

Perception du risque intrapartal en Alsace et Lorraine

Marianne Mead
RM PhD
Reader in Midwifery
University of Hertfordshire
College Lane
Hatfield
Herts. AL10 9AB

Martine Poutas
Directrice
Ecole de sages-femmes
Nancy

Simone Hel
Directrice
Ecole de sages-femmes
Strasbourg

Correspondence
Marianne Mead m.m.p.mead@herts.ac.uk

Perception du risque intrapartal en Alsace et Lorraine

L'invitation à participer aux Assises des sages-femmes françaises en 2006 a suggéré la possibilité d'entreprendre une réplique de l'étude sur la perception du risque intrapartal faite en Grande Bretagne en 1998 (Mead and Kornbrot, 2004a, Mead and Kornbrot, 2004b, Mead, 2006, Mead, 2006 submitted). Le questionnaire initial comprenait trois scénarios distincts qui permettaient de démontrer une différence potentielle entre trois types de femmes :

- celles qui désirent que la sage-femme prenne les décisions les meilleures pour sa surveillance,
- celles qui désirent un minimum d'intervention, et
- celles qui désirent utiliser tous les développements médicaux disponibles.

L'étude initiale, entreprise en Grande Bretagne, avait permis de démontrer que ces différences étaient uniquement significatives pour l'utilisation du monitoring fœtal et de la péridurale. Le questionnaire était assez long et la réplique a été associée à une simplification avec un seul scénario, mais avec une section supplémentaire identique à la section ajoutée pour l'étude entreprise en Flandres et qui demandait aux sages-femmes d'indiquer si elles contactaient l'obstétricien lors de l'admission d'une femme en travail, si elle était susceptible d'être prise en charge entièrement par une sage-femme, ainsi que le nombre de femmes dont elles avaient assuré la surveillance pendant les deux mois précédant le questionnaire et en cas de réponse affirmative, le nombre d'accouchements qu'elles avaient supervisés. Au cas où le chiffre était zéro, les sages-femmes étaient invitées à expliquer pourquoi, et les réponses possibles comprenaient « obstétricien fait tous les accouchements ».

MM avait traduit le questionnaire initial qui a été vérifié par une sage-femme française pour s'assurer que le langage utilisé était facilement compris dans le contexte français. Le questionnaire a alors été distribué par les écoles de sages-femmes et les maternités à toutes les sages-femmes dans les départements d'Alsace et de Lorraine.

Les questionnaires ont été distribués en octobre et novembre 2005. Les questionnaires remplis ont été alors renvoyés à MM pour la fin du mois décembre 2005 pour dépouillement, encodage et analyse.

Description des répondants

Deux cent quatre-vingt-un (281) questionnaires ont été renvoyés, dont onze vierges. Le nombre total de questionnaires examinés est donc 270. La majorité (192 - 71%) des répondantes travaillaient en maternité publique, 56 (21%) en maternité privée, 20 (7%) dans le secteur public et privé. Une sage-femme travaillait à domicile et une n'a pas précisé son secteur d'emploi. Aucune répondante ne travaillait qu'en PMI.

Les répondantes avaient entre 0 et 44 années de pratique. Une classification des années d'expérience en < 1an, 1 à 2 ans, 3 à 5 ans, 6 à 10 ans, 11 à 20 ans, et > 20ans a donc été réalisée, et a démontré que 54% des répondants avaient une expérience de ≤ 10 ans et le reste de 11 ans ou plus (voir Table 1). Sept sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

La plupart des répondants (206/268 - 77%) avait suivi des femmes en travail pendant les deux mois qui ont précédé l'étude et en avait accouché un nombre correspondant ($r = 0.85$).

Scénario standardisé

Pour décrire la surveillance intrapartale, un scénario standardisé à été utilisé afin de présenter la même situation à tous les répondants :

Anne Dupont, 24 ans, primigeste, 39+ semaines d'aménorrhée, aucun antécédent médical, grossesse simple normale, arrive au bloc accouchement en travail spontané. Ses contractions ont commencé il y a trois heures ; elles sont maintenant régulières et modérées, deux à trois contractions toutes les dix minutes. Elle a perdu le bouchon muqueux et les membranes sont intactes.

Elle n'a pas de préférence particulière pour le travail ou l'accouchement et indique qu'elle désire s'en référer au meilleur jugement de la sage-femme.

Les sages-femmes ont été invitées à indiquer le type de surveillance qu'elles favoriseraient au moment de l'admission et pendant la phase de dilatation. Dans chaque cas, le dénominateur indique le nombre total des réponses pour chaque question.

Surveillance à l'admission

Le questionnaire a demandé aux sages-femmes si elles entreprenaient les observations de la température, du pouls, de la tension artérielle et des analyses d'urine pour les protéines, le glucose et l'acétone. Des questions sur l'examen abdominal et l'auscultation du rythme cardiaque fœtal - stéthoscope fœtal, doppler et/ou monitoring électronique ont aussi été posées.

La plupart de ces observations étaient faites régulièrement, sauf l'observation de l'acétonurie qui n'était rapportée que par 49% des répondants. Mais on observe des différences statistiquement significatives pour les analyses d'urine à l'admission entre les sages-femmes qui ont plus ou moins que cinq ans d'expérience clinique.

Seulement une sage-femme (1/262) a indiqué qu'elle ne ferait pas d'examen abdominal à l'admission, et seulement deux sages-femmes n'utiliseraient que le stéthoscope fœtal pour l'auscultation du cœur fœtal à l'admission. 261/263 utiliseraient le monitoring électronique pour une durée variant entre 20 minutes (8/263, 3%), 30 minutes (142/263, 54%), 40 minutes (28/263, 11%) et 60 minutes (53/263, 20%) (voir Table 3). La majorité des sages-femmes (212/262, 81%) ne prévient pas le médecin de l'admission d'une femme en bonne santé et en travail spontané à terme d'une grossesse eutocique. La durée d'expérience clinique n'a pas exercé une influence statistique sur ces résultats, mais le type de maternité est associé avec des différences significatives : maternités privées (24/55, 44%) et maternités publiques (21/186, 11%), $\chi^2 = 29,246$, $df 1$, $p < 0,001$).

Surveillance pendant la phase de dilatation

A ce stade de l'enquête, le questionnaire a présenté une information complémentaire :

Les observations à l'admission de Anne Dupont sont :
toutes les observations maternelles sont normales
contractions irrégulières depuis trois heures, maintenant régulières (3 en
10 minutes) depuis une heure
perte du bouchon muqueux
fœtus: fonds utérin correspond à l'âge gestationnel
longitudinal
présentation céphalique - OIGA
tête 2/5 palpable
RCF 144 b/min
TV: appareil génital externe normal
col efface, central, 3cm de dilatation
présentation céphalique - OIGA confirmée, station -1
membranes intactes
RCF 144 b/min après TV
Anne Dupont est admise en salle de travail.

Pendant la phase de dilatation, les observations de la température, du pouls et de la tension artérielle sont recommandées toutes les quatre heures par le guide pratique sur les soins liés à l'accouchement normal (OMS, 1996), mais la pratique rapportée par les sages-femmes variaient considérablement (voir Table 4). La majorité des sages-femmes proposaient aussi une limitation importante de la nutrition pendant la phase de dilatation, avec seulement 5% des répondants permettant des aliments solides (voir Table 5). Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre les sages-femmes des maternités privées ou publiques, ou entre les sages-femmes qui avaient plus ou moins que 5 ans d'expérience professionnelle.

La question suivante a traité de la fréquence du toucher vaginal. Deux options étaient proposées : le toucher vaginal « à intervalle régulier » ou « si et quand nécessaire ». La majorité des sages-femmes (164/268 - 61%) ont opté pour le toucher régulier, toutes les heures pour 139/164 (85%), et toutes les deux heures pour 21/164 (13%). Pour les 105 répondants qui avaient opté pour le toucher vaginal « si et quand nécessaire », l'option des deux heures a été sélectionnée par 59 (56%) répondants, et toutes les heures par 41 (39%) sages-femmes. Les pourcentages cumulatifs des deux options démontrent que 96 à 98% des femmes ont un toucher vaginal toutes les heures ou toutes les deux heures, sans différence statistique entre les maternités privées ou

publiques, ni entre les sages-femmes plus ou moins expérimentées. Cette approche de la surveillance du travail est contraire aux recommandations de l'OMS qui indique : « Le nombre des touchers vaginaux doit être limité au strict minimum; pendant le premier stade du travail, une fois toutes les quatre heures suffit d'ordinaire ». Le guide continue en disant que « si le travail se passe bien, un accoucheur expérimenté pourra se contenter d'un seul examen » (OMS 1993).

La section suivante du questionnaire traite de la rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE). Seulement deux sages-femmes sur 268 (1%) ont indiqué qu'elles pensaient que la RAPE n'était jamais une forme d'optimisation du travail. Les autres étaient à peu près également distribuées entre RAPE étant « toujours » - 127/268 (47%) et « parfois » 139 (52%) une forme d'optimisation. Cent cinquante répondants sur 269 (56%) ont indiqué qu'il était souhaitable d'atteindre une dilatation cervicale minimale avant de pratiquer une RAPE. Les réponses sur la dilatation minimale ont indiqué que 3 cm était la dilatation identifiée par le plus grand nombre de sages-femmes (59/150 - 39%). Un pourcentage cumulatif de 83% est atteint pour la dilatation de 5 cm. D'autre part, 111/268 (41%) les sages-femmes ont aussi indiqué qu'il était nécessaire de pratiquer une RAPE une fois une certaine dilatation cervicale atteinte.

En ce qui concerne la préférence des sages-femmes pour la surveillance fœtale, la majorité ont favorisé le monitoring continu (149/268 - 56%), et le monitoring intermittent (117/268 - 44%) pour. Une sage-femme a opté pour le stéthoscope fœtal et une autre pour le doppler. Ces résultats sont à nouveau contraires aux recommandations de l'OMS pour la surveillance de la santé fœtale pendant le travail d'une femme en travail spontané à terme d'une grossesse eutocique présenté par le scénario standardisé.

La dernière section de cette partie du questionnaire traitait de la péridurale. La première question demandait aux sages-femmes d'indiquer si elles conseilleraient à une nullipare qui demande une péridurale d'attendre une dilatation cervicale minimale avant que la péridurale soit placée, et dans le cas d'une réponse positive, quelle serait cette dilatation. Seulement huit sages-femmes ont indiqué qu'elles conseilleraient une dilatation minimale : 3cm (4), 4 cm (3) et 5 cm (1). Pour la presque totalité des sages-

femmes (261/269 - 97%) , la réponse à la question initiale a été négative, et seulement une sage-femme n'a pas recommandé de monitoring fœtal continu en cas de péridurale.

Perception du risque intrapartal

La deuxième partie de l'enquête a exploré la perception du risque intrapartal par les sages-femmes, à l'admission et pendant la phase de dilatation cervicale. Le scénario standardisé a été utilisé en proposant « 100 femmes semblables à Anne Dupont » plutôt qu'en demandant quel serait le risque individuel pour chaque question parce que cette formulation entraîne une compréhension plus aisée et donc des réponses plus valides (Tversky and Koehler, 1994, Macchi et al., 1999).

La deuxième partie du questionnaire a exploré la perception du risque intrapartal à l'admission et pendant la phase de dilatation.

Pour l'admission, les possibilités suivantes ont été examinées : température inférieure à 35,5°C, pouls 60-100/min, tension artérielle diastolique < 9cm Hg, protéinurie, poids néonatal, engagement de la tête et qualité de l'oxygénation fœtale.

Le scénario de la phase de dilatation a adressé trois situations distinctes : aucune intervention, RAPE et péridurale et pour chacune, les questions ont examiné les probabilités suivantes :

- accoucher endéans 6, 12, 18 ou plus de 18 heures,
- monitoring continu au moment de l'accouchement,
- péridurale
- oxygénation fœtale normale, hypoxie modérée ou sévère,
- liquide méconial, et
- accouchement - normal, forceps/ventouse, césarienne en urgence.

Perception de risque à l'admission

Les sages-femmes ont estimé qu'à leur admission en travail spontané 91% (CI 89,91-91,86) de ces femmes auraient une température inférieure à 37,5°C., 89% (CI 95% 87,96-90,07) un pouls entre 60-100/min, et 85% (CI 83%-86%) une tension artérielle diastolique inférieure à 9cm Hg. Elles ont aussi estimé que 72% des nouveau-nés

pèseraient entre 3 et 4 kg, 18% moins de 3kg et 10% plus de 4kg. Ces estimations sont proches de celles de l'INSERM sur le poids de naissance moyen pour des enfants nés à terme : 23,7% pesaient moins de 3,000 g, 69,3% entre 3,000 et 4,000 g, et 7% plus de 4,000 g (Blondel et al., 2005). Cette analyse démontre que les sages-femmes françaises qui ont répondu à ce questionnaire ont une impression correcte de la distribution du poids de naissance à terme.

Les sages-femmes étaient alors invitées à indiquer combien de fœtus seraient en présentation céphalique, siège ou transverse. Elles ont estimé que 93,3% des fœtus auraient une présentation céphalique, 5,5% une présentation du siège et 1,1% une présentation transverse. Les estimations moyennes représentent une légère sous-estimation de l'eutocie et une sur-estimation de la pathologie potentielle. Le taux total des présentations du siège dans l'enquête nationale de 2003 s'élevait à 5,4% de présentation du siège et 0,6% de présentations autres que céphaliques ou siège, tout âge gestationnel confondu (Blondel et al., 2005), mais ces chiffres comprennent tous les accouchements, prématuré et à terme. Le taux de présentation du siège à terme est estimé à 2-3% (Lau et al., 1997). Les sages-femmes ont aussi estimé que la tête du fœtus serait engagée dans le bassin pour seulement 29% de ces femmes nullipares au moment de l'admission de leur mère en travail.

Les sages-femmes ont estimé qu'en moyenne 82% (CI 81%-83%) auraient un monitoring rassurant, 13% (CI 12%-14%) un monitoring légèrement anormal et 5% (CI 4,6%-5,5%) un monitoring pathologique. Elles ont aussi estimé que 31% des femmes auraient une rupture spontanée des membranes à l'admission.

Perception de risque pendant la phase de dilatation

Les sages-femmes ont alors été invitées à identifier les chances/risques de différentes possibilités maternelles et fœtales pour la phase de dilatation et de l'accouchement.

Certaines questions suggéraient trois ou quatre alternatives dont le total devait obligatoirement être 100. Là où le total n'était pas 100, les données des particulières questions ont été éliminées des résultats. Le nombre de réponses exclues a varié entre

1 et 7, pour des totaux qui ont varié entre 80 et 110. Le dénominateur donné pour chaque réponse indique le nombre de répondantes.

Travail sans intervention

Cette section a été la seule à inclure une question sur le nombre de femmes qui auraient une rupture artificielle des membranes si le travail progressait sans autre interventions. Les sages-femmes ont indiqué qu'en moyenne 61% des femmes auraient une RAPE, et que 85% auraient accouché endéans 12 heures. La majorité des répondants (145/265 - 55%) ont estimé que 100% des femmes auraient un monitoring continu au moment de l'accouchement, mais la moyenne du nombre de femmes identifiée comme ayant un monitoring continu au moment de l'accouchement si le travail avait progressé sans intervention s'élevait à 90%. Ces sages-femmes ont aussi estimé qu'environ 75% demanderaient une péridurale.

Les répondants ont estimé que 81% de ces femmes normales auraient une oxygénation fœtale normale, 14% une hypoxie modérée et 5% une hypoxie sévère. Le risque de liquide amniotique méconial était lui évalué à 14,7%.

Selon les 263 répondants qui ont répondu à cette section, ces cent femmes nullipares en travail spontané à terme d'une grossesse normale auraient eu en moyenne 79,8% d'accouchement spontané, 13,4% d'accouchement par ventouse ou forceps et 6,8% de césarienne en urgence.

Travail avec rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE)

Alors que les répondants avaient estimé que 85% des femmes auraient accouché endéans 12 heures si le travail avait progressé sans intervention, ce chiffre est monté à 91% en cas de rupture artificielle des membranes. Bien que les essais randomisés aient démontré une diminution de la durée du travail chez les femmes qui avaient subi une amniotomie, les conclusions de la revue systématique publiée par la Bibliothèque Cochrane est claire : la rupture artificielle des membranes devrait être réservée aux femmes dont le travail progresse lentement (Brisson-Carroll et al., 1996a, Fraser et al., 2000). On aurait dû donc s'attendre à une réponse qui démontrerait une longueur de travail plus longue que le travail qui se poursuit sans intervention.

La majorité des sages-femmes (180/259 - 70%) a estimé que 100% des femmes auraient un monitoring continu au moment de l'accouchement si elles avaient une RAPE. Ce pourcentage a augmenté par comparaison au travail qui progresse sans intervention. Quatorze des 260 (5%) sages-femmes qui ont répondu à cette question ne savaient pas si le protocole de leur maternité demandait un monitoring continu au moment de l'accouchement en cas de RAPE ; 57/260 (22%) ont répondu que le protocole ne l'exigeait pas et 189 (73%) que le protocole l'exigeait. Ces chiffres laisseraient à penser que les sages-femmes qui avaient répondu que 100% des femmes qui avaient eu une RAPE auraient un monitoring continu au moment de l'accouchement pensaient aussi que ceci correspondait au protocole de leur établissement, mais seulement 152/180 (81%) des sages-femmes qui ont indiqué que cette pratique correspondait au protocole de la maternité ont répondu que 100% auraient un monitoring continu. Le pourcentage identifié par les 36 sages-femmes qui ont indiqué un protocole de monitoring continu mais pas une pratique de 100% a varié entre 80% et 99%.

Les répondants ont estimé qu'une moyenne de 77% des femmes qui avaient eu une RAPE auraient demandé une péridurale. Ce pourcentage est pratiquement semblable à celui des femmes dont le travail n'avait pas eu d'intervention (75%), alors que les études sur la comparaison du travail avec ou sans intervention avaient démontré une augmentation considérable de la douleur (Brisson-Carroll et al., 1996b, Fraser et al., 2000).

La question suivante demandait aux sages-femmes d'estimer la proportion de femmes dont le fœtus aurait une oxygénation normale, ou une hypoxie intra-utérine modérée ou sévère si la mère avait eu une RAPE. Les résultats ont indiqué une moyenne de 79% d'oxygénation normale, 16% d'hypoxie modérée et 5% d'hypoxie sévère. Les répondants ont estimé qu'en moyenne 16% des femmes qui avaient eu une RAPE auraient un liquide amniotique teinté.

Les répondants ont estimé que la distribution des types d'accouchement pour travail avec RAPE serait pratiquement identique à la distribution des accouchements pour les femmes dont le travail avait évolué sans intervention : accouchement spontané 79,1%, forceps/ventouse 13,7% et césarienne en urgence 7,21% respectivement.

Travail avec péridurale

Pour le troisième scénario - travail avec péridurale - les sages-femmes ont estimé qu'en moyenne 90% des femmes auraient accouché endéans 12 heures, et que 95% femmes qui avaient une péridurale auraient un monitoring continu ; pour 241/254 sages-femmes, ce chiffre était 100%. Seulement deux sages-femmes sur les 257 qui ont répondu à cette question ont indiqué que le monitoring continu n'était pas recommandé par leur maternité ; trois ne connaissaient pas leur protocole et 252 (99%) ont indiqué que le monitoring continu était recommandé par leur maternité après le placement d'une péridurale.

En moyenne, les sages-femmes ont indiqué 78% d'oxygénation fœtale normale, 17% d'hypoxie modérée et 5% d'hypoxie sévère, avec en moyenne 16% de liquide amniotique méconial.

En moyenne, 75% des femmes qui auraient eu une péridurale auraient aussi accouché spontanément, 18% auraient eu un forceps ou une ventouse et 7% une césarienne en urgence.

France, Belgique et Grande Bretagne

Cette étude constitue le troisième volet d'une étude sur la perception du risque intrapartal par la sage-femme. Le premier volet a été entrepris en Grande Bretagne, dans le contexte d'un doctorat (Mead, 2001). Le deuxième et le troisième volet ont été entrepris en Belgique (Flandres) et en France (Nord Est) dans le cadre d'invitation de participer à un congrès de sages-femmes. En Belgique, les participantes ont été des sages-femmes et des étudiantes sages-femmes alors qu'en Grande Bretagne et en France, seules les sages-femmes ont été invitées à répondre au questionnaire. L'outil de collecte de données utilisé en Belgique et en France a été un questionnaire simplifié du questionnaire qui avait été utilisé en Grande Bretagne, mais auquel une section supplémentaire sur le nombre de femmes dont la sage-femme avait assuré la surveillance intrapartale et l'accouchement pendant la période de deux mois précédant l'enquête. Cette section avait été ajoutée pour examiner le degré de responsabilité de la sage-femme pendant le travail et au moment de l'accouchement. Elle a démontré

que les sages-femmes françaises étaient à même de prodiguer une surveillance continue qui allait de la phase de dilatation à la phase d'expulsion, alors que ceci n'est souvent pas encore le cas pour leurs collègues belges (Mead et al., 2006). Bien que la situation belge évolue quelque peu, ces résultats confirment les résultats de l'enquête qui avait été entreprise au début des années 90 pour examiner le degré d'adhérence aux directives européennes sur les activités de la sage-femme (European Midwives Liaison Committee, 1996).

Par ailleurs les questions posées sur la pratique des sages-femmes au moment de l'admission et pendant la phase de dilatation ont démontré des variations importantes entre les trois pays. Les résultats des sages-femmes anglaises réfèrent uniquement aux informations qu'elles avaient données quant à leur pratique propre et non à celle de leurs collègues.

Les différences entre les trois pays pour les observations au moment de l'admission démontrent que les sages-femmes britanniques entreprennent les observations maternelles à l'admission des femmes en travail spontané un peu plus souvent que les sages-femmes françaises, et que les sages-femmes flamandes le font beaucoup moins souvent que leurs collègues françaises ou britanniques, mais les sages-femmes britanniques ont reporté une utilisation moins importante du monitoring fœtal à l'admission que leurs collègues belges ou françaises (voir Table 6). Pendant le travail ces différences ont été maintenues (voir Table 7).

Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1996) sur les soins liés à l'accouchement normal sont pourtant formelles et basées sur évidence :

Prendre la température toutes les 4 heures, conformément au partogramme de l'OMS, car toute élévation de la température peut être un signe avant-coureur d'infection et peut donc permettre un traitement précoce, spécialement en cas de travail prolongé et de rupture des membranes; une septicémie peut ainsi être évitée. Il peut parfois s'agir d'un signe de déshydratation. Mesurer la tension artérielle également toutes les 4 heures est un geste important pour contrôler le bien-être de la mère. Une élévation soudaine de la tension artérielle peut

indiquer la nécessité d'accélérer l'accouchement ou de transférer la femme vers un niveau de soins supérieur. (OMS, 1996, p9).

La question de savoir si les sages-femmes offraient le rasage de la vulve ou un lavement n'a pas été explorée dans cette étude. Le questionnaire initial avait été basé sur la sage-femme en Grande Bretagne où ces pratiques ont été abandonnées depuis 10 ou 15 ans à la suite de publications scientifiques qui avaient identifié que le rasage en particulier était associé à un risque d'infection plus important. Des conversations avec des sages-femmes belges suggèrent que ces pratiques sont encore courantes en Belgique, mais elles n'ont pas été explorées avec les sages-femmes françaises. Les recommandations de l'OMS basées sur évidence sont pourtant claires :

Les lavements sont encore largement utilisés parce qu'ils sont censés stimuler les contractions utérines et parce qu'un intestin vide facilite la descente de la tête. Les lavements sont aussi censés réduire le risque de contamination et donc l'infection de la mère et de l'enfant. Ils sont toutefois désagréables et comportent un certain risque de lésion de l'intestin. Bien que certaines femmes demandent un lavement, nombre d'entre elles les trouvent gênants. Deux essais contrôlés randomisés (Romney & Gordon 1981, Drayton & Rees 1984) ont constaté qu'un lavement ne modifiait pas le taux des souillures fécales pendant le premier stade du travail mais le réduisait pendant l'accouchement. Sans lavement, les souillures sont le plus souvent légères et plus faciles à éliminer que les souillures consécutives à un lavement. Aucun effet n'a été décelé sur la durée du travail ou sur les infections néonatales ou les infections de la blessure périnéale.

Le rasage du pubis (Johnston & Sidall 1922, Kantor et al. 1965) est censé réduire les infections et faciliter la suture mais cela n'est pas prouvé. Les femmes sont gênées lorsque les poils repoussent et le risque d'infection n'est pas réduit. Le rasage systématique pourrait même accroître le risque d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite, pour le dispensateur de soins et pour la femme (OMS, 1996, p9-10).

La question sur la nutrition de la mère pendant le travail a aussi mis en évidence des différences de pratique entre les trois pays. Aucune sage-femme britannique n'a

indiqué qu'elle laisserait une femme en travail à jeun alors que près de 60% des répondants françaises ont identifié cette pratique, et un quart supplémentaire n'encourageait que l'eau claire. Les sages-femmes belges, bien que plus conservatrices que leurs collègues britanniques, étaient cependant beaucoup plus libérales que leurs collègues françaises (voir Table 8). Pourtant les recommandations de l'OMS sont formelles :

On peut dire sans risque d'erreur que pour l'accouchement normal à faible risque, quel que soit le cadre, il n'est pas nécessaire d'interdire la consommation d'aliments. » (OMS, 1996, p. 11).

Les sages-femmes françaises et belges ont répondu de façon très semblable aux questions sur la régularité du toucher vaginal pendant le travail. La majorité des sages-femmes ont identifié qu'elles feraient un toucher vaginal seulement si nécessaire plutôt que selon un protocole déterminé, mais les intervalles identifiées ont démontré des différences importantes entre les sages-femmes françaises et belges, et leurs collègues britanniques. Les différences entre la France et la Belgique ne sont pas aussi significatives que les différences avec la Grande Bretagne où le toucher vaginal toutes les quatre heures a été pratiqué depuis de nombreuses années et est accepté comme pratique normale. Les sages-femmes des dix des onze maternités qui avaient été utilisées pour l'étude en Grande Bretagne avaient opté pour le toucher vaginal toutes les quatre heures et une maternité avait un protocole de toucher vaginal toutes les deux heures. Il est intéressant de noter que le choix du toucher vaginal régulier ou si et quand nécessaire, le toucher vaginal est beaucoup plus fréquent en France et en Belgique et pour la majorité des femmes un toucher est effectué au moins toutes les deux heures.

La surveillance de la santé fœtale au moment de l'admission et pendant la phase de dilatation varie aussi entre les trois pays (voir Table 10). Les réponses des sages-femmes des différents pays démontrent une attitude beaucoup plus médicalisée en France qu'en Belgique et en Grande Bretagne. Par contre, le niveau des observations maternelles à l'admission et pendant la phase de dilatation par les sages-femmes belges n'atteint pas les normes minimales identifiées par l'OMS (1996) et ceci pourrait représenter un danger pour les femmes suivies par ces sages-femmes.

La comparaison de la perception de risque au moment de l'admission et pendant la phase de dilatation et d'expulsion démontre aussi des différences intéressantes entre les trois pays pour les risques maternels et pour la plupart des risques fœtaux. La perception du poids du nouveau-né a été perçue correctement en Grande Bretagne et en Belgique, compte tenu des résultats disponibles (Mead, 2001, Cammu et al., 2005). Pour la Grande Bretagne, les réponses des sages-femmes sont indiquées pour les maternités à moindre ou plus importante intervention (Tables 11-14).

Discussion et conclusions

Une invitation à participer à un congrès national des sages-femmes françaises fut acceptée sur base de la possibilité d'entreprendre cette enquête et de répliquer les enquêtes déjà réalisées en Belgique et en Grande Bretagne. L'absence de financement a mené au développement d'une enquête basée sur un échantillon de convenance, c'est-à-dire l'utilisation de l'Alsace et de la Lorraine, plutôt que de l'ensemble des sages-femmes françaises. Il est fort possible que certaines caractéristiques soient particulières à ces sages-femmes, mais il est probable que ceci n'affecte qu'un aspect mineur de leur pratique. Il est donc probable, compte tenu de modification légère, que les réponses de ces sages-femmes puissent être représentatives de la pratique générale des sages-femmes françaises.

L'analyse des informations données par ces sages-femmes démontrent une médicalisation importante de certains aspects du travail, et en particulier l'utilisation pratiquement systématique du monitoring électronique à l'admission, et du monitoring continue pour la surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, et la nutrition pendant le travail - à jeun ou eau claire uniquement. Ces pratiques sont sensiblement différentes de celles des sages-femmes belges et britanniques. Par ailleurs, la sage-femme française ne notifie pas un médecin de l'arrivée d'une parturiente en bloc accouchement et, en ce sens, démontre un niveau d'autonomie professionnelle supérieur à celui de ces collègues belges. Ce niveau d'autonomie de fait n'est pourtant pas suivi par une pratique plus indépendante pendant la phase de dilatation puisque la sage-femme française ne semble pas suivre les recommandations

de l'OMS sur l'utilisation du monitoring électronique, de la nutrition pendant le travail et de la régularité du toucher vaginal (OMS, 1996).

La comparaison des réponses des sages-femmes des trois pays démontrent aussi une influence sociale et culturelle importante, et sans doute une variation significative de la perception du rôle de la sage-femme par les médecins et les femmes et les familles qui utilisent les services de maternité. Les mouvements qui se sont développés depuis quelques années, par exemple le Collectif Interassociatif Autour De La Naissance (CIANE - <http://ciane.info/>), s'informent sur les études qui sont publiées et qui devraient avoir une influence sur le développement des services de santé. Ils vont sans doute avoir un effet important sur le développement des services de maternité français dans les années à venir. Dans le cadre de la nouvelle philosophie de la médecine basée sur évidence, l'avis des patients est perçu comme étant très important. Il est important que les sages-femmes et leurs collègues du corps médical se préparent dès à présent à répondre aux demandes de ces groupes. L'amélioration de la qualité de la perception du risque intrapartal serait une des étapes qui pourraient aider les sages-femmes à faire face à ces nouvelles demandes en connaissance de cause.

Cette étude fait maintenant partie d'un volet européen plus vaste parce qu'elle a suivi l'enquête faite en Grande Bretagne et en Belgique, mais a maintenant été suivie par une enquête dans les pays nordiques, ainsi qu'en Allemagne et au Luxembourg.

Références

- Blondel, B., Supernant, K., du Mazaubrun, C. and Bréart, G. (2005) Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des femmes, INSERM - U. 149, Paris.
- Brisson-Carroll, G., Fraser, W., Breart, G., Krauss, I. and Thornton, J. (1996a) The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis, *Obstet Gynecol*, **87**(5 Pt 2), 891-896.
- Brisson-Carroll, G., Fraser, W., Breart, G., Krauss, I. and Thornton, J. (1996b) The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis, *Obstetrics and Gynecology*, **87**(5 Part 2), 891-896.
- Cammu, H., Martens, G., De Coen, K., Van Mol, C. and Defoort, P. (2005) *Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2004*, Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie, Brussels.
- European Midwives Liaison Committee (1996) *Activities, responsibilities and independence of midwives within the European Union*, EMLC.
- Fraser, W. D., Turcot, L., Krauss, I. and Brisson-Carroll, G. (2000) Amniotomy for shortening spontaneous labour, *Cochrane Database Syst Rev*, (2), CD000015.
- Lau, T. K., Lo, K. W., Wan, D. and Rogers, M. S. (1997) The implementation of external cephalic version at term for singleton breech presentation--how can we further increase its impact?, *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, **37**(4), 393-396.
- Macchi, L., Osherson, D. and Krantz, D. (1999) A note on superadditive probability judgment, *Psychological Review*, **106**(1), 210-214.
- Mead, M. (2001) *Decision making by midwives involved in the intrapartum care of women suitable for full midwifery care: processes and influences*, University of Hertfordshire, Hatfield.
- Mead, M. (2006) Développement d'un score intrapartal dans la surveillance du travail eutocique des nullipares, *Revue Sage-femme*, **5**(2), 67-78.
- Mead, M. (2006 submitted) Influence du taux d'intervention intrapartale sur la perception du risque intrapartal par la sage-femme en Grande Bretagne, *Revue Sage-femme*.
- Mead, M., Bogaerts, A. and Reyns, M. (2006) *Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour*, in *The Flanders, Belgium*, Caring for Birth, Ghent, Belgium.
- Mead, M. M. and Kornbrot, D. (2004a) The influence of maternity units' intrapartum intervention rates and midwives' risk perception for women suitable for midwifery-led care, *Midwifery*, **20**(1), 61-71.
- Mead, M. M. and Kornbrot, D. (2004b) An intrapartum intervention scoring system for the comparison of maternity units' intrapartum care of nulliparous women suitable for midwifery-led care, *Midwifery*, **20**(1), 15-26.
- OMS (1996) *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique*, OMS, Genève.
- Tversky, A. and Koehler, D. (1994) Support theory: a nonextensional representation of subjective probability, *Psychological Review*, **101**(4), 547-567.

Table 1 - Années de pratique

	n	%
1 < 1 an	9	3.4
2 1 à 2 ans	33	12.5
3 3 à 5 ans	48	18.3
4 6 à 10 ans	53	20.2
5 11 à 20 ans	62	23.6
6 >20 ans	58	22.1
Total	263	100.0
Manquant	7	
Total	270	

Table 2 - Observations à l'admission - différences entre sages-femmes qui ont \leq et $>$ 5 ans d'expérience professionnelle

	Observation faite n (%)	Différence entre \leq 5 ans et $>$ 5ans
Température	245/263 (93)	96% vs. 92% - $\chi^2 = 1,290$ ($p = 0,256$)
Pouls	255/263 (94)	99% vs. 96% - $\chi^2 = 1,768$ ($p = 0,184$)
Tension artérielle	263/263 (100)	-
Protéinurie	217/263 (83)	74% vs. 87% - $\chi^2 = 6,659$ ($p = 0,010$)
Glycosurie	203/263 (77)	67% vs. 82% - $\chi^2 = 7,272$ ($p = 0,007$)
Acétonurie	130/263 (49)	33% vs. 55% - $\chi^2 = 6,605$ ($p = 0,010$)

Table 3 - Auscultation foetale à l'admission

	Fréquence	Pourcentage
Stéthoscope foetal	2	0.8
Monitoring 20 min	8	3.0
Monitoring 30 min	142	54.0
Monitoring 40 min	28	10.6
Monitoring 60 min	53	20.2
Stéthoscope/Sonicaid + Monitoring	30	11.4
Total	263	100.0

Table 4 - Observations pendant la phase de dilatation

	Observation faite n (%)
T° - membranes intactes	72/248 (29)
T° - rupture spontanée des membranes.	177/248 (71)
T° - rupture artificielle des membranes	127/248 (51)
Pouls	201/241 (81)
Tension artérielle	227/248 (91)
Protéinurie	14/248 (6)
Glycosurie	10/248 (4)
Acétonurie	7/248 (3)

Table 5 - Nutrition pendant le travail

	Fréquence	Pourcentage
A jeun	157	58.4
Uniquement eau	68	25.3
Liquides clairs	13	4.8
Thé ou café	8	3.0
Tous liquides	9	3.3
Snack	2	0.7
Repas léger	11	4.1
Repas normal	1	0.4
Total	269	100.0

Table 6 - Observations à l'admission, par pays (%)

Observations	France	Belgique	Grande Bretagne
Température	93	51	96
Pouls	94	59	100
Tension artérielle	100	98	100
Protéinurie	83	52	90
Glycosurie	77	34	81
Acétonurie	49	13	74
Monitoring fœtal	99	89	73

Table 7 - Observations pendant le travail, par pays (%)

	France	Belgique	Grande Bretagne
T° - membranes intactes	29	6	75
T° - rupture spontanée des membranes.	71	51	95
T° - rupture artificielle des membranes	51	45	94
Pouls	81	19	97
Tension artérielle	91	59	97
Protéinurie	6	3	64
Glucosurie	4	2	56
Acétonurie	3	2	74

Table 8 - Nutrition pendant le travail, par pays (%)

	France	Belgique	Grande Bretagne
1 A jeun	58.4	2.4	0.0
2 Uniquement eau	25.3	37.8	6.3
3 Liquides clairs	4.8	3.9	7.1
4 Thé ou café	3.0	6.3	3.5
5 Tous liquides	3.3	11.8	2.4
6 Snack	0.7	22.8	44.5
7 Repas léger	4.1	11.0	28.0
8 Repas normal	0.4	3.9	8.3

Table 10 - Monitoring fœtal à l'admission et pendant le travail, par pays (%)

	France	Belgique	Grande Bretagne
Admission	99,8	88,5	72,9
Phase de dilatation			
Monitoring intermittent	43,7	76,0	57,5
Monitoring continu	55,6	2,4	2,8

Table 11 - Perception de risque maternel à l'admission - % par pays

Observation	France	Belgique	Grande Bretagne	
			Intervention -	Intervention +
Température < 37°5C	91	82	93	92
Pouls - 60-100bpm	89	85	94	92
Diastolique < 90mmHg	85	83	87	87
Protéinurie	19	19	11	11
Acétonurie	15	12	17	16
Informé un médecin	19	80	pas demandé	
Présentation céphalique	93	90	94,7	92,7
Présentation du siège	6	8	4,8	5,4
Présentation transverse	1	2	1,5	1,9
Tête engagée	29	69	82	80
NN pesant 3 à 4 kg	72	71	75	75
NN pesant < 3kg	18	17	15	15
NN pesant > 4 kg	10	12	10	10
CTG normal	82	79	83	82
CTG légèrement anormal	13	17	13	13
CTG pathologique	5	5	4	5
Méconium	11	9	10	14

Table 12 - Perception du risque intrapartal - pas d'intervention - % par pays

Observation	France	Belgique	Grande Bretagne	
			Intervention -	Intervention +
Accouchement < 12h	85	77	66	63
CTG continu	100	53	56	60
Oxygénation normale	81	82	82	83
Hypoxie légère	14	13	13	12
Hypoxie sévère	5	4	5	5
Méconium	15	12	16	18
Demande péridurale	75	63	46	61
Acc. spontané	80	81	72	66
Forceps/ventouse	13	14	16	22
Césarienne en urgence	7	5	12	12

Table 13 - Perception du risque intrapartal - RAPE - % par pays

Observation	France	Belgique	Grande Bretagne	
			Intervention -	Intervention +
Accouchement < 12h	91	83	76	68
CTG continu	100	56	53	60
Oxygénation normale	79	78	78	79
Hypoxie légère	16	16	15	15
Hypoxie sévère	5	5	7	6
Méconium	16	14	19	19
Demande péridurale	77	69	50	65
Acc. spontané	79	78	71	64
Forceps/ventouse	14	16	17	23
Césarienne en urgence	7	6	12	13

Table 14 - Perception du risque intrapartal - Péridurale - % par pays

Observation	France	Belgique	Grande Bretagne	
			Intervention -	Intervention +
Accouchement < 12h	90	83	59	54
CTG continu	100	90	91	82
Oxygénation normale	78	75	78	77
Hypoxie légère	17	19	16	17
Hypoxie sévère	5	6	6	6
Méconium	16	14	19	21
Acc. spontané	75	69	57	51
Forceps/ventouse	18	23	29	34
Césarienne en urgence	7	8	14	15