Christelle, les applications de l'homéopathie en gynéco-obstétrique : actualité et avenir. Journées franco-marocaines de gynécologie obstétrique, les 28-29-30 Avril 2007, Marrakech. Disponible sur <[http://www.lesjfm.com/jfm\\_comm07/charvet.pdf](http://www.lesjfm.com/jfm_comm07/charvet.pdf)>. Consulté le 10 Octobre 2011.
- [31] MERGER.R, LEVY.J, MELCHIOR.J. Précis d'obstétrique. 6<sup>ème</sup> édition. Edition Masson. 597 pages. Pages 475 à 477.
- [32] PETROFF Evelyne. Carnet d'une obstétricienne. Edition Albin Michel. Paris. 2002. 152 pages.

## Annexes



## Annexe I : Le questionnaire

### Présentation, informations générales

1. Etes-vous :

- Une femme
- Un homme

2. Quel âge avez-vous ?

.....

3. Depuis combien d'années exercez-vous ?

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Plus de 21 ans

4. Combien d'années d'expérience avez-vous en salle de naissance ?

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 20 ans
- Plus de 21 ans

5. Dans quel secteur travaillez-vous ?

- Public
- Privé

6. Quel est le niveau de la maternité dans laquelle vous exercez ?

- Niveau 1
- Niveau 2a
- Niveau 2b
- Niveau 3

7. Combien de sages-femmes êtes-vous par garde en salle de naissance ?

.....

8. Une sage-femme s'occupe-t-elle uniquement du pré-travail ?

- Oui
- Non

9. Si non, comment vous répartissez-vous le travail ?

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

10. L'organisation du travail est-elle différente le jour et la nuit ? Justifiez

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

11. Existe-t-il un service d'Urgences Gynécologiques et Obstétriques qui oriente les patientes à leur arrivée ?

- Oui
- Non

Pour la suite du questionnaire, vous pouvez cocher plusieurs réponses.

**Concernant les locaux, le bloc obstétrical**

12. Disposez-vous de salles de pré-travail au sein du bloc obstétrical ? Si oui combien ?

- Oui, nous disposons de .... salle(s) de pré-travail
- Non

13. Comment sont-elles équipées ?

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

14. Disposent-elles de sanitaires ?

- Oui
- Non

15. A quelle fréquence les utilisez-vous ?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

16. Si vous ne les utilisez pas, ou rarement, pour quelles raisons ?

- Manque de matériel
- Manque de temps / de personnel
- Manque de connaissances
- Absence de protocole pour l'utilisation
- Pré-travail géré dans les chambres de maternité
- Utilisées pour un autre usage
- Autres :

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

17. Quels sont pour vous, les avantages et les freins à l'utilisation des salles de pré-travail ?

Avantages :

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

Freins :

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

**Concernant la prise en charge du pré-travail**

18. Avez-vous suivi une formation continue en rapport avec la douleur, les positions antalgiques ( type De Gasquet) pour optimiser votre prise en charge ?

- Oui. La ou lesquelles ?.....
- Non. En avez-vous le projet ?.....



19. Selon vous, quels sont les critères qui définissent la femme en pré-travail ?

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

20. L'existence des salles de pré-travail vous aide-t-elle à mieux gérer les douleurs des gestantes ?

- Oui
- Non

21. En moyenne, quel est le temps d'utilisation de la salle de pré-travail par une patiente ?

.....

22. Que réalisez-vous auprès de la femme admise en salle pré-travail ?

- Etude du dossier de la gestante (des antécédents médicaux, de l'histoire de la grossesse)
- Examen général
- Examen obstétrical et toucher vaginal
- Enregistrement cardio-tocographique
- Evaluation de la douleur
- Conseils donnés sur la gestion de la douleur
- Autres : .....

23. Concernant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal lors du pré-travail, à quelle fréquence le réalisez-vous et quelle en est sa durée ?

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

24. Quelle est votre prise en charge concernant la réévaluation d'une patiente en pré-travail ? (ex : sur appel de la patiente, au cas par cas, horaires définies...)

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

25. Pour soulager la douleur de la phase de latence, de quoi disposez-vous et que proposez-vous dans votre propre pratique? (cochez)

	Vous possédez	Vous proposez
Déambulation, marche	<del> </del>	
Pédalage sur la galette	<del> </del>	
Positions antalgiques à l'aide : - Du ballon - Du coussin d'allaitement		
Corde suspendue		
Massages	<del> </del>	
Bain chaud		
Douche chaude		
Acupuncture		
Thérapeutiques		
Autres : ..... ..... ..... .....		

26. Quelle(s) thérapeutique(s) utilisez-vous le plus souvent pour soulager les patientes algiques ?

- Spasfon®
- Salbutamol®
- Nubain®
- Acupan®
- Homéopathie
- Autres :

.....  
.....

27. Les différents moyens cités en question 25 et 26 suffisent-ils pour supporter la douleur ? Justifiez

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

28. Selon vous, faudrait-il des informations supplémentaires lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, pour préparer la femme au pré-travail?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles :

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

29. Pensez-vous qu'un protocole sur la prise en charge du pré-travail serait utile ? (en fonction de la dilatation cervicale et du matériel à proposer)

- Oui
- Non

Justifiez :

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

Avez-vous des remarques, des informations complémentaires à apporter concernant mon sujet ?

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

**Annexe II : Extraits des recommandations pour la pratique clinique des  
modalités de surveillance fœtales pendant le travail**

COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Président : Professeur J. Lansac

Troisième partie

**Recommandations  
pour la pratique clinique**

31<sup>ES</sup> JOURNÉES NATIONALES

Paris, 2007

[...]

**Modalités de surveillance fœtale pendant le travail**

[...]

**ÉVALUATION DU FOETUS À L'ADMISSION**

À l'admission en début de travail, il est indispensable d'évaluer les états maternel et fœtal en s'attachant :

- **À étudier le dossier de suivi de grossesse et les antécédents, en particulier obstétricaux**, informations qui peuvent, à elles seules, faire décider d'un niveau plus ou moins élevé de surveillance fœtale (RCIU, prématurité, post-terme, oligoamnios connu, liquide méconial notamment...) (grade C).
- À mettre en évidence des signes anormaux (diminution des mouvements fœtaux, métrorragies, mauvais relâchement utérin...), conduisant à une attitude de vigilance accrue quant à l'appréciation de l'état fœtal (grade C).

**Le diagnostic clinique de travail et son caractère actif (phase active de la dilatation cervicale) sont nécessaires pour juger de l'attitude de prise en charge. En phase active, il faut recommander la surveillance en milieu obstétrical ; en phase de latence, tous les niveaux de vigilance sont possibles en fonction du contexte, à condition d'une évaluation initiale de l'état fœtal (grade C).**

**Il est recommandé de réaliser un enregistrement du RCF sur au moins 20 minutes pour toute femme arrivant en début de travail (grade C).**

Les autres techniques n'ont pas fait la preuve de leur utilité :

- Il n'y a pas de démonstration de l'utilité du contrôle systématique de l'aspect du liquide amniotique par une amnioscopie en début de travail (grade C).
- Il n'y a pas de données suffisantes pour recommander l'utilisation d'un test de stimulation acoustique en début de travail (grade C).
- En l'absence d'indication particulière, il n'y a pas de données suffisantes pour recommander l'évaluation systématique échographique de l'abondance du liquide amniotique en début de travail (grade C) ou la réalisation d'un score biophysique de bien-être fœtal (grade C).
- L'utilisation de l'échographie Doppler pour évaluer l'état fœtal (étude de l'artère ombilicale, de l'artère cérébrale moyenne) en début de travail n'a pas fait la preuve de son utilité (grade C).

## **MODALITÉS D'UTILISATION DES TECHNIQUES D'ÉTUDE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL**

### **Surveillance fœtale continue ou discontinue**

La surveillance électronique cardiotocographique discontinue avec support papier est plus efficace que le stéthoscope à ultrasons et que le stéthoscope de Pinard dans la détection des anomalies du rythme cardiaque fœtal (grade B).

**La surveillance du travail discontinue ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque. Elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente (grade C).**

L'enregistrement fœtal continu par comparaison à l'auscultation intermittente divise par deux le taux de convulsions néonatales sans influence sur le pronostic néonatal à long terme (grade B). En revanche, l'utilisation de l'enregistrement fœtal continu est associée à une augmentation des taux de césariennes et d'extractions instrumentales (grade B).

La surveillance fœtale continue a une meilleure sensibilité que la surveillance discontinue dans la détection des acidoses néonatales (grade B).

Compte tenu des pratiques obstétricales actuelles (absence de formation à l'auscultation intermittente) et du personnel disponible en salles de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail (accord professionnel).

[...]

## Résumé

L'objectif de ce mémoire est de faire le point sur la gestion actuelle de la phase de latence par les sages-femmes en Lorraine, ainsi que de déterminer ce qui rend les pratiques professionnelles différentes.

Pour réaliser cette évaluation, un questionnaire a été adressé aux sages-femmes de Lorraine dans différents niveaux de maternité.

Il en ressort essentiellement que la prise en charge du début de travail ne dépend pas du niveau de la maternité dans lequel les professionnels exercent. En revanche, elle est sage-femme dépendante, s'adapte à chaque patiente et dépend de nombreux autres facteurs comme l'investissement personnel et les locaux. Les salles de pré-travail se sont révélées être indispensables à une prise en charge optimale des patientes.

L'étude a aussi permis de montrer qu'il existe des freins face à la gestion de la phase de latence et d'établir ainsi des propositions pour y remédier.