

2022-2025

Diplôme d'État de sage-femme

**PRISE EN CHARGE DE LA STAGNATION
DE LA DILATATION AU COURS DU
TRAVAIL SPONTANE PAR LA SAGE-
FEMME EN SALLE DE NAISSANCE**

*Evaluation de pratique professionnelle
des sages-femmes exerçant en Pays-de-la-
Loire, du 22/09/2024 au 30/11/2024*

LOUISE ALIX

Sous la direction de **Madame CHOUTEAU Laure**
Sage-femme clinicienne à la maternité du CHU d'Angers

Avec la co-direction de **Madame PIERROT Béatrice**
Sage-femme enseignante à l'école René Rouchy d'Angers

Jury

Madame NETIER-HERAULT Elodie

Monsieur LEGENDRE Guillaume

Madame ROSSARD Yolande

Madame LE VIGUENESSE Alexandra

Soutenu publiquement le 24/04/2025

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiants : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je soussignée, Louise ALIX,

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiante le 18/03/2025

Louise ALIX

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Laure Chouteau et Béatrice Pierrot qui ont accepté de co-diriger ce mémoire, pour leur disponibilité et leur patience qui m'ont permis de mener à bien ce projet de recherche.

Mes remerciements vont ensuite au Réseau Sécurité Naissance ainsi qu'au Conseil Départemental des sages-femmes du 49 qui ont accepté de diffuser le questionnaire d'étude.

Merci à toutes les sages-femmes qui ont donné de leur temps pour participer à mon étude et sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme d'Angers qui nous a accompagnées durant ces quatre années.

A Pascale Tripoteau et Elisabeth Caussidière qui ont fait naître en moi le désir de devenir sage-femme.

A mes amies de promotion, Jadou, May, Auré et Nanou, pour tous les moments passés ensemble, pour ce soutien mutuel et cette amitié qui nous a menées jusqu'au diplôme.

A mes parents et à mes frères et sœurs, qui ont toujours cru en moi et ont été un soutien indéfectible dans ce parcours depuis que le métier de sage-femme est devenu pour moi une vocation.

A Hugues, mon fiancé, qui depuis la première année a mis sa confiance dans ma capacité à réussir et qui a été à mes côtés, irremplaçable dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

LISTE DES ABREVIATIONS

APD :	Analgesie péridurale
CD49 :	Conseil départemental des sages-femmes du Maine-et-Loire
DE :	Diplôme d'état
DIU :	Diplôme inter-universitaire
GO :	Gynécologue-Obstétricien
HAS :	Haute autorité de santé
OCB :	Opération césarienne basse
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PDE :	Poche des eaux
PEC :	Prise en charge
RAPDE :	Rupture artificielle de la poche des eaux
RPC :	Recommandations de pratique clinique
RSN :	Réseau Sécurité Naissance
SDN :	Salle de naissance
SF :	Sage-femme
TV :	Toucher vaginal

SOMMAIRE

Avertissement	3
Engagement de non-plagiat	4
Remerciements	5
Liste des abréviations.....	6
Sommaire.....	7
Introduction.....	8
Matériel et méthode.....	10
1. Schéma de l'étude	10
2. Matériel	10
3. Méthode	10
Résultats	12
1. Flow chart.....	12
2. Caractéristiques générales de la population.....	13
3. Pratiques cliniques des sages-femmes en cas de stagnation de la dilatation	14
4. Connaissances des RPC de la HAS par les sages-femmes.....	21
5. Formation à des méthodes complémentaires.....	23
Discussion	25
1. Principaux résultats	25
2. Biais et limites de l'étude.....	25
3. Forces de l'étude	26
4. Explications des résultats et comparaison avec les données de la littérature	27
5. Perspectives de l'étude.....	29
Conclusion	30
Bibliographie.....	32
Annexes	34
Annexe 1 : Lettre d'information	34
Annexe 2 : Questionnaire de l'étude.....	35
Annexe 2 : Demande d'aide au RSN.....	44
Annexe 3 : Avis du RSN.....	44
Abstract	46
Résumé.....	46

INTRODUCTION

Le terme de dystocie vient du grec « *dus* » difficulté et « *tokos* » accouchement. La dystocie se définit donc par l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au déroulement normal du processus de l'accouchement (1).

La stagnation cervicale est un type de dystocie qui se définit par le ralentissement franc voire l'arrêt de la dilatation du col de l'utérus (2). On parle de stagnation lorsque la vitesse de dilatation est inférieure à 1cm/4h en début de phase active (entre 5 et 7 cm) ou inférieure à 1cm/2h entre 7cm et dilatation complète. Il s'agit d'une dystocie de type dynamique, et ne peut être diagnostiquée qu'à partir du début de la phase active. En effet durant la phase de latence (avant 5cm de dilatation cervicale) il y a un risque de confusion entre la dystocie dynamique vraie et la dystocie de démarrage. La HAS souligne à ce propos que la phase de la latence n'a pas de durée déterminée (3) (4).

Les étiologies connues de la stagnation de la dilatation se distinguent en deux types : d'un côté les dystocies d'origine fonctionnelle (hypocinésies, présentation fœtale haute ou postérieure ne sollicitant donc pas le col, RAPDE trop précoce sur un col non effacé), et de l'autre les dystocies d'origine anatomique (cicatrice de conisation, fibrome cervical, obésité maternelle, syndrome de Schickele) (5) (6).

Cette dystocie est mise en évidence par le partogramme. L'OMS décrit le partogramme comme « l'enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ». L'objectif du partogramme est de dépister les dystocies dynamiques, et constitue l'un des principaux outils de suivi du travail utilisé par la sage-femme en salle de naissance (7) (8).

D'après l'enquête nationale périnatale de 2021, 2199/7331 (30,6%) des femmes en travail spontané à bas risque obstétrical ont reçu de l'ocytocine en cours de travail (9). Or la dystocie dynamique est l'indication principale de l'administration d'ocytocine en cours de travail, il s'agit donc d'une situation récurrente en salle de naissance, et les sages-femmes la rencontrent régulièrement (10).

La stagnation de la dilatation représente par ailleurs 18% des indications de césarienne en France, or la morbidité et la mortalité maternelle et fœtale est plus élevée pour les accouchements par césarienne que pour les accouchements par voie basse (11) (12). Une étude australienne a montré que le risque de rupture utérine est douze fois plus élevé en cas d'antécédent de césarienne (13). Par ailleurs, le CNGOF conclut dans un résumé des principales données épidémiologiques que le risque de détresse respiratoire est deux à trois fois plus élevé chez un nouveau-né étant né par césarienne (14).

La HAS décrit dans les RPC de 2017 différentes interventions médicamenteuses et non médicamenteuses que la sage-femme en salle de naissance peut réaliser, favorisant le bon déroulement du travail, et ce dès le début de la phase active. En cas de stagnation de la dilatation, ces interventions doivent être réalisées. Il est recommandé de proposer en première intention une amniotomie (intervention non médicamenteuse) si les membranes sont intactes, ou bien une administration d'ocytocine de synthèse (intervention médicamenteuse) si les membranes sont déjà rompues et les contractions utérines jugées insuffisantes (2).

Il est également possible d'avoir recours à d'autres interventions non médicamenteuses, et ce, d'ailleurs, qu'il y ait une stagnation de la dilatation ou non. Il est recommandé :

- *« Que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande, au cours du travail et de l'accouchement (grade A)*
- *De mettre en œuvre les moyens humains et matériels nécessaires permettant aux femmes de changer régulièrement de position afin d'améliorer leur confort et de prévenir les complications neurologiques posturales » (2)*

Parmi les interventions non médicamenteuses, nous retrouvons les différentes postures que peut adopter la parturiente, l'accompagnement à créer l'ambiance souhaitée par la patiente (lumière tamisée, musique, etc.), ainsi que les techniques d'acupuncture, d'hypnose, de sophrologie, de massages, l'ostéopathie, mais aussi l'accompagnement psychologique (écoute, réassurance) (2). Si les interventions non médicamenteuses sont de faible niveau de preuve, elles ne semblent pas avoir d'effets délétères ni sur la mère ni sur l'enfant. L'accompagnement des femmes par les interventions non médicamenteuses est souhaitable, tant que celles-ci restent en adéquation avec la surveillance materno-fœtale (3).

La diversité de ces méthodes non médicamenteuses, complémentaires aux interventions médicamenteuses recommandées par la HAS, nous amène à nous interroger sur la diversité ou l'harmonie des prises en charge des patientes présentant une stagnation cervicale par les sages-femmes en salle de naissance.

L'objectif principal de notre étude était de décrire la prise en charge des patientes présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané par les sages-femmes des Pays-de-la-Loire.

L'objectif secondaire était d'évaluer les connaissances des sages-femmes sur les RPC de la HAS de 2017.

MATERIEL ET METHODE

1. SCHEMA DE L'ETUDE

Évaluation de pratique professionnelle de la prise en charge de la stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané par toutes les sages-femmes travaillant en salle de naissance en Pays-de-la-Loire.

Le recueil des données a été effectué sur la période du 22 septembre 2024 au 30 novembre 2024.

2. MATERIEL

Les critères d'inclusion étaient :

- Être sage-femme
- Travailler en Pays-de-la-Loire
- Exercer en salle de naissance

Le critère de non-inclusion était :

- Les sages-femmes n'ayant pas exercé en salle de naissance au cours des six mois précédant l'étude

Le critère d'exclusion était :

- Les sages-femmes ayant répondu à moins de 50% du questionnaire

3. METHODE

3.1 Questionnaire

Le questionnaire comportait 67 questions fermées, organisées en 5 groupes de questions :

- Le premier, d'informations générales, comportait 8 questions, dont le critère de non-inclusion qui renvoyait le participant à la fin du questionnaire.
- Le deuxième, sur les pratiques cliniques en cas de stagnation de la dilatation comportait 36 questions.
- Le troisième, sur les connaissances des RPC pour la PEC de la stagnation de la dilatation, comportait 8 questions.
- Le quatrième, sur les formations des sages-femmes à des méthodes complémentaires applicables à la PEC de la stagnation de la dilatation, comportait 10 questions.
- Le cinquième, sur les expériences professionnelles des sages-femmes pour la PEC de la stagnation de la dilatation, comportait 5 questions.

Certaines questions s'affichaient ou non selon la réponse à la question précédente, par un système de saut conditionnel.

Nous avons réalisé un pré-test auprès de trois sages-femmes exerçant hors Pays-de-la-Loire. Ce pré-test a donné lieu aux modifications suivantes :

- L'option de la vidange vésicale a été ajoutée parmi les possibilités d'interventions non médicamenteuses en première, deuxième, troisième et quatrième intention.
- Une note a été ajoutée dans la lettre d'information afin de préciser que les questions se rapportaient à la pratique générale des sages-femmes, et non à des cas cliniques particuliers.

3.2 Recueil des données

Les données ont été recueillies via un questionnaire Lime Survey qui a été diffusé par trois canaux différents :

- Le RSN a été sollicité le 22 septembre 2024 et, après accord du conseil scientifique, a envoyé le questionnaire à toutes les cadres de salle de naissance des Pays-de-la-Loire le 16 octobre 2024 et a réalisé une relance 1 mois après le premier envoi.
- Le CD49 a également été sollicité pour réaliser un premier envoi le 23 septembre 2024 ainsi qu'une relance le 28 octobre 2024.
- Nous avons contacté individuellement par courriel toutes les cadres de salle de naissance des Pays-de-la-Loire via un annuaire fourni par l'école de sages-femmes avec une première diffusion le 22 septembre 2024 puis 2 relances le 23 octobre 2024 ainsi que le 20 novembre 2024.

Le questionnaire a été clôturé le 30 novembre 2024.

3.3 Analyse des données

L'ensemble des données recueillies ont été extraites du logiciel Lime Survey® sous la forme d'un tableau Excel®. L'analyse des données a été réalisée à partir de tableaux croisés dynamiques.

Pour l'évaluation des connaissances, nous avons attribué la note de 1 pour chaque réponse correcte et la note de 0 pour chaque réponse fausse. Cette partie du questionnaire comportait 7 questions, nous avons donc rapporté la note totale de chaque participant sur 10. Deux calculs de moyenne ont été effectués (l'un sur 6 questions et l'autre sur 7 questions), car l'une des questions fait appel à un consensus et la réponse n'est pas établie par les RPC de la HAS de 2017.

Les données qualitatives et quantitatives ont été analysées en pourcentage ou en moyenne $\pm$ écart-type. Un test de χ^2 (ou de Fisher pour les effectifs faibles) a été utilisés pour les variables qualitatives et un test de Student pour les variables quantitatives. Un risque alpha inférieur à 5% était considéré comme significatif.

3.4 Aspects réglementaires

Le recueil des données a été réalisé en conservant l'anonymat des participants dès le remplissage du questionnaire dans lequel aucune information identifiante n'était demandée.

De plus, notre étude étant une évaluation des pratiques professionnelles, la sollicitation du Comité d'Ethique ou du Comité de Protection des Personnes n'était pas nécessaire.

RESULTATS

1. FLOW CHART

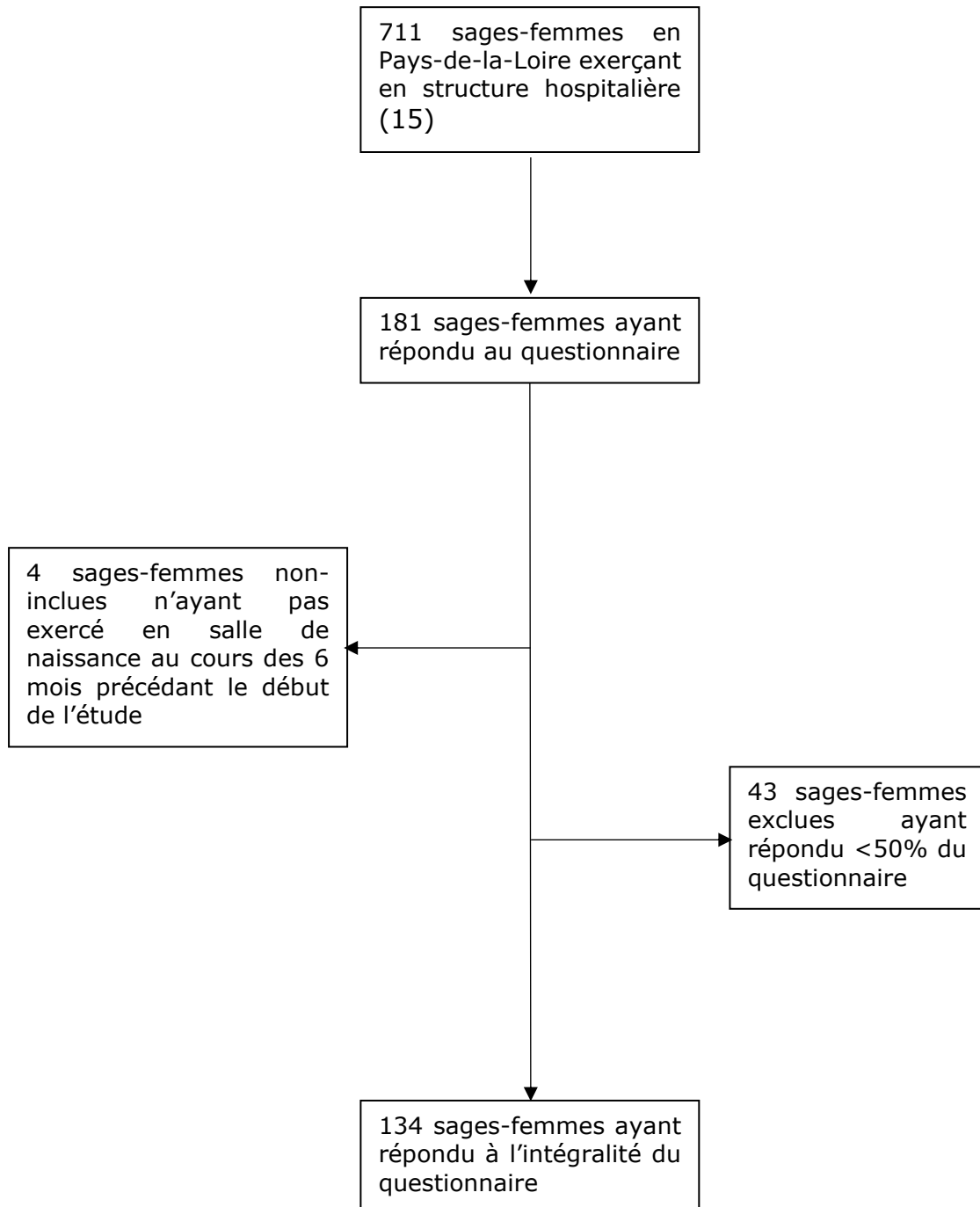


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude « Prise en charge de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané par la sage-femme en salle de naissance ».

Le taux de participation était de 25,46%.

2. CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION

Tableau 1 : Caractéristiques de la population pour l'étude « Prise en charge de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané par la sage-femme en salle de naissance ».

	N=134	%
Sexe		
Hommes	3	2,20
Femmes	131	97,80
Age (années)		
18-29	42	31,34
30-39	51	38,06
40-49	31	23,13
50-59	9	6,72
60 ou plus	1	0,75
Diplôme		
France	128	95,52
Etranger	6	4,48
Ancienneté du diplôme (années)		
<1	5	3,73
1-5	35	26,12
6-10	29	21,64
11-20	36	26,87
21-30	25	18,66
>30	4	2,99
Type de maternité		
Publique I	27	20,15
Publique IIa	17	12,69
Publique IIb	45	33,58
Publique III	38	28,36
Privée I	1	0,75
Privée IIa	4	2,99
Privée IIb	1	0,75
Privée III	1	0,75
Fréquence PEC stagnation de la dilatation		
≥1/20 gardes	2	1,49
~1/10 gardes	40	29,85
~1/2 gardes	19	14,18
~1/20 gardes	11	8,21
~1/5 gardes	60	44,78
<1/20 gardes	2	1,49

La moyenne d'âge de la population était de 34,94 ans ($\pm 9,73$).

La moyenne d'ancienneté de diplôme était de 12,57 ans ($\pm 9,27$).

Parmi les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme en France, 51/128 (30,84%) étaient diplômées de l'école René Rouchy d'Angers et 33/128 (25,78%) étaient diplômées de l'école de Nantes.

Parmi les sages-femmes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger, 5/6 (83,33%) étaient diplômées de Belgique et 1/6 (16,67%) était diplômée d'Allemagne.

3. PRATIQUES CLINIQUES DES SAGES-FEMMES EN CAS DE STAGNATION DE LA DILATATION

Tableau 2 : Pratiques cliniques des sages-femmes en cas de stagnation de la dilatation lors de la phase active du travail spontané.

	N	%
Fréquence TV si diagnostic stagnation	134	
Toutes les 1h	84	62,69
Toutes les 2h	32	23,88
Toutes les 3h	1	0,75
Autre	17	12,69
TRAITEMENT DE 1^{ère} INTENTION EN CAS DE STAGNATION DE LA DILATATION		
Méthode médicamenteuse	4	2,99
Introduction d'ocytocine	3	75,00
Phloroglucinol	0	0,00
Gluconate de calcium ou homéopathie	0	0,00
APD	0	0,00
Autre : non précisé	1	25,00
Méthode non médicamenteuse	130	97,01
Posturation/mobilisation	38	29,23
Acupuncture	4	3,08
Hypnose	0	0,00
Relaxation/sophrologie	0	0,00
Ostéopathie	0	0,00
Massages	0	0,00
Rupture artificielle de la poche des eaux	79	60,77
Vidange vésicale	3	2,31
Autre	6	4,62
Si choix ocytocine : attente avant 1^{ère} intervention 5-7 cm	3	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	1	33,33
J'attends 1h	0	0,00
J'attends 2h	2	66,67
J'attends davantage	0	0,00
Si choix ocytocine : attente avant 1^{ère} intervention 8-10 cm	3	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	1	33,33
J'attends 1h	0	0,00
J'attends 2h	2	66,67
J'attends davantage	0	0,00

Si choix RAPDE : attente avant 1^{ère} intervention 5-7 cm	79	
Je n'attends pas et romps tout de suite la PDE	44	55,70
J'attends 1h	23	29,11
J'attends 2h	8	10,13
J'attends davantage	0	0,00
Autre	4	5,06
Si choix RAPDE : attente avant 1^{ère} intervention 8-10 cm	79	
Je n'attends pas et romps tout de suite la PDE	56	70,89
J'attends 1h	18	22,78
J'attends 2h	4	5,06
J'attends davantage	0	0,00
Autre : 30 min	1	1,27
Raisons première intention*	134	
Plus efficace d'après l'expérience	86	64,18
Suivi des RPC de la HAS	37	27,61
Suivi du protocole de service	26	19,40
Pas ou peu invasive	53	39,55
Autre	4	2,99
TRAITEMENT DE 2^e INTENTION EN CAS DE STAGNATION DE LA DILATATION		
Méthode médicamenteuse	63	47,02
Introduction d'ocytocine	56	88,89
Phloroglucinol	3	4,76
Gluconate de calcium ou homéopathie : homéopathie	1	1,59
APD	0	0,00
Autre : Phloroglucinol+ Magnésium	3	4,76
Méthode non médicamenteuse	71	52,98
Posturation/mobilisation	20	28,17
Acupuncture	2	2,82
Hypnose	1	1,41
Relaxation/sophrologie	0	0,00
Ostéopathie	0	0,00
Massages	0	0,00
Rupture artificielle de la poche des eaux	37	52,11
Vidange vésicale	11	15,49
Si choix ocytocine : attente avant 2^e intention 5-7 cm	54	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	3	5,56
J'attends 1h	24	44,44
J'attends 2h	26	48,15
J'attends davantage	0	0,00
Autre : Selon l'efficacité de la 1 ^e intention	1	1,85
Si choix ocytocine : attente avant 2^e intention 8-10 cm	54	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	6	11,11
J'attends 1h	38	70,37
J'attends 2h	10	18,52
J'attends davantage	0	0,00

Si choix RAPDE : attente avant 2^e intention 5-7 cm	37	
Je n'attends pas et romps tout de suite la PDE	6	16,22
J'attends 1h	19	51,35
J'attends 2h	10	27,03
J'attends davantage	1	2,70
Autre : 30 min	1	2,70
Si choix RAPDE : attente avant 2^e intention 8-10 cm	37	
Je n'attends pas et romps tout de suite la PDE	10	27,03
J'attends 1h	20	54,05
J'attends 2h	4	10,81
J'attends davantage	2	5,41
Autre : 30 min	1	2,70
Raisons deuxième intention*	134	
Plus efficace d'après l'expérience	86	64,18
Suivi des RPC de la HAS	35	26,12
Suivi du protocole de service	32	23,88
Pas ou peu invasive	19	14,18
Autre	5	3,73
TRAITEMENT DE 3^e INTENTION EN CAS DE STAGNATION DE LA DILATATION		
Méthode médicamenteuse	56	41,79
Introduction d'ocytocine	47	83,93
Phloroglucinol	4	7,14
Gluconate de calcium ou homéopathie	0	0,00
APD	4	7,14
Autre : Phloglucinol+magnésium	1	1,79
Méthode non médicamenteuse	55	41,04
Posturation/mobilisation	16	29,09
Acupuncture	9	16,36
Hypnose	0	0,00
Relaxation/sophrologie	0	0,00
Ostéopathie	1	1,82
Massages	0	0,00
Rupture artificielle de la poche des eaux	6	10,91
Vidange vésicale	20	36,36
Autre	3	5,46
Je ne propose pas d'intervention de 3 ^e intention	23	17,16
Si choix ocytocine : attente avant 3^e intention 5-7 cm	47	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	1	2,13
J'attends 1h	27	57,45
J'attends 2h	18	38,30
J'attends davantage	1	2,13
Si choix ocytocine : attente avant 3^e intention 8 et 10 cm	47	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	3	6,38
J'attends 1h	35	76,02
J'attends 2h	8	17,60
J'attends davantage	0	0,00

Si choix RAPDE : attente avant 3^e intention 5-7 cm	6	
Je n'attends pas et romps tout de suite la PDE	0	0,00
J'attends 1h	4	66,67
J'attends 2h	2	33,33
J'attends davantage	0	0,00
Si choix RAPDE : attente avant 3^e intention 8-10 cm	6	
Je n'attends pas et romps tout de suite la PDE	0	0,00
J'attends 1h	5	83,33
J'attends 2h	1	16,67
J'attends davantage	0	0,00
Raisons troisième intention*	111	
Plus efficace d'après l'expérience	91	81,98
Suivi des RPC de la HAS	48	43,24
Suivi du protocole de service	42	37,84
Pas ou peu invasive	50	45,05
Autre	7	6,31
TRAITEMENT DE 4^e INTENTION EN CAS DE STAGNATION DE LA DILATATION		
Méthode médicamenteuse	33	29,73
Introduction d'ocytocine	18	54,55
Phloroglucinol	13	39,39
Gluconate de calcium ou homéopathie	0	0,00
APD	2	6,06
Méthode non médicamenteuse	41	36,94
Posturation/mobilisation	10	24,39
Acupuncture	12	29,27
Hypnose	0	0,00
Relaxation/sophrologie	1	2,44
Ostéopathie	0	0,00
Massages	0	0,00
Rupture artificielle de la poche des eaux	0	0,00
Vidange vésicale	17	41,46
Autre : rien de figé (posturation, vidange vésicale, ...)	1	2,44
Je ne propose pas d'intervention de 4 ^e intention	37	33,33
Si choix ocytocine : attente avant 4^e intention 5-7 cm	18	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	2	11,11
J'attends 1h	11	61,11
J'attends 2h	5	27,78
J'attends davantage	0	0,00
Si choix ocytocine : attente avant 4^e intention 8-10 cm	18	
Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine	3	16,67
J'attends 1h	12	66,67
J'attends 2h	3	16,67
J'attends davantage	0	0,00

Raisons quatrième intention*	74	
Plus efficace d'après l'expérience	43	58,11
Suivi des RPC de la HAS	11	14,86
Suivi du protocole de service	13	17,57
Pas ou peu invasive	20	27,03
Autre	7	9,46
QUESTIONS GENERALES		
Capacité de répondre aux attentes des patientes avec stagnation	99	
Jamais	0	0,00
Occasionnellement	3	3,03
Souvent	82	82,83
Toujours	14	14,14
Motivation pour PEC stagnation de la dilatation	99	
0 à 4	0	0,00
5	2	2,02
6	2	2,02
7	8	8,08
8	22	22,22
9	24	24,24
10	41	41,41
Toujours satisfait (e) après PEC stagnation	99	
Oui	52	52,53
Non	47	47,47
Si non satisfait (e), raison*	99	
Manque de temps	33	33,33
Charge de travail importante	36	36,36
Manque de formation	10	10,10
Manque d'expérience	2	2,02
Autre	4	4,04
Freins identifiés à la qualité de la PEC de la stagnation*	99	
Charge de travail importante	79	79,80
Manque d'expérience clinique	4	4,04
Manque de motivation	3	3,03
Manque de formation spécifique à cette PEC	22	22,22
Manque d'outils proposés par le service de SDN	17	17,17
Autre	12	12,12

**Plusieurs réponses possibles*

Au total, concernant l'intervention de première intention : 79/134 (58,96%) des sages-femmes de l'étude avaient recours à la RAPDE en première intention, 38/134 (28,36%) avaient recours à la posturation/mobilisation, et 3/134 (2,24%) introduisaient l'ocytocine.

Concernant l'intervention de deuxième intention : 56/134 (41,79%) avaient recours à l'ocytocine, 37/134 (27,61%) avaient recours à la RAPDE, et 20/134 (14,92%) avaient recours à la posturation/mobilisation.

Réponses « autre » concernant la fréquence des TV en cas de stagnation :

- 7/134 (5,22%) : « Toutes les 2h de 5 à 7cm et toutes les heures entre 8 et 10 cm »
- 1/134 (0,75%) : « Toutes les heures sous péridurale mais toutes les deux heures sans péridurale »
- 1/134 (0,75%) : « Toutes les deux heures de 5 à 8 cm puis toutes les heures. A la demande de la patiente si elle n'a pas de péridurale. »
- 1/134 (0,75%) : « Ça dépend si elle a une péridurale »
- 1/134 (0,75%) : « Toutes les heures après 6cm »
- 2/134 (1,49%) : « Toutes les 2h jusqu'à 6 cm inclus puis toutes les heures »
- 1/134 (0,75%) : « Toutes les 1h30 »
- 1/134 (0,75%) : « Entre 1h et 2h »
- 1/134 (0,75%) : « Rythme adapté au contexte clinique, sensations, dynamique utérine. Entre 45 min et 3h en fonction des situations »
- 1/134 (0,75%) : « Pas de manière régulière, en fonction de la clinique. Donc entre 45mn et 3h »

Réponses « autre » pour la méthode de 1^{ère} intention :

➔ Concernant le choix de la méthode non médicamenteuse :

- 2/130 (1,54%) : « Acupuncture + posture + vidange vésicale + RAPDE »
- 1/130 (0,77%) : « Cela dépend si elle a une péridurale »
- 1/130 (0,77%) : « Mobilisation > acupuncture > RAPDE > ocytocine »
- 1/130 (0,77%) : « Vidange vésicale + mobilisation ++ »
- Participant 133 : « Posture + mobilisation + RAPDE »

➔ Concernant le temps d'attente entre 5 et 7 cm avant la première intention si choix RAPDE :

- 1/79 (1,27%) : « 4 heures »
- 1/79 (1,27%) : « Si péridurale, je romps la PDE de suite et sans péridurale j'attends 1h et je posture »
- 1/79 (1,27%) : « Tout dépend de la dynamique utérine, de l'analgésie ou non de la patiente et de la hauteur de présentation »
- 1/79 (1,27%) : « J'attends 4h avant 6cm et 2h à partir de 6cm »

➔ Concernant la raison de ce choix d'intention :

- 1/134 (0,75%) : « Je préfère utiliser une méthode non médicamenteuse en premier avec l'accord de la patiente et c'est ce que j'ai appris en stage »
- 1/134 (0,75%) : « J'utilise une méthode médicamenteuse et non médicamenteuse avec l'acupuncture si possible, positionnement etc. les 2 sont complémentaires et je fais les 2 en première intention selon la clinique »
- 1/134 (0,75%) : « Parce que c'est comme cela que j'ai appris »
- 1/134 (0,75%) : « Choix différent en fonction du contexte du dossier »

Réponses « autre » concernant la raison du choix

➔ De la deuxième intention :

- 1/134 (0,75%) : « C'est ce que j'ai appris en stage pendant mes études »

- 1/134 (0,75%) : « Complémentaire des autres interventions. Mécanique obstétricale = mobilisation »
- 1/134 (0,75%) : « Pas de 1^{ère} ou 2^e intention les 2 sont à faire en même temps et dépend de la clinique »
- 1/134 (0,75%) : « En fonction du contexte et de la sensation clinique »
- 1/134 (0,75%) : « Cela dépend de la cause de la stagnation »

➔ De la troisième intention :

- 1/111 (0,90%) : « Je le fais souvent en même temps que la 1^e et 2^e intention »
- 1/111 (0,90%) : « Selon le souhait de la patiente »
- 1/111 (0,90%) : « Ce n'est pas spécialement en 3^e intention, ça dépend de la dernière miction, je propose à la patiente de vider la vessie toutes les 4 à 6h donc ça dépend à quel moment se passe la stagnation »
- 1/111 (0,90%) : « Les 3 intentions sont à faire en même temps »
- 1/111 (0,90%) : « Habitude de pratique »
- 1/111 (0,90%) : « Elle peut s'avérer efficace »
- 1/111 (0,90%) : « Pourquoi pas »

➔ De la quatrième intention :

- 1/74 (1,35%) : « Je le fais en même temps que les 1^{ère} et 2^e interventions et pendant tout le travail »
- 1/74 (1,35%) : « Parce que ça me donne une autre possibilité de lever la stagnation »
- 1/74 (1,35%) : « Je tente une solution ! »
- 1/74 (1,35%) : « En complément »
- 1/74 (1,35%) : « Après plusieurs actions peu invasives et sans succès, en cas d'appel au GO, il me demandera si j'ai introduit l'ocytocine »
- 1/74 (1,35%) : « En fonction du besoin »
- 1/74 (1,35%) : « Parce que pendant le travail si la patiente est sous APD je vide la vessie en cas de travail prolongé »

Réponses « autre » concernant les raisons en cas d'insatisfaction des sages-femmes après une PEC de stagnation de la dilatation :

- 1/99 (1,01%) : « Protocole de service limitant et pression des gynécologues »
- 1/99 (1,01%) : « Pression du GO pour intervenir avant de laisser le temps au temps »
- 1/99 (1,01%) : « Manque d'envie de la patiente »
- 1/99 (1,01%) : « En cas d'échec, si OCB sans raison évidente »

Réponses « autre » concernant les freins à la qualité de la PEC de la stagnation :

- 2/99 (2,02%) : « Manque de motivation de la patiente »
- 6/99 (6,06%) : « Pas de frein identifié »
- 1/99 (1,01%) : « Protocole de service et pression des gynécologues »
- 1/99 (1,01%) : « Pression des gynécologues »
- 1/99 (1,01%) : « Anciennes sages femmes qui ne veulent pas que les patientes stagnent »
- 1/99 (1,01%) : « Pas d'APD déambulatoire »

4. CONNAISSANCES DES RPC DE LA HAS PAR LES SAGES-FEMMES

Tableau 3 : Connaissances des sages-femmes sur les recommandations de pratique clinique de la HAS de 2017.

	N=104	%
Connaissance des RPC HAS 2017		
Pas du tout	6	5,77
Moyennement	56	53,85
Bien	38	36,54
Très bien	4	3,85
Indication RPC HAS intervention médicamenteuse 5-7 cm		
Moins de 1 cm/4h	72	69,23
Moins de 1cm/2h	29	27,88
Moins de 1cm/h	2	1,92
Autre : moins de 1cm/3h	1	0,96
Indication RPC HAS intervention médicamenteuse 8-10 cm		
Moins de 1 cm/4h	5	4,81
Moins de 1cm/2h	80	76,92
Moins de 1cm/h	19	18,27
Indication RPC HAS intervention non médicamenteuse 5-7 cm		
Moins de 1 cm/4h	27	25,96
Moins de 1cm/2h	55	52,88
Moins de 1cm/h	20	19,23
Autre	2	1,92
Indication RPC HAS intervention non médicamenteuse 8-10 cm		
Moins de 1 cm/4h	3	2,88
Moins de 1cm/2h	44	42,31
Moins de 1cm/h	57	54,81
Intervention de première intention d'après les RPC de la HAS		
Introduction d'ocytocine	1	0,96
Phloroglucinol	0	0,00
Gluconate de calcium ou homéopathie	0	0,00
APD	1	0,96
Posturation/mobilisation	23	22,12
Acupuncture	0	0,00
Hypnose	0	0,00
Relaxation/sophrologie	0	0,00
Ostéopathie	0	0,00
Massages	0	0,00
Rupture artificielle de la poche des eaux	77	74,04
Vidange vésicale	1	0,96
Autre : je ne sais pas	1	0,96

Intervention de deuxième intention d'après les RPC de la HAS		
Introduction d'ocytocine	71	68,27
Phloroglucinol	0	0,00
Gluconate de calcium ou homéopathie	0	0,00
APD	4	3,85
Posturation/mobilisation	6	5,77
Acupuncture	0	0,00
Hypnose	0	0,00
Relaxation/sophrologie	0	0,00
Ostéopathie	0	0,00
Massages	0	0,00
Rupture artificielle de la poche des eaux	18	17,31
Vidange vésicale	5	4,81
Attente entre 1e et 2e intention d'après les RPC de la HAS		
Non, il n'est pas recommandé d'attendre	8	7,69
Il est recommandé d'attendre 30 minutes	7	6,73
Il est recommandé d'attendre 1h	59	56,73
Il est recommandé d'attendre 2h	23	22,12
Autre	7	6,73

En vert : réponses attendues correspondant aux RPC de la HAS de 2017

Réponses « autre » concernant l'indication à réaliser une intervention non médicamenteuse entre 5 et 7cm de dilatation en cas de stagnation d'après les RPC de la HAS de 2017 :

- 1/104 (0,96%) : « *Quand on veut si pas médoc* »
- 1/104 (0,96%) : « *Moins de 1cm/3h* »

Réponses « autre » concernant le temps d'attente entre la première et la deuxième intention en cas de stagnation d'après les RPC de la HAS de 2017 :

- 1/104 (0,96%) : « *Selon la fréquence des contractions* »
- 1/104 (0,96%) : « *La durée n'est pas précisée* »
- 1/104 (0,96%) : « *Tout dépend de la dynamique utérine* »
- 1/104 (0,96%) : « *4h* »
- 3/104 (2,88%) : « *Je ne sais pas* » ; « *ne sais pas* » et « *?* »

La note moyenne obtenue sur les questions de connaissances des RPC de la HAS de 2017 par les sages-femmes était de 5,91/10 ($\pm 2,31$), ou bien de 5,95/10 ($\pm 2,69$) si l'on exclut la question portant sur le délai entre la première et la deuxième intention.

En moyenne, 40,93% des participants ne répondaient pas à l'intégralité des bonnes réponses.

5. FORMATION A DES METHODES COMPLEMENTAIRES

Tableau 4 : Formations complémentaires des sages-femmes pour la prise en charge de la stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané.

	N	%
Formation initiale*	101	
Posturation/mobilisation	64	63,37
Acupuncture	2	1,98
Hypnose	3	2,97
Relaxation/sophrologie	10	9,90
Homéopathie	2	1,98
Ostéopathie	0	0,00
Autre : réflexologie plantaire	1	0,99
Aucune	37	36,63
Nombre d'heures lors de la formation initiale	65	
< 5h	47	72,31
5h-10h	11	16,92
11h- 20h	4	6,15
21h- 30h	2	3,08
> 30h	1	1,54
Compétence après enseignement pendant formation initiale	65	
Pas du tout	6	9,23
Moyennement	31	47,69
Bien	23	35,38
Très bien	5	7,69
Formation en post-universitaire*	101	
Posturation/mobilisation	47	46,53
Acupuncture	18	17,82
Hypnose	17	16,83
Relaxation/sophrologie	4	3,96
Homéopathie	4	3,96
Ostéopathie	2	1,98
Autre	5	4,95
Aucune	44	43,56
Moyen de formation en post-universitaire*	59	
DU	12	20,34
Formation proposée par la structure hospitalière	42	71,19
Formation proposée hors structure hospitalière	14	23,73
Par l'observation et l'échange avec les autres SF	13	22,03
Autre	0	0,00

Durée de la formation post-universitaire	59	
<5 h	7	11,86
5h- 10h	12	20,34
11h- 20h	14	23,73
21h- 30h	7	11,86
>30h	19	32,20
Compétence après enseignement post-universitaire	57	
Pas du tout	2	3,51
Moyennement	12	21,05
Bien	35	61,40
Très bien	8	14,04
Raisons absence de formation post-universitaire*	44	
Coût élevé	10	22,73
Absence d'opportunité	26	59,09
Refus de la maternité	7	15,91
Manque de temps	10	22,73
Pas intéressé(e)	3	6,82
Autre	2	4,55
Souhait de formation complémentaire	101	
Oui	73	72,28
Non	28	27,72
Si souhait de formation complémentaire, laquelle/lesquelles*	101	
Posturation/mobilisation	22	21,78
Acupuncture	39	38,61
Hypnose	31	30,69
Relaxation/sophrologie	19	18,81
Homéopathie	10	9,90
Ostéopathie	32	31,68
Autre : méthode Bonapace	1	0,99

*Plusieurs réponses possibles

Réponses « autre » concernant les formations réalisées en post-universitaire :

- 1/101 (0,99%) : « *Physiologie du travail, dernières recos, IHAB, accompagnement de la douleur* »
- 1/101 (0,99%) : « *Méthode de Gasquet* »
- 1/101 (0,99%) : « *DIU Mécanique et Techniques Obstétricales* »
- 2/101 (1,98%) : « *Shiatsu* »

Réponses « autre » concernant les raisons de l'absence de formation post-universitaire :

- 2/44 (4,54%) : respectivement « *Formation en acupuncture prévue* » et « *DIU d'échographie prévu* »

DISCUSSION

1. PRINCIPAUX RESULTATS

L'étude a montré que les pratiques des sages-femmes concernant la prise en charge de la stagnation de la dilatation divergent en partie des RPC de la HAS. En effet, seulement 79/134 (58,96%) avaient recours à la RAPDE en première intention et 56/134 (41,79%) à l'introduction d'ocytocine en deuxième intention.

Par ailleurs, les résultats soulevaient une hétérogénéité dans les temps d'attente entre deux intentions qui variaient entre 30 minutes et 4 heures. Concernant la RAPDE en première intention, plus de la moitié des sages-femmes y avaient recours immédiatement, tandis qu'un quart attendait une heure. Lorsque l'introduction d'ocytocine était choisie en deuxième intention, entre 5 et 7 cm de dilatation, les délais variaient également : un quart attendait une heure, un autre quart deux heures. Entre 8 et 10 cm, près de trois quarts des sages-femmes attendaient une heure avant de l'administrer, tandis qu'un quart attendait deux heures.

L'ordre des interventions choisies variait également : si plus de la moitié des sages-femmes avaient recours à la RAPDE en première intention, près d'un quart privilégiait la posturation, tandis que d'autres optaient pour la vidange vésicale ou l'introduction d'ocytocine. En deuxième intention, plus d'un tiers introduisaient de l'ocytocine, tandis que plus d'un quart réalisaient la RAPDE. D'autres interventions plus minoritaires comme le phloroglucinol, l'homéopathie, la vidange vésicale, l'acupuncture, ou l'hypnose étaient également rapportées.

De plus, les résultats de l'étude ont mis en avant des lacunes concernant la connaissance de la définition de la stagnation de la dilatation parmi les sages-femmes. Les participants ont obtenu une note moyenne de 5,91/10 ($\pm 2,31$). En moyenne, 40,93% des participants n'ont pas répondu à l'intégralité des réponses correspondant aux RPC de la HAS de 2017.

L'étude menée révélait en outre une attente significative des sages-femmes concernant la formation à des méthodes complémentaires à la prise en charge de la stagnation de la dilatation. En effet 73/101 (72,28%) étaient intéressées par une ou des formations complémentaires. Celles qui suscitaient le plus d'intérêt étaient l'acupuncture 39/101 (38,61%), l'ostéopathie 32/101 (31,68%) ainsi que l'hypnose 31/101 (30,69%).

2. BIAIS ET LIMITES DE L'ETUDE

Nous avons pu identifier plusieurs biais qui peuvent affecter les résultats obtenus.

Tout d'abord la méthode de collecte des réponses : nous avons diffusé le questionnaire par mail, ce qui a pu empêcher l'inclusion des sages-femmes consultant peu leur boîte mail professionnelle.

De plus, les sages-femmes à qui le questionnaire était proposé étaient libres d'y répondre ou non. Cela a pu inciter seulement la population intéressée par le sujet, et donc potentiellement la plus à jour concernant les RPC de la HAS, à y participer, induisant un biais de sélection.

Concernant la forme du questionnaire, les questions étaient exclusivement fermées, ce qui a pu limiter le partage d'expériences détaillées, ou l'expression de nuances dans les réponses. Cependant il était possible d'ajouter un commentaire en choisissant la réponse « autre » qui était systématiquement proposée pour les questions le permettant.

Par ailleurs, la longueur considérable du questionnaire, composé de 64 questions avec un temps de participation estimé à 12 minutes, a pu décourager certaines sages-femmes à le compléter entièrement. En effet nous avons constaté que pour 181 sages-femmes ayant participé à l'étude, 43 ont répondu à moins de 50% du questionnaire.

Concernant le cadre posé en début de questionnaire, nous n'avons pas proposé de différencier la prise en charge de patientes sous APD et celle de patientes sans APD. Or cette différence peut influencer la méthode de PEC, comme l'ont souligné plusieurs sages-femmes dans les commentaires.

D'autre part, les résultats ne semblent pas extrapolables à d'autres régions ou pays car les pratiques des sages-femmes s'appuient en partie sur leur formation initiale. Or la majorité des participants étaient diplômés de l'école d'Angers ou de celle de Nantes.

A la fin du diagramme de flux, le nombre de réponses était de 134 sur les 711 sages-femmes recensées travaillant en structure hospitalière en Pays-de-la-Loire, soit un taux de participation de 25,46%, ce qui questionne la représentativité des résultats. Cependant, ce taux de participation était probablement sous-évalué par rapport à la population source de l'étude. En effet, il n'existe pas de recensement précis du nombre de sages-femmes hospitalières exerçant en salle de naissance à l'échelle régionale ni à l'échelle nationale. Pourtant, parmi les 711 sages-femmes hospitalières recensés par la DREES, toutes ne travaillent pas en salle de naissance.

3. FORCES DE L'ETUDE

L'étude que nous avons menée présentait néanmoins plusieurs forces significatives qui ont contribué à la qualité des résultats obtenus.

Nous pouvons souligner l'originalité du sujet : une évaluation de pratique professionnelle sur les pratiques des sages-femmes dans le cadre de la stagnation de la dilatation n'avait jamais été réalisée auparavant au sein des Pays-de-la-Loire. Les résultats obtenus sont certes difficilement comparables par défaut d'étude similaire, mais ils peuvent apporter des notions nouvelles à propos des connaissances des sages-femmes sur les RPC de la HAS, leurs pratiques et leurs souhaits de formations complémentaires.

En amont de la diffusion du questionnaire, nous avons effectué un pré-test auprès de plusieurs sages-femmes n'exerçant pas au sein des Pays-de-la-Loire, qui ne faisaient donc pas partie de la population incluse dans notre étude, tout en ayant un œil suffisamment averti pour suggérer des modifications pertinentes.

La diffusion de notre questionnaire a été réalisée via différents canaux et accompagnée de plusieurs relances, ce qui a eu pour effet de maximiser le taux de réponses.

Notre étude était multicentrique, et les résultats ont montré une répartition proportionnelle entre les réponses des sages-femmes travaillant en maternité de niveau I, II et III.

Les réponses étaient totalement anonymes, aucune information identifiante n'était demandée au sein du questionnaire, ce qui a permis une vraie liberté d'expression de la part des participants.

4. EXPLICATIONS DES RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

Nous avons constaté que les pratiques des sages-femmes, concernant la prise en charge de la stagnation de la dilatation, pouvaient être assez différentes dans le choix des interventions et les délais entre chaque. Or les dernières recommandations de la HAS sont les suivantes :

« En phase active de travail, la vitesse de dilatation est considérée anormale si elle est inférieure à 1cm/4h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1cm/2h au-delà de 7cm, il est alors recommandé de proposer une intervention :

- *Une amniotomie si les membranes sont intactes ;*
- *Une administration d'ocytocine si les membranes sont déjà rompues et les contractions utérines jugées insuffisantes. » (HAS, Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, 2017) (3)*

Cette hétérogénéité dans les temps d'attente et les interventions choisies peut être expliquée de plusieurs façons :

- L'évolution des recommandations de pratiques cliniques selon l'année du diplôme. Cependant, depuis 2017 les sages-femmes sont tenues au Développement Professionnel Continu (DPC) de façon triennale, ce qui doit assurer la mise à jour de la connaissance des RPC (15).
- L'adaptation des pratiques au fur et à mesure des expériences acquises sur différents cas de stagnation de la dilatation, ainsi que les habitudes et croyances professionnelles propres à chaque sage-femme.
- La charge de travail, qui était mise en avant par 63/79 (79,80%) des sages-femmes parmi les freins à la qualité de prise en charge de la stagnation de la dilatation. Lorsqu'elle est trop importante, les sages-femmes peuvent être amenées à réduire les délais d'attente sur le diagnostic de stagnation et entre les différentes interventions pour pouvoir libérer des salles d'accouchement.
- Les protocoles et les orientations de service, propres à chaque maternité, qui peuvent différer des recommandations nationales.

Ces écarts et diversités de pratiques peuvent influencer sur la qualité de prise en charge des patientes présentant une stagnation de la dilatation. De fait, la prise en charge d'une femme en travail implique souvent l'intervention de plusieurs sages-femmes de l'admission aux urgences obstétricales jusqu'à l'accouchement, ce qui peut entraîner un manque de continuité et de cohérence entre les interventions des différentes sages-femmes.

Cependant, cette diversité de pratiques peut également être perçue comme un atout : les sages-femmes s'adaptent au contexte clinique, aux souhaits et attentes de la patiente qui demeure au centre de la prise en charge. De plus, si la méthode choisie par la sage-femme n'a pas été concluante pour résoudre une stagnation de la dilatation, l'expérience et les habitudes de pratiques de la sage-femme suivante peuvent contribuer à surmonter une situation dont les tentatives de résolutions étaient restées infructueuses jusque-là. Cette approche souligne l'importance de la flexibilité et de l'expertise collective. Elle met en valeur le sens clinique de la sage-femme qui propose ainsi une approche personnalisée de la stagnation de la dilatation.

Ce constat suggère néanmoins une marge d'amélioration dans la diffusion et l'application des recommandations de la HAS. Une telle variabilité peut résulter de plusieurs facteurs, notamment des méthodes de diffusions insuffisantes, un manque de formation continue ou des résistances au changement au sein des équipes.

Concernant les lacunes constatées chez les sages-femmes de l'étude sur leurs connaissances des RPC de la HAS de 2017, la note moyenne de 5,91/10 ($\pm 2,31$) pourrait être de 5,95/10 ($\pm 2,69$) si l'on exclut la question portant sur le délai d'attente entre la RAPDE et l'administration d'ocytocine. En effet la HAS ne précise pas ce délai dans les RPC de 2017. Néanmoins, un consensus français établi la même année et publié dans la Revue de Médecine Périnatale recommande « *d'attendre au moins une heure après l'amniotomie pour évaluer son effet sur la vitesse de dilatation avant d'administrer l'ocytocine* » (10).

Différents mécanismes peuvent éclairer ce constat :

- Les variabilités des sources d'informations : aux RPC de la HAS s'ajoutent les consensus, les revues spécialisées, etc.
- Les disparités potentielles entre les différents acteurs de périnatalité : il existe en France 31 Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP) qui diffusent chacun leurs fiches mémos et protocoles. Cependant la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) a pour rôle de créer des liens et une harmonisation entre ces différents réseaux périnataux (16).
- L'absence de précision sur certains points (par exemple le délai d'attente entre la RAPDE et l'introduction d'ocytocine) peut donner lieu à différentes interprétations par les sages-femmes

La demande des sages-femmes à être formées à des méthodes complémentaires indique un besoin de diversifier les approches, notamment par des techniques réputées peu invasives qui permettent une approche plus holistique du travail avec une prise en charge personnalisée. Il est cependant important de noter que ces méthodes sont complémentaires et non alternatives aux protocoles proposés par les autorités de santé.

Si aucune autre étude n'a été menée sur notre sujet, plusieurs mémoires de DE de sage-femme s'en rapprochent et nous permettent une comparaison avec certains de nos résultats.

Une étude menée en 2017-2018 dans le cadre d'un mémoire de sage-femme ayant pour sujet « *L'usage de l'ocytocine de synthèse par les sages-femmes en salle de naissance au cours du travail spontané : analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes au sein du CHR Metz-Thionville, et des maternités de Toul et Cayenne d'août 2017 à mars 2018* » montrait également des disparités de pratiques parmi les sages-femmes : 32/53 (60%) d'entre elles déclaraient ne pas se référer au protocole de leur service pour administrer de l'ocytocine de synthèse.

Cette étude montrait que 47/53 (88,7%) des sages-femmes avaient lu les dernières recommandations de la HAS, et plus de la moitié des sages-femmes avaient obtenu des réponses justes concernant la connaissance des RPC, ce qui est un peu plus élevé que le taux retrouvé dans notre étude. Les RPC étant publiées juste avant l'étude de 2017-2018, nous aurions pu supposer que les sages-femmes de notre étude aient en moyenne une meilleure connaissance des RPC qui seraient plus ancrées dans les pratiques au bout de plusieurs années. Cependant les études ont été menées auprès d'échantillons de tailles différentes (N=181 pour notre étude et N=53 pour celle de 2017-2018) et de régions opposées géographiquement, sans aucun centre de formation initiale commun. Une autre explication de cette différence de résultats peut être que, au contraire, les RPC étant publiées juste avant l'étude de 2017-2018, les sages-femmes étaient probablement plus à jour de leurs connaissances, puisque plus récentes.

L'ouverture de cette étude de 2017-2018 mentionnait l'intérêt de faire un état des lieux des formations des sages-femmes aux pratiques complémentaires. Dans notre étude nous avons pu mettre en avant leur souhait d'être formées. (17)

En 2011 une étudiante sage-femme a mené une étude dans le cadre de son mémoire intitulé « La dystocie cervicale et la stagnation de la dilatation » et portait sur la recherche et les modalités de prise en charge des patientes ayant présenté une dystocie cervicale ou une stagnation de la dilatation à la Maternité Régionale de Nancy. Son abord de la question est complémentaire au notre, puisqu'il a été choisi d'étudier les prises en charges de 30 patientes ayant présenté une stagnation de la dilatation. L'effectif était donc moindre, mais il a permis d'aller plus en détails dans les différentes prises en charges par les sages-femmes.

Cependant, il a été choisi de considérer comme « stagnation » une absence d'évolution de la dilatation du col de l'utérus au bout de 2h de temps, quel que soit le stade du travail, là où nous avons fait la distinction entre la phase de latence et la phase active, et, au sein de la phase active, entre 5-7 cm et 8-10 cm.

Il a néanmoins été observé les mêmes disparités entre les pratiques de sages-femmes concernant le temps d'attente entre le diagnostic de stagnation et l'intervention de première intention, ainsi qu'entre les choix et l'ordre des différentes interventions avec l'utilisation de méthodes complémentaires. Cela même si une majorité de prises en charge comprenait la RAPDE et l'introduction d'ocytocine parmi les deux premières intentions, ce qui rejoint les résultats de notre étude. (5)

5. PERSPECTIVES DE L'ETUDE

L'identification des variations de pratiques et de connaissances des RPC peut permettre de proposer plusieurs axes d'amélioration afin de tendre vers une harmonisation des pratiques et des connaissances.

Afin d'améliorer les connaissances des sages-femmes concernant la stagnation de la dilatation, il pourrait être envisageable d'afficher dans les services le protocole de prise en charge de la stagnation de la dilatation proposé par les RPC de la HAS, par exemple sous la forme d'un poster.

Concernant l'hétérogénéité des pratiques, les services de salle de naissance pourraient être invités à développer davantage d'ateliers d'échanges des pratiques entre les sages-femmes, comme cela se fait déjà dans plusieurs maternités sous forme de groupes de travail. Ceux-ci permettent aux sages-femmes de partager, d'argumenter et de prendre une posture critique à propos de leurs propres pratiques ainsi que de celle des autres sages-femmes.

Enfin, à propos de l'intérêt porté par les sages-femmes pour les formations complémentaires, il serait intéressant de réaliser une enquête au sein de chaque maternité afin d'adapter les politiques de services, en lien avec les contraintes budgétaires actuelles mais également vis-à-vis des demandes des sages-femmes de chaque structure.

CONCLUSION

Cette étude a mis en évidence une hétérogénéité des pratiques des sages-femmes pour la prise en charge de la stagnation de la dilatation, révélant des écarts entre les recommandations de pratiques cliniques et les interventions réellement mises en place (choix de l'intervention, temps d'attente entre chacune, etc.). Ces résultats soulignent la nécessité d'une meilleure diffusion des RPC ainsi que le renforcement de la formation continue des sages-femmes, afin de garantir une mise à jour régulière de la connaissance de ces recommandations.

Aux questions sur les connaissances des RPC, les résultats ont montré une méconnaissance partielle des RPC de la HAS de 2017 avec une note moyenne de 5,91/10 ($\pm 2,31$) obtenue par les participants à l'étude. L'application ou non de ces recommandations était influencée par différents facteurs tels que la charge de travail, l'expérience professionnelle, et les protocoles de service.

De plus, près de trois quarts des sages-femmes souhaitent être formées à une ou des méthode(s) complémentaire(s), ce qui traduit une volonté de s'ancrer dans une approche plus globale et personnalisée dans la prise en charge des patientes présentant une stagnation de la dilatation. L'acupuncture, l'ostéopathie et l'hypnose figuraient parmi les méthodes les plus plébiscitées.

Notons que, si la place des sages-femmes est essentielle dans la résolution d'une stagnation de la dilatation, c'est la patiente qui demeure au cœur de cette prise en charge. Au-delà des facteurs médicaux, tout ce qu'elle est en tant que femme avec ses attentes, ses doutes, ses craintes, son histoire, peut influencer le déroulement du travail.

Ainsi, il serait intéressant d'approfondir ces résultats avec une étude qualitative auprès des patientes visant à rechercher la présence de liens entre la stagnation de la dilatation et les facteurs psychologiques maternels, tels que le stress, la peur de l'accouchement, ou encore les expériences obstétricales antérieures.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. [cité 9 nov 2024]. 1 page. Disponible sur : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=dystocie>
2. Karine P. Haute Autorité de santé. 2017 ; [Internet]. 46 pages. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/actualisation_rbp_accouchement_normal.pdf
3. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. 1 page. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales
4. Gynécologie Obstétrique Pratique [Internet]. 2012 [cité 12 janv 2024]. La dystocie dynamique en 2012. 47 pages. Disponible sur : <https://www.gynecologie-pratique.com/emaildirect/gop-2012/articles/la-dystocie-dynamique-en-2012>
5. Bohler J. La dystocie cervicale et la stagnation de la dilatation [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré ; 2011 [cité 12 janv 2024]. 103 pages. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01881770>
6. Schaal JP. Mécanique et techniques obstétricales. 4e éd. Montpellier: Sauramps médical; 2012. 922 pages.
7. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Acta Endosc. avr 1998;28 (2):151-5. [Internet]. Disponible sur : <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
8. Kayem G. Déroulement du travail : quelles définitions de la normalité ou de la dystocie ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 1 avr 2015;43 (4):319-23. [Internet]. 323 pages. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1297958915000557>
9. SPF. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements [Internet]. [cité 12 janv 2024]. 297 pages. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
10. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Béranger R, Burguet A, et al. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations. Rev Médecine Périnatale. 2017 ;9 (2):107-13. [Internet]. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2017-2-page-107.htm>
11. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol. juill 2011;118 (1):29-38. [Internet]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21646928/>
12. Édition professionnelle du Manuel MSD [Internet]. [cité 1 nov 2023]. Accouchement par césarienne - Gynécologie et obstétrique. 1 page. Disponible sur : <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et->

obst%C3%A9trique/anomalies-et-complications-du-travail-et-de-accouchement/accouchement-par-c%C3%A9sarienne

13. Irion O. Risques à long terme de l'accouchement par césarienne. Rev Med Suisse. 21 oct 2009;222 (38):2097-101. [Internet]. 4 pages. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2009/revue-medicale-suisse-222/risques-a-long-terme-de-l-accouchement-par-cesarienne>
14. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34 (5):513. [Internet]. 513 pages. Disponible sur : <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>
15. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 27 févr 2025]. La formation continue : le DPC. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
16. FFRSP – Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité [Internet]. 2025 [cité 1 mars 2025]. Disponible sur : <https://ffrsp.fr/ /qui-sommes-nous/>
17. Makon OM. L'usage de l'ocytocine de synthèse par les sages-femmes en salle de naissance au cours du travail spontané : analyse des pratiques professionnelles des sages-femmes au sein du CHR Metz-Thionville, et des maternités de Toul et Cayenne d'août 2017 à mars 2018 [Internet] [other]. Université de Lorraine; 2020 [cité 25 févr 2025]. p. PPN : 23593674X. 55 pages. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04345492>

ANNEXES

ANNEXE 1 : LETTRE D'INFORMATION

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de mon mémoire de Diplôme d'Etat, je réalise une étude qui a pour objectif de **décrire la prise en charge par les sage-femmes des patientes présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané.**

Mon étude s'adresse à toutes les sage-femmes des Pays de la Loire ayant une pratique clinique en salle de naissance au cours des 6 derniers mois, c'est pourquoi je sollicite votre participation.

Le questionnaire se compose de 67 questions fermées dont la plupart nécessitent une réponse obligatoire (marquées par un astérisque). Certaines questions peuvent donner lieu à des réponses multiples.

Cette étude se rapporte à votre expérience professionnelle et questionne votre prise en charge de patientes en **travail spontané** présentant une stagnation de la dilatation au cours de la **phase active** du travail (c'est-à-dire entre 5cm et 10 cm de dilatation du col de l'utérus). Nous excluons donc les cas de déclenchements quelle qu'en soit la méthode et les cas de « stagnation » lors de la phase de latence (avant 5 cm de dilatation).

Le remplissage de ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire et pour l'aide précieuse que vous apporterez ainsi à la réalisation de mon mémoire !

Si ce travail vous intéresse et que vous désirez lire mon mémoire, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse mail : louise.alix@etud.univ-angers.fr

Cordialement,

Louise ALIX

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

25/12/2024 10:47

LineSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de naissance

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5ème année à l'école de sage-femme d'Angers. Dans le cadre de mon mémoire de Diplôme d'Etat, je réalise une étude qui a pour objectif de décrire la prise en charge par les sages-femmes des patientes présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané.

Mon étude s'adresse à toutes les sage-femmes des Pays de la Loire ayant une pratique clinique en salle de naissance au cours des 6 derniers mois, c'est pourquoi je sollicite votre participation.

Le questionnaire se compose de 67 questions fermées dont la plupart nécessitent une réponse obligatoire (marquées par un astérisque). Certaines questions peuvent donner lieu à des réponses multiples.

Cette étude se rapporte à votre expérience professionnelle et questionne votre prise en charge de patientes en travail spontané présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (c'est-à-dire entre 5cm et 10cm de dilatation du col de l'utérus). Nous excluons donc les cas de déclenchements quelle qu'en soit la méthode ainsi que la phase de latence (avant 5 cm de dilatation).

Le remplissage de ce questionnaire ne vous prendra pas plus de 10 minutes.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à remplir ce questionnaire et pour l'aide précieuse que vous apporterez ainsi à la réalisation de mon mémoire.

Si ce travail vous intéresse et que vous désirez lire mon mémoire, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse mail : louise.alix@etud.univ-angers.fr

Cordialement,

Louise ALIX

Il y a 67 questions dans ce questionnaire.

Informations générales

Etes-vous ?

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Un homme

☐ Une femme

25/12/2024 10:47

LineSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Quel âge avez-vous? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Entre 18 et 29 ans

☐ Entre 30 et 39 ans

☐ Entre 40 et 49 ans

☐ Entre 50 et 59 ans

☐ 60 ans ou plus

Avez-vous obtenu votre diplôme en France? *

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Oui

☐ Non

25/12/2024 10:47

LineSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Dans quelle école de sage-femme avez-vous été diplômé(e)? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies : La réponse était 'Oui' à la question '[G01Q03]' (Avez-vous obtenu votre diplôme en France?)

Veillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

☐ Ecole de sage-femme d'Amiens (80)

☐ Ecole de sage-femme René Rouchy d'Angers (49)

☐ Ecole de sage-femme de Besançon (25)

☐ Ecole de sage-femme de Bordeaux (33)

☐ Ecole de sage-femme de Bourg en Bresse (01)

☐ Ecole de sage-femme de Brest (29)

☐ Ecole de sage-femme de Caen (30)

☐ Ecole de sage-femme de Clermont-Ferrand (63)

☐ Ecole de sage-femme de Dijon, université de Bourgogne (21)

☐ Ecole de sage-femme de Fort-de-France (97)

☐ Ecole de sage-femme de Grenoble (38)

☐ Faculté de médecine, maïeutique, sciences de la santé- Université catholique de Lille (59)

☐ Ecole de sage-femme de Lille (59)

☐ Ecole de sage-femme de Limoges (05)

☐ Ecole de sage-femme de Lyon (69)

☐ Ecole universitaire de maïeutique Marseille méditerranée (13)

☐ Ecole de sage-femme de Metz P. Moranne (57)

☐ Ecole de sage-femme de Montpellier (34)

☐ Département universitaire de maïeutique de Nancy (54)

☐ Ecole de sage-femme de Nantes (44)

☐ Ecole de sage-femme de Nice (06)

☐ Ecole de sage-femme de Nîmes (30)

☐ Ecole de sage-femme de Papete TAHITI

☐ Ecole de sage-femme de Paris Baudelocque (75)

☐ Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines Département de maïeutique (78)

☐ Ecole de sage-femme de Poitiers (86)

☐ Ecole de sage-femme de Reims (51)

☐ Ecole de sage-femme de Rennes (35)

☐ Ecole de sage-femme de Rouen (76)

☐ Ecole de sage-femme de Saint-Antoine (75)

☐ Ecole de sage-femme de Saint-Denis-de-la-Réunion LA REUNION

25/12/2024 10:47

LineSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

☐ Département universitaire de maïeutique de Strasbourg (67)

☐ Ecole de sage-femme de Suresnes (92)

☐ Ecole de sage-femme de Toulouse (31)

☐ Ecole régionale de sage-femme de Tours (37)

☐ Autre

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Dans quel pays avez-vous été diplômé(e)? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question ' [G01Q03] (Avez-vous obtenu votre diplôme en France?)

Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Allemagne
☐ Autriche
☐ Belgique
☐ Bulgarie
☐ Chypre
☐ Croatie
☐ Danemark
☐ Espagne
☐ Estonie
☐ Finlande
☐ Grèce
☐ Hongrie
☐ Irlande
☐ Italie
☐ Lettonie
☐ Lituanie
☐ Luxembourg
☐ Malte
☐ Pays-Bas
☐ Pologne
☐ Portugal
☐ République tchèque
☐ Roumanie
☐ Slovaquie
☐ Slovénie
☐ Suède
☐ Autre:

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Depuis combien d'années êtes-vous diplômé(e)? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 1 an
☐ Entre 1 an et 5 ans
☐ Entre 6 ans et 10 ans
☐ Entre 11 ans et 20 ans
☐ Entre 21 ans et 30 ans
☐ Plus de 30 ans

Dans quel type de maternité travaillez-vous? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Maternité de type I
☐ Maternité de type II a
☐ Maternité de type II b
☐ Maternité publique de type III
☐ Clinique privée de type I
☐ Clinique privée de type II a
☐ Clinique privée de type II b
☐ Clinique privée de type III
☐ Autre:

Avez-vous travaillé en salle de naissance au cours de 6 derniers mois? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
☐ Non

Pratiques cliniques en cas de stagnation de la dilatation lors de la phase active du travail spontané

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/tables/veysa/index/surveyid/322537>

3/36

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/tables/veysa/index/surveyid/322537>

6/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Les questions suivantes se rapportent à votre pratique générale et concernent la prise en charge de patientes en travail spontané présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail, c'est-à-dire entre 5cm et 10cm de dilatation du col de l'utérus. Nous excluons donc les cas de déclenchements quelle qu'en soit la méthode et les cas de "stagnation" lors de la phase de latence (c'est-à-dire à moins de 5 cm de dilatation du col de l'utérus).

Etes-vous confronté(e) à la situation de patientes présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané (5 à 10cm)? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Au moins une fois par garde
☐ Environ une fois toutes les 2 gardes
☐ Environ une fois toutes les 5 gardes
☐ Environ une fois toutes les 10 gardes
☐ Environ une fois toutes les 20 gardes
☐ Moins d'une fois toutes les 20 gardes

En cas de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané (5 à 10 cm), à quel rythme réalisez-vous un toucher vaginal? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Toutes les 1h
☐ Toutes les 2h
☐ Toutes les 3h
☐ Toutes les 4h
☐ Seulement si la patiente le demande
☐ Jamais
☐ Autre:

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 1^{re} intention? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Méthode médicamenteuse
☐ Méthode non médicamenteuse

Si vous utilisez une méthode médicamenteuse en 1^{re} intention, laquelle? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode médicamenteuse' à la question ' [G01Q11] (En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 1^{re} intention?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Introduction d'ocytocine
☐ Phloroglucinol
☐ Gluconate de calcium
☐ Homéopathie
☐ APD
☐ Autre:

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/tables/veysa/index/surveyid/322537>

7/36

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/tables/veysa/index/surveyid/322537>

8/36

Page 37 | 46

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Combien de temps attendez-vous avant d'introduire de l'ocytocine après votre intervention de 1^{ère} intention entre 8 et 10cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 ((G02Q18.NAOK == "AO01"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre

Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 2^e intention, laquelle? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 La réponse était 'Méthode non médicamenteuse' à la question '[G02Q17]' (En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 2^e intention?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Posturation/mobilisation
- ☐ Acupuncture
- ☐ Hypnose
- ☐ Relaxation/sophrologie
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Massages
- ☐ Rupture artificielle de la poche des eaux
- ☐ Vidange vésicale
- ☐ Autre

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/tables/index/surveyid/322337>

13/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Combien de temps attendez-vous pour rompre la poche des eaux après votre intervention de 1^{ère} intention entre 5cm et 7cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 La réponse était 'Rupture artificielle de la poche des eaux' à la question '[G02Q19]' (Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 2^e intention, laquelle?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et romps la poche des eaux tout de suite
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre

Combien de temps attendez-vous pour rompre la poche des eaux après votre intervention de 1^{ère} intention entre 8cm et 10cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 ((G02Q19.NAOK == "AO07"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et romps la poche des eaux tout de suite
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/tables/index/surveyid/322337>

14/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Pourquoi faites-vous le choix de cette intervention en 2^e intention en cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané? *

Cochez tout ce qui s'applique.
 Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Parce qu'elle est la plus efficace d'après mon expérience
- ☐ Parce que ce sont les recommandations de la HAS
- ☐ Parce qu'il s'agit du protocole de service dans lequel je travaille
- ☐ Parce qu'elle n'est pas/ peu invasive
- ☐ Autre:

En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 3^e intention? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Méthode médicamenteuse
- ☐ Méthode non médicamenteuse
- ☐ Je ne propose pas d'intervention de 3^e intention

Si vous utilisez une méthode médicamenteuse en 3^e intention, laquelle? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 La réponse était 'Méthode médicamenteuse' à la question '[G02Q22]' (En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 3^e intention?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Introduction d'ocytocine
- ☐ Phloroglucinol
- ☐ Gluconate de calcium
- ☐ Homéopathie
- ☐ APD
- ☐ Autre

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/tables/index/surveyid/322337>

15/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Combien de temps attendez-vous avant d'introduire de l'ocytocine après votre intervention de 2^e intention entre 5 et 7cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 La réponse était 'Introduction d'ocytocine' à la question '[G01Q23]' (Si vous utilisez une méthode médicamenteuse en 3^e intention, laquelle?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre

Combien de temps attendez-vous avant d'introduire de l'ocytocine après votre intervention de 2^e intention entre 8 et 10cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
 ((G01Q23.NAOK == "AO01"))

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
 Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/tables/index/surveyid/322337>

16/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 3e intention, laquelle? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode non médicamenteuse' à la question ' [G02Q22]' (En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 3e intention?)

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

- ☐ Posturation/mobilisation
☐ Acupuncture
☐ Hypnose
☐ Relaxation/sophrologie
☐ Ostéopathie
☐ Massages
☐ Rupture artificielle de la poche des eaux
☐ Vidange vésicale
☐ Autre

Combien de temps attendez-vous pour rompre la poche des eaux après votre intervention de 2e intention entre 5cm et 7cm?

*
Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Rupture artificielle de la poche des eaux' à la question ' [G02Q49]' (Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 3e intention, laquelle?)

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

- ☐ Je n'attends pas et romps la poche des eaux tout de suite
☐ J'attends 1h
☐ J'attends 2h
☐ J'attends davantage
☐ Autre

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admint/frm/abesurvey/sa/index/surveyid/322337

17/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Combien de temps attendez-vous pour rompre la poche des eaux après votre intervention de 2e intention entre 8cm et 10cm?

*
Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
((G02Q49.NAOK == "AO07"))

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

- ☐ Je n'attends pas et romps la poche des eaux tout de suite
☐ J'attends 1h
☐ J'attends 2h
☐ J'attends davantage
☐ Autre

Pourquoi faites-vous le choix de cette intervention en 3e intention? (Plusieurs réponses possibles) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode médicamenteuse' ou 'Méthode non médicamenteuse' à la question ' [G02Q22]' (En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 3e intention?)

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Parce qu'elle est la plus efficace d'après mon expérience
☐ Parce que ce sont les recommandations de la HAS
☐ Parce qu'il s'agit du protocole de service dans lequel je travaille
☐ Parce qu'elle n'est pas/ peu invasive
☐ Autre:

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admint/frm/abesurvey/sa/index/surveyid/322337

18/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

En cas de stagnation de la dilatation en phase active du travail (5cm à 10cm), quel type d'intervention utilisez-vous en quatrième intention? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode médicamenteuse' ou 'Méthode non médicamenteuse' à la question ' [G02Q22]' (En cas de diagnostic de stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail (5 à 10 cm), quel type d'intervention utilisez-vous en 3e intention?)

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

- ☐ Méthode médicamenteuse
☐ Méthode non médicamenteuse
☐ Je ne propose pas d'intervention de 4e intention

Si vous utilisez une méthode médicamenteuse en 4e intention, laquelle? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode médicamenteuse' à la question ' [G02Q61]' (En cas de stagnation de la dilatation en phase active du travail (5cm à 10cm), quel type d'intervention utilisez-vous en quatrième intention?)

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

- ☐ Introduction d'ocytocine
☐ Phloroglucinol
☐ Gluconate de calcium
☐ Homéopathie
☐ APD
☐ Autre

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admint/frm/abesurvey/sa/index/surveyid/322337

19/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Combien de temps attendez-vous avant d'introduire de l'ocytocine après votre intervention de 3e intention entre 5 et 7cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Introduction d'ocytocine' à la question ' [G02Q62]' (Si vous utilisez une méthode médicamenteuse en 4e intention, laquelle?)

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

- ☐ Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine
☐ J'attends 1h
☐ J'attends 2h
☐ J'attends davantage
☐ Autre

Combien de temps attendez-vous avant d'introduire de l'ocytocine après votre intervention de 3e intention entre 8 et 10cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Introduction d'ocytocine' à la question ' [G02Q62]' (Si vous utilisez une méthode médicamenteuse en 4e intention, laquelle?)

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

- ☐ Je n'attends pas et introduis tout de suite l'ocytocine
☐ J'attends 1h
☐ J'attends 2h
☐ J'attends davantage
☐ Autre

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admint/frm/abesurvey/sa/index/surveyid/322337

20/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 4e intention, laquelle? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode non médicamenteuse' à la question '[G02Q61]' (En cas de stagnation de la dilatation en phase active du travail (5cm à 10cm), quel type d'intervention utilisez-vous en quatrième intention?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Posturation/mobilisation
- ☐ Acupuncture
- ☐ Hypnose
- ☐ Relaxation/sophrologie
- ☐ Ostéopathie
- ☐ Massages
- ☐ Rupture artificielle de la poche des eaux
- ☐ Vidange vésicale

☐ Autre:

Combien de temps attendez-vous pour rompre la poche des eaux après votre intervention de 3e intention entre 5cm et 7cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Rupture artificielle de la poche des eaux' à la question '[G02Q64]' (Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 4e intention, laquelle?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et romps la poche des eaux tout de suite
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre:

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/a/index/surveyid/322537>

2/3/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Utilisez-vous d'autres techniques en plus de ces 4 interventions? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode médicamenteuse' ou 'Méthode non médicamenteuse' à la question '[G02Q61]' (En cas de stagnation de la dilatation en phase active du travail (5cm à 10cm), quel type d'intervention utilisez-vous en quatrième intention?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Oui
- ☐ Non

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/a/index/surveyid/322537>

2/3/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Combien de temps attendez-vous pour rompre la poche des eaux après votre intervention de 3e intention entre 8cm et 10cm? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Rupture artificielle de la poche des eaux' à la question '[G02Q64]' (Si vous utilisez une méthode non médicamenteuse en 4e intention, laquelle?)

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Je n'attends pas et romps la poche des eaux tout de suite
- ☐ J'attends 1h
- ☐ J'attends 2h
- ☐ J'attends davantage
- ☐ Autre:

Pourquoi faites-vous le choix de cette intervention en 4e intention? (Plusieurs réponses possibles) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Méthode médicamenteuse' ou 'Méthode non médicamenteuse' à la question '[G02Q61]' (En cas de stagnation de la dilatation en phase active du travail (5cm à 10cm), quel type d'intervention utilisez-vous en quatrième intention?)

Cochez tout ce qui s'applique.
Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Parce qu'elle est la plus efficace d'après mon expérience
- ☐ Parce que ce sont les recommandations de la HAS
- ☐ Parce qu'il s'agit du protocole de service dans lequel je travaille
- ☐ Parce qu'elle n'est pas/ peu invasive
- ☐ Autre:

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/a/index/surveyid/322537>

22/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Si oui, laquelle/lesquelles? (Numéroté par ordre d'utilisation) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question '[G02Q22Copy]' (Utilisez-vous d'autres techniques en plus de ces 4 interventions?)

Seuls les nombres sont acceptés.
Veuillez écrire votre(s) réponse(s) ici :

Introduction d'ocytocine	
Phloroglucinol	
Gluconate de calcium	
Homéopathie	
APD	
Posturation/mobilisation	
Acupuncture	
Hypnose	
Relaxation/sophrologie	
Ostéopathie	
Massages	
Rupture artificielle de la poche des eaux	
Vidange vésicale	

<https://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/a/index/surveyid/322537>

24/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...
Connaissances des recommandations de pratique clinique de la HAS

Le travail physiologique débute de façon spontanée et ne s'accompagne que de **faibles risques** au début du travail (situation quant aux risques qui perdurent tout au long du travail et de l'accouchement). L'enfant naît spontanément en position du sommet **entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée**. (définition de la HAS)

Connaissez-vous les RPC de la HAS de 2017 concernant la prise en charge de la stagnation de la dilatation? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Pas du tout
☐ Moyennement
☐ Bien
☐ Très bien

En phase active au cours du travail physiologique **entre 5 et 7 cm** : Quelle est selon vous l'indication à intervenir par des **méthodes médicamenteuses**? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 1 cm/4h
☐ Moins de 1cm/2h
☐ Moins de 1cm/h
☐ Autre

En phase active au cours du travail physiologique **entre 5 et 7 cm** : Quelle est selon vous l'indication à intervenir par des méthodes **non médicamenteuses**? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 1 cm/4h
☐ Moins de 1cm/2h
☐ Moins de 1cm/h
☐ Autre

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/adm/pt/ft/ablesurvey/af/index/surveyid/322337

29/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

En phase active au cours du travail physiologique **entre 8 et 10 cm** : Quelle est selon vous l'indication à intervenir par des **méthodes médicamenteuses**? *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Moins de 1 cm/4h
☐ Moins de 1cm/2h
☐ Moins de 1cm/h
☐ Autre

En phase active au cours du travail physiologique (**entre 8 et 10 cm**) : Quelles sont selon vous les indications à intervenir par des **méthodes non médicamenteuses**? *

Cochez tout ce qui s'applique.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Moins de 1 cm/4h
☐ Moins de 1 cm/2h
☐ Moins de 1 cm/h
☐ Autre:

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/adm/pt/ft/ablesurvey/af/index/surveyid/322337

29/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Concernant la prise en charge de la stagnation de la dilatation dans un contexte de travail physiologique spontané au cours de la phase active du travail (entre 5 et 10 cm), **d'après les RPC de la HAS de 2017, quelle est l'intervention de 1^{re} intention?** *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Introduction d'ocytocine
☐ Phloroglucinol
☐ Gluconate de calcium
☐ Homéopathie
☐ APD
☐ Posturation/mobilisation
☐ Acupuncture
☐ Hypnose
☐ Relaxation/sophrologie
☐ Ostéopathie
☐ Massages
☐ Rupture artificielle de la poche des eaux
☐ Vidange vésicale
☐ Autre

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/adm/pt/ft/ablesurvey/af/index/surveyid/322337

27/36

28/1/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Concernant la prise en charge de la stagnation de la dilatation dans un contexte de travail physiologique spontané au cours de la phase active du travail (entre 5 et 10 cm), **d'après les RPC de la HAS de 2017, quelle est l'intervention de 2^e intention?** *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Introduction d'ocytocine
☐ Phloroglucinol
☐ Gluconate de calcium
☐ Homéopathie
☐ APD
☐ Posturation/mobilisation
☐ Acupuncture
☐ Hypnose
☐ Relaxation/sophrologie
☐ Ostéopathie
☐ Massages
☐ Rupture artificielle de la poche des eaux
☐ Vidange vésicale
☐ Autre

Concernant la prise en charge de la stagnation de la dilatation dans un contexte de travail physiologique spontané au cours de la phase active du travail (entre 5 et 10 cm), **d'après les RPC de la HAS de 2017, doit-on attendre après l'intervention de 1^{re} intention pour mettre en place l'intervention de 2^e intention?** *

Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ☐ Non, il n'est pas recommandé d'attendre
☐ Il est recommandé d'attendre 30 minutes
☐ Il est recommandé d'attendre 1h
☐ Il est recommandé d'attendre 2h
☐ Il est recommandé d'attendre 3h
☐ Autre

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/adm/pt/ft/ablesurvey/af/index/surveyid/322337

28/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Estimez-vous avoir été suffisamment formé(e) en post-universitaire dans ce domaine pour prendre en charge la stagnation de la dilatation en phase active du travail (entre 5cm et 10cm)? *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'J'ai été formé(e) à une autre méthode (précisez laquelle/lesquelles)' ou 'Ostéopathie' ou 'Homéopathie' ou 'Relaxation/sophrologie' ou 'Hypnose' ou 'Acupuncture' ou 'Posturation/mobilisation' à la question ' [G04Q35]' (En post-universitaire, avez-vous reçu une formation sur l'une de ces méthodes applicables à la prise en charge de la stagnation de la dilatation?)

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

- ☐ Pas du tout
☐ Moyennement
☐ Bien
☐ Très bien

Si vous n'avez pas été formé(e) pour quelle(s) raison(s)? (Plusieurs réponses possibles) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Je n'ai été formé(e) à aucune de ces méthodes' à la question ' [G04Q35]' (En post-universitaire, avez-vous reçu une formation sur l'une de ces méthodes applicables à la prise en charge de la stagnation de la dilatation?)

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ En raison du coût de la formation
☐ Par manque de propositions/d'opportunités
☐ Par refus de l'établissement dans lequel vous travaillez/car ce n'est pas la politique du service
☐ Par manque de temps
☐ Parce que je ne suis pas intéressé(e)
☐ Autre:

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey/322337

33/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Souhaiteriez-vous être formé(e) à une ou plusieurs de ces méthodes, ou à d'autres méthodes non citées dans ce questionnaire? *

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

- ☐ Oui
☐ Non

Si oui, à laquelle/auxquelles? (Plusieurs réponses possibles) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Oui' à la question ' [G04Q40]' (Souhaiteriez-vous être formé(e) à une ou plusieurs de ces méthodes, ou à d'autres méthodes non citées dans ce questionnaire?)

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Posturation/mobilisation
☐ Acupuncture
☐ Hypnose
☐ Relaxation/sophrologie
☐ Homéopathie
☐ Ostéopathie
☐ Autre:

Questions générales d'expérience professionnelle

Considérez-vous que vous êtes en capacité de répondre aux attentes des patientes présentant une stagnation de la dilatation? *

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

- ☐ Jamais
☐ Occasionnellement
☐ Souvent
☐ Toujours

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey/322337

34/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Quel est votre degré de motivation face à une prise en charge de la stagnation de la dilatation en phase active du travail? (0= pas du tout motivé(e), 10= très motivé(e)) *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Etes-vous toujours satisfaite de votre prise en charge de la stagnation de la dilatation en phase active du travail (5 à 10 cm)? *

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

- ☐ Oui
☐ Non

Si non, pour quelle(s) raison(s)? (Plusieurs réponses possibles) *

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
La réponse était 'Non' à la question ' [G05Q47]' (Etes-vous toujours satisfaite de votre prise en charge de la stagnation de la dilatation en phase active du travail (5 à 10 cm)?)

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Par manque de temps
☐ Car la charge de travail est importante
☐ Par manque de formation
☐ Par manque d'expérience
☐ Autre:

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey/322337

35/36

28/12/2024 10:47 LimeSurvey UA - Prise en charge par la sage-femme de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané en salle de ...

Dans votre pratique clinique courante, quel(s) frein(s) avez-vous identifiés dans la prise en charge de la stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail? (Plusieurs réponses possibles) *

Cochez tout ce qui s'applique.
Veillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- ☐ Charge de travail importante
☐ Manque d'expérience clinique
☐ Manque de motivation
☐ Manque de formation spécifique à cette prise en charge
☐ Manque d'outils proposés par le service dans lequel je travaille
☐ Autre:

Merci pour votre participation !

Si ce travail vous intéresse et que vous désirez lire mon mémoire, ou si vous avez rencontré des difficultés à remplir le questionnaire, n'hésitez pas à me contacter à cette adresse : louise.alix@etud.univ-angers.fr

Louise ALIX

30/11/2024 – 21:42

Envoyer votre questionnaire.

Merci d'avoir complété ce questionnaire.

http://limesurvey.univ-angers.fr/index.php/admin/printablesurvey/sa/index/survey/322337

36/36

ANNEXE 2 : DEMANDE D'AIDE AU RSN



Fiche Projet – Conseil Scientifique

Réseau Sécurité Naissance

A retourner à : nathalie.banaszkiewicz@reseau-naissance.fr

QUESTION POSEE :

Nom du demandeur : ALIX

En qualité de :

Qualification (médecin, interne, sage-femme) : Etudiante sage-femme 5e année

Etablissement : Ecole de sage-femme René Rouchy Angers

Adresse :

Mail : louise.alix@etud.univ-angers.fr

Téléphone : 0769702997

Investigateurs du RSN Associés :

- Directeur de mémoire: Mme Laure CHOUTEAU (sage-femme clinicienne)
- Co-directrice: Mme Béatrice PIERROT (sage-femme enseignante)

Aide attendue du RSN pour le projet :

☒ Oui

Si oui, précisez (accès aux données, soutien logistique, soutien statistique, etc.) :
Diffusion d'un questionnaire à toutes les maternités du réseau sécurité naissance en vue d'une étude quantitative

☐ Non

Personne à contacter pour le suivi de l'avancement du projet et des résultats (si différent du demandeur) :

La question posée s'insère dans quel cadre (mémoire, thèse, étude clinique, article, etc.) :

Mémoire de Diplôme d'Etat de Sage-femme

Calendrier du projet :

Date de début : 23 septembre 2024

Date de fin : 15 novembre 2024

Date limite pour le projet (si applicable) :

DESCRIPTION DU PROJET (remplir les informations disponibles selon l'avancement du projet) :

Rationnel de l'étude :

Observation sur les lieux de stage de disparités de prise en charge des stagnation de la dilatation par les sage-femmes travaillant en salle de naissance

Objectif et critère de jugement principal :

Décrire la prise en charge par les sage-femmes des patientes présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané

Objectifs et critères de jugements secondaires :

/

Population cible et critères d'inclusions :

Toutes les sage-femmes cliniciennes des Pays de la Loire ayant travaillé en salle de naissance au cours de ces six derniers mois

Résultats attendus et perspectives pour le RSN :

- Il existe des disparités de prise en charge par les SF des patientes présentant une stagnation de la dilatation
 - Les méthodes complémentaires (acupuncture, hypnose, etc.) peuvent avoir une place dans cette prise en charge
 - Perspectives: Sensibilisation des sages-femme cliniciennes en salle de naissance et faire connaître la diversité de prise en charge pour harmoniser les pratiques et sonder la demande de formation aux méthodes complémentaires
- Démarches réglementaires réalisées par le demandeur :

- ☐ CNIL ☐ CCTIRS ☐ CPP ☐ ANSM
☐ Comité Ethique ☐ Clinical Trial

AVIS DU CONSEIL SCIENTIFIQUE :

Date :

Evaluation du projet :

Positif :

Négatif :

Commentaire :

ANNEXE 3 : AVIS DU RSN



RE: Demande d'aide au RSN pour diffusion d'un questionnaire (mémoire sage-femme) 7 Octobre 2024 11:51

Expéditeur : [nathalie banaszkiewicz](#)

À : [Louise ALIX](#)

Bonjour,

Nous avons eu l'accord de diffusion du conseil scientifique.

Au vu du nombre important de demandes de diffusion que nous avons reçu, nous le diffuserons la semaine du 14/10/2024.

Vous serez mise en copie de l'envoi afin que vous sachiez exactement la date d'envoi.

Cordialement.

RESUME

Titre : Prise en charge de la stagnation de la dilatation au cours du travail spontané par les sages-femmes en salle de naissance

Introduction : La stagnation de la dilatation est une situation fréquente en salle de naissance. Les recommandations de la HAS définissent une prise en charge standardisée, mais leur application peut varier. L'objectif de l'étude était de décrire la prise en charge des patientes présentant une stagnation de la dilatation au cours de la phase active du travail spontané par les sages-femmes des Pays-de-la-Loire.

Matériel et méthode : Etude quantitative par questionnaire Lime Survey du 22/09/2024 au 30/11/2024 auprès des sages-femmes des Pays-de-la-Loire exerçant en salle de naissance.

Résultats : Le taux de participation était de 25,46%. Les interventions principales étaient :

- RAPDE en 1^e intention : 79/134 (58,96%)
- Ocytocine en 2^e intention : 56/134 (41,79%)

Autres interventions de 1^e intention : posturation 38/134 (28,36%), acupuncture 4/134 (2,98%), vidange vésicale avec 3/134 (2,24%).

La note moyenne des connaissances des RPC de la HAS de 2017 était de 5,91/10 ($\pm 2,31$).

73/101 (72,28%) sages-femmes souhaitaient être formées à des méthodes complémentaires.

Conclusion : Cette étude met en avant une hétérogénéité des pratiques avec des écarts aux recommandations, influencés notamment par la charge de travail ou l'expérience professionnelle. La méconnaissance partielle des RPC souligne le besoin de formation continue. Enfin, un intérêt pour les méthodes complémentaires traduit la volonté d'une approche personnalisée.

Mots-clefs : Stagnation de la dilatation, prise en charge, sage-femme, recommandations, formation

ABSTRACT

Title: Management of stalled dilation during spontaneous labour by midwives in the delivery room

Introduction: Cervical dilatation is a common situation in the delivery room. The French National Authority for Health (HAS – Haute Autorité de Santé) guidelines define a standardized management approach, but its application may vary. This study aimed to describe the management of patients experiencing cervical dilation stagnation during the active phase of spontaneous labour by midwives in the Pays-de-la-Loire region.

Material and method: A quantitative study was conducted using a Lime Survey questionnaire from 22 September 2024 to 30 November 2024 among midwives working in delivery rooms in the Pays-de-la-Loire region.

Results: The participation rate was 25.46%. The main interventions were:

- Artificial rupture of membranes as first-line treatment: 79/134 (58.96%)
 - Oxytocin administration as second-line treatment: 56/134 (41.79%)
- Other first-line interventions included postural changes 38/134 (28.36%), acupuncture 4/134 (2.98%), and bladder emptying 3/134 (2.24%).

The average knowledge score of the 2017 HAS clinical practice guidelines was 5.91/10 (± 2.31).

Additionally, 73/101 (72.28%) of midwives expressed a desire to receive training in complementary methods.

Conclusion: This study highlights heterogeneous practices and deviations from guidelines, influenced by workload and professional experience. Partial knowledge of the clinical guidelines underscores the need for continuous training. Finally, interest in complementary methods reflects a desire for a more personalized approach.

Key words: Cervical dilation stagnation, management, midwife, guidelines, training