

UNIVERSITE DE NANTES
UFR DE MEDECINE
ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de sage-femme

Gestion du travail spontané des grossesses à bas risque en établissement de type 3

EVALUATION DES PRATIQUES AU CHU DE NANTES

FOUCAUD Amélie

Née le 05 Août 1991

Directeur de mémoire : Mme Catherine KERFORN

Promotion 2010 – 2015

REMERCIEMENTS

Je remercie l'ensemble des membres du jury pour l'intérêt qu'ils porteront à la lecture de ce mémoire.

J'adresse ensuite mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je souhaite remercier Madame Catherine Kerforn, sage-femme cadre au bloc obstétrical du CHU de Nantes, ma directrice de mémoire qui a fait preuve d'une grande disponibilité. Je la remercie pour m'avoir encadré, orienté, aidé et conseillé.

Je tiens également à remercier Madame Rozenn Collin, sage-femme enseignante, pour sa patience et ses nombreux conseils, durant la réalisation de ce travail.

Enfin, j'adresse mes remerciements à Monsieur Bernard Branger pour sa précieuse aide en épidémiologie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
GENERALITES - REVUE DE LA LITTERATURE.....	3
I – ASPECTS LEGISLATIFS DU SYSTEME OBSTETRICAL EN FRANCE... 3	
1.1. Les premières étapes de la mise en place d'une politique de périnatalité en France	3
1.2. Un tournant dans la politique périnatale avec le plan de 2005-2007 : « Humanité, proximité, sécurité, qualité »	4
1.3. L'organisation au sein de la salle de naissance et les missions de la sage-femme dans ce contexte	5
II – LE DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT	7
2.1. La définition de quelques termes	7
2.2. La différence entre le diagnostic de travail, le faux travail et la dystocie de démarrage.....	8
2.3. Les déterminismes de la parturition	9
2.4. L'évolution dynamique physiologique du travail	9
2.5. L'accompagnement pendant le travail.....	12
III – HISTORIQUE ET DEVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT EN FRANCE	13
3.1. Origines et développement	13
3.2. Les aspects généraux des soins pendant le déroulement du travail et de l'accouchement	15
3.3. Les moyens de direction du travail.....	22
3.4. Le développement de la notion de grossesse à bas risque	24
PRESENTATION DE L'ETUDE.....	29
I – HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	29
1.1. Interrogations et constats.....	29
1.2. Hypothèses et problématique	30
1.3. Objectifs	30

II – METHODOLOGIE ET CARACTERISTIQUES DE L'ENQUETE	31
2.1. Nature, lieu et modalités de l'étude	31
2.2. Population et domaine de l'étude	31
2.3. Critères de jugement principaux et secondaires	32
2.4. Analyse statistique	32
RESULTATS.....	33
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE	33
1.1. Caractéristiques socio démographiques des patientes	33
1.2. Caractéristiques obstétricales et antécédents.....	33
II. DESCRIPTION DES PRATIQUES MAIEUTIQUES PENDANT LE PREMIER STADE DU TRAVAIL	34
2.1. Prise en charge à l'admission lors de la mise en travail spontané	35
2.2. Prise en charge en salle de pré travail (phase de latence)	36
2.3. Prise en charge en salle de naissance (phase active)	36
III. DESCRIPTION DES PRATIQUES MAIEUTIQUES PENDANT LE DEUXIEME STADE DU TRAVAIL.....	42
3.1. Deuxième phase du travail : descente et rotation intra pelvienne	42
3.2. Accouchement	43
IV. DESCRIPTION DES PRATIQUES MAIEUTIQUES PENDANT LE TROISIEME STADE DU TRAVAIL.....	45
4.1. Délivrance	45
4.2. Etat périnéal.....	46
4.3. Hémorragie de la délivrance	46
4.4. Le nouveau-né	47
V. TABLEAU RESUME DE L'ETUDE.....	49
DISCUSSION.....	50
I. PERTINENCE ET VALIDITE DE L'ETUDE.	50
1.1. Points forts	50
1.2. Points faibles, difficultés et limites.....	51

II. PARTICULARITES DE LA GESTION DU TRAVAIL SPONTANE AU SEIN D'UNE MATERNITE DE NIVEAU III ET CONFORMITE AUX RECOMMANDATIONS.	51
2.1. Au cours du premier stade du travail.....	51
2.2. Impact des actes lors du premier stade du travail sur le déroulement du deuxième stade du travail.	60
2.3. Conséquences des pratiques lors du travail sur l'issue maternelle et néonatale au cours du troisième stade du travail.....	65
III. REPONSES A NOS HYPOTHESES, OBJECTIFS	67
IV. APPORTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME.....	68
4.1. Perspectives	68
4.2. Rôle de la sage-femme	70
CONCLUSION	73

LEXIQUE

- Abréviations -

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
CIANE : collectif inter associatif autour de la naissance
PMI : Protection Maternelle et Infantile
AMP : Assistance Médicale à la Procréation
CSP : Code de la Santé Publique
CU : contraction utérine
SA : semaine d'aménorrhée
RCF / ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal
ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal
RAPDE : rupture artificielle de la poche des eaux
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APD : analgésie péridurale
RSN : Réseau Sécurité Naissance
CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
VVP : voie veineuse périphérique
TV : toucher vaginal
HDD : hémorragie de la délivrance
HAS : Haute Autorité de Santé
RU : révision utérine
DA : délivrance artificielle
DC : dilatation complète
HTA : hypertension artérielle
MAP : menace d'accouchement prématuré
IMC : Indice de Masse Corporelle
HU : hauteur utérine
PNP : préparation à la naissance et à la parentalité
EVA : échelle visuelle analogique
UGO : Urgences Gynéco-Obstétricales
EE : efforts expulsifs
OIGA : occipito iliaque gauche antérieure
OIDA : occipito iliaque droite antérieure
OIGP : occipito iliaque gauche postérieure
OIDP : occipito iliaque droite postérieure
AVB : accouchement voie basse
SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

- Unités -

cm : centimètre

cm / h : centimètre par heure

mm Hg : millimètre de mercure

min : minute

sec : seconde

h : heure

mL : millilitre

UI : unité internationale

mUI : milliunité internationale

mUI/min : milliunité internationale par minute

g : gramme

mL : millilitre

mL/h : millilitre par heure

INTRODUCTION

Depuis le début du 20^{ème} siècle, la réduction de la morbi-mortalité maternelle et néonatale est une priorité française. Pour atteindre ces objectifs, des plans de périnatalité ont été élaborés. Les plus notables sont celui de 1998 et le dernier de 2005-2007. Tous ces plans visent à améliorer la qualité des soins, mesurée de façon objective par des indicateurs périnataux, néonataux et maternels.

Parallèlement à la médicalisation de l'accouchement qui remonte au XVIIIème siècle [1], s'est développé un questionnement autour d'un accompagnement moins médicalisé, notamment sous l'influence des usagers [2]. Les projets de maisons de naissance ont vu le jour en France obligeant à tenter de définir les « grossesses physiologiques ». Les débats et les recherches effectués depuis de nombreuses années n'ont, à priori, pas permis d'aboutir à un consensus de la « normalité » en matière de travail et d'accouchement « naturel ». Il en ressort souvent « qu'un accouchement ne peut être déclaré normal que rétrospectivement ». [3] Selon l'OMS, une grossesse normale « *se définit comme une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^{ème} et 42^{ème} semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau né se portent bien* ». [3] En France, la notion de grossesse à bas risque a été retenue pour définir les grossesses physiologiques et pour établir les recommandations de prise en charge. Aujourd'hui, les usagers regroupés dans des collectifs tels que le CIANE [2], revendiquent moins de médicalisation systématique et plus d'implication du couple dans l'accouchement.

Dans notre système de santé, il apparaît qu'actuellement dans un même site, et donc par les mêmes équipes, peuvent être prises en charge à la fois des grossesses physiologiques et pathologiques. La gestion de l'accouchement « physiologique » mérite donc une attention particulière et une réflexion de la part des soignants. En effet, les facilités offertes par un plateau technique organisé pour faire face aux pathologies graves, pourraient conduire à en faire aussi usage dans des situations qui le justifieraient moins.

Lors des différents stages de notre formation, nous avons pu constater, qu'il existe une grande diversité de prise charge du travail spontané, et plus particulièrement de la phase de latence (thérapeutiques utilisés, mobilisation,

fréquence des examens, fréquence et durée de l'enregistrement cardiotocographique). Plusieurs questions se sont donc posées à nous ; à quelle dilatation cervicale est débuté le partogramme ? Sommes-nous moins interventionniste la nuit ? Nos pratiques correspondent-elles à une tendance de surmédicalisation des grossesses à bas risque ? La mobilisation pendant le travail a-t-elle un impact notable sur l'issue obstétricale ? Une problématique s'est alors mise en place ; quels types de prises en charge sont proposés par les sages-femmes travaillant en type III pour ces parturientes ayant une « grossesse physiologique », présentant un début de travail spontané, et étant à priori à bas risque pour l'accouchement ? Il nous a également semblé pertinent d'étudier les conséquences maternelles et néonatales des différentes prises en charge proposées.

L'objectif principal de l'étude est de décrire la gestion du travail spontané par les sages-femmes exerçant en établissement de type III, pour ces grossesses physiologiques et à priori à bas risque pour l'accouchement. Les objectifs secondaires sont d'une part de comparer les pratiques existantes aux recommandations des sociétés savantes puis de vérifier qu'elles ne représentent pas un excès ; et d'autre part de connaître l'impact des pratiques sur l'état maternel et néonatal.

GENERALITES - REVUE DE LA LITTERATURE

I – ASPECTS LEGISLATIFS DU SYSTEME OBSTETRICAL EN FRANCE

1.1. Les premières étapes de la mise en place d'une politique de périnatalité en France

A la fin des années 1960, la mortalité périnatale [4] est une des plus élevées d'Europe avec 23,3 décès pour 1000 naissances. Le système de soins français est peu structuré [5]. Le gouvernement met alors en place différentes actions et mesures (telles que la structure départementale de la PMI -Protection Maternelle et Infantile- et un schéma régional d'organisation des soins) avec un objectif essentiel de sécurité autour des naissances.

En 1998, les décrets de périnatalité [6] bouleversent le paysage obstétrical français en définissant des mesures concernant l'ensemble des maternités :

- la **sécurité** : l'objectif est d'identifier les facteurs de risques concernant la grossesse, l'accouchement et le nouveau-né visant à orienter la femme enceinte vers une structure adaptée (développement du transfert in utéro).
- la **création de réseaux de soins** réorganise les régions.
- la **sécurité psychique** des femmes cherche à être renforcée.
- l'**organisation** d'une proximité géographique avec la création de centres périnataux de proximité ainsi que l'organisation des trois types de maternités selon le niveau de soins pédiatriques.

- *les centres périnataux de proximité* sont des structures médicales assurant des consultations pré et post natales des patientes à bas risque, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planning familial. La seule différence avec une maternité est l'absence d'hospitalisation et d'accouchements réalisés sur place.

- *les maternités de type I* ne possèdent pas d'unité de néonatalogie mais seulement une unité d'obstétrique.

- *les maternités de type II* sont définies par l'association d'une unité d'obstétrique avec une unité de néonatalogie avec ou sans secteur de soins intensifs. Les maternités de type II a réalisent des soins néonataux de néonatalogie et celles de type II b ont en plus, une unité de soins intensifs.

- *les maternités de type III* offrent une prise en charge spécifique des grossesses à haut risque. En plus d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie, elles disposent d'une unité de réanimation néonatale.

Selon l'enquête périnatale de 2010 [7], il existe 526 maternités en France métropolitaine. Elles sont réparties de la façon suivante : 49 % de maternités de type I ; 39 % de maternités de type II (parmi elles, 23% de type II a et 16% de type II b) ; et 12 % de maternités de type III.

Depuis ce plan de 1998, d'autres mesures ont été mises en œuvres, cependant la situation périnatale, bien qu'en constante amélioration n'est pas optimale. C'est dans ce contexte qu'en 2002, le Ministère de la Santé donne pour mission à trois professionnels de faire un état des lieux. Les vingt propositions [8] de leur rapport seront reprises dans le plan de périnatalité de 2005.

1.2. Un tournant dans la politique périnatale avec le plan de 2005-2007 : « Humanité, proximité, sécurité, qualité »

Ce plan constitue un changement fondamental, intégrant la notion de sécurité émotionnelle dans la prise en charge des futurs parents. Il doit répondre aux besoins d'écoute et d'information, ce qui est un défi pour l'organisation des soins périnataux. Ce plan est défini par quatre axes [5] :

- **l'humanité** : pour améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant. La prise en charge de la grossesse et de l'accouchement est recentrée sur le couple et l'enfant. Cela passe par :

- la mise en place de l'entretien individuel (ou en couple) du 4^{ème} mois. Il permet la création de liens sécurisants et il est l'occasion d'évoquer des questions mal ou peu abordées pendant les examens médicaux classiques.

- des conditions d'intervention des psychologues en maternité facilitées.

- l'expérimentation des maisons de naissance, afin de proposer un plus grand choix aux parents quant aux modalités de prise en charge.

- l'amélioration de la prise en charge des femmes en situation de précarité.

- l'accompagnement spécifique des femmes enceintes faisant face à une situation de handicap.

- **la proximité** :

- le développement des réseaux de santé de proximité en créant et

développant des liens entre les professionnels de santé libéraux, la PMI et le milieu hospitalier.

- le renfort et l'extension du rôle des centres périnataux de proximité.
 - la PMI est un service public sans aucune condition d'accès, gratuit et décentralisé. Sa mise en place se fait selon trois axes principaux : l'accessibilité géographique, une approche globale sanitaire et sociale de l'individuel et du collectif, un partenariat ancré avec les services sociaux.
- **la sécurité** : c'est un point primordial car elle conditionne la réalisation des mesures précédentes. La sécurisation de l'accouchement, passe par : la mise aux normes des maternités, l'amélioration de la prise en charge du risque obstétrical et de la réanimation néonatale, ainsi que l'organisation du transport maternel et fœtal.
- **la qualité** passe par :
- la création de la commission nationale de la naissance,
 - le développement de l'échographie et de l'AMP (Assistance Médicale à la Procréation).

Ce plan de périnatalité est un compromis entre les attentes des usagers et des professionnels alliant humanité et sécurité. Il donne plus de place à l'écoute des femmes et des couples ainsi qu'une plus grande autonomie pour la sage-femme dans la prise en charge des grossesses à bas risque et pour l'accouchement normal.

1.3. L'organisation au sein de la salle de naissance et les missions de la sage-femme dans ce contexte

L'organisation du bloc obstétrical est régit par le Code de la santé publique (CSP) [9]. Selon l'article D6124-38 du CSP, « le secteur de la naissance se compose notamment de locaux de pré-travail, de locaux de travail, de locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés, d'au moins une salle d'intervention pour la chirurgie obstétricale ». Selon l'article D6124-39 du CSP, « le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de pré travail dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail. (...) La salle de pré travail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence ». Selon l'article D6124-40 du CSP, « le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de

travail. (...) La salle de travail est aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et para clinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance. Cette surveillance se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance. Le nouveau-né y reçoit les premiers soins. Les locaux sont équipés de tous les dispositifs médicaux nécessaires à la pratique de l'accouchement par voie basse, à l'anesthésie et à la réanimation de la mère. L'agencement de la salle tient compte de la présence éventuelle d'un accompagnant auprès de la parturiente lorsque cette présence est autorisée. »

Les **champs d'intervention** de la profession de **sage-femme**, profession médicale à compétences définies, sont définis par le CSP. Nous n'aborderons ici que les référentiels ayant un lien avec la prise en charge du pré-travail, du travail, de l'accouchement et du post-partum, par la sage-femme.

Selon l'article R4127-318 [10], pour l'exercice des **compétences** qui lui sont dévolues, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

- la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
- l'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
- l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
- la réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;
- la délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ;
- le dépistage des troubles neurosensoriels du nouveau-né.

Selon le référentiel métier et compétences des sages-femmes [11], la sage-femme doit diagnostiquer et suivre le travail, réaliser l'accouchement et surveiller ses suites (pour une grossesse à terme à priori normale).

- en évaluant l'entrée en travail et le pronostic obstétrical de la patiente ;
- en élaborant une stratégie de surveillance et de suivi du travail, de l'accouchement et de la délivrance d'une patiente à bas risque ;
- en respectant les règles de l'eutocie et les souhaits de la parturiente ;
- en installant confortablement la parturiente ;
- en aidant la femme à gérer la douleur ;
- en assurant l'accouchement physiologique et son accompagnement.

Le **droit de prescription** des sages-femmes est défini par l'article L.4151-1 du CSP [12]. L'arrêté du 12 octobre 2011 modifie le droit de prescription des sages-femmes en l'élargissant. Il fixe ainsi la liste des médicaments et des classes thérapeutiques que les sages femmes sont autorisées à prescrire au près des femmes et des enfants. Nous ne citerons ici que les produits directement utilisés en rapport avec notre étude. La liste exhaustive est annexée. [Annexe 1 et 2]

Les sages-femmes peuvent utiliser en particulier des antalgiques (paracétamol, nalbuphine), des antispasmodiques, des antibiotiques par voie orale ou parentérale, des laxatifs, des anesthésiques locaux, des solutions de perfusion, des ocytociques, un mélange équimoléculaire oxygène-protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée. Concernant les médicaments homéopathiques et l'acupuncture, ils peuvent être utilisés sous réserve d'une formation agréée.

II – LE DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT

2.1. La définition de quelques termes

Il semble tout d'abord primordial d'insister sur la difficulté observée dans la littérature pour trouver un consensus sur la définition des différents termes.

Un accouchement est **eutocique** (ou **normal** voire spontané) lorsqu'il se déroule par voie basse spontanée sans aide mécanique (forceps, ventouse) ou chirurgicale (césarienne). [13] [14] [15]. Il « *aboutit par la seule influence des phénomènes naturels à l'expulsion de l'enfant par voie basse* ». [17]

Un accouchement est **naturel** (ou **physiologique**) s'il se déroule en l'absence de toute thérapeutique, respectant ainsi sa physiologie (*ce qui n'est pas pathologique* »). [16] À l'inverse, un accouchement se déroulant à l'aide de thérapeutiques est **dirigé**. [18]

L'expression « grossesse physiologique » a été contestée maintes fois et de maintes façons. (...) La première critique (...) était de dire que « grossesse physiologique » ou « grossesse normale » n'a pas de sens. Effectivement, pris dans cette logique qui ne peut statuer sur la normalité qu'à posteriori, il devient strictement impossible de définir la normalité pendant la grossesse. [2]

Selon Lacomme, l'accouchement est normal pour un « travail au minimum de puissance avec un maximum de confort, ce qui permet une diminution de la mortalité et de la morbidité. » [17]

2.2. La différence entre le diagnostic de travail, le faux travail et la dystocie de démarrage

2.2.1. Diagnostic de travail

La mise en place du travail [17] correspond d'une part à l'apparition d'une activité contractile régulière et douloureuse au niveau du myomètre et d'autre part à des modifications du col utérin (effacement et/ou dilatation du col). A noter qu'un diagnostic de début de travail posé à tort peut induire des interventions superflues par la suite. [20]

2.2.2. Le faux travail

Le **faux travail** n'est pas une notion admise par tous les professionnels. [20] Cela correspond à un épisode de contractions utérines (CU) plus ou moins régulières, douloureuses qui n'aboutissent à aucune modification cervicale. Ces CU vont céder soit spontanément, soit après l'administration de sédatifs ou de β -mimétiques. Ces séquences de faux travail peuvent durer quelques heures et se répéter sur plusieurs jours.

2.2.3. La dystocie de démarrage (ou phase de latence prolongée)

La notion de **dystocie de démarrage** découle donc de la définition précédente. C'est une période de CU régulières et douloureuses, qui n'entraînent que peu de modifications cervicales. Cela correspond à la phase de latence prolongée de Friedman. [17] L'OMS la définit comme une absence de dilatation au-delà de 4 cm après 8 heures de CU régulières. [21] La dystocie de démarrage est prolongée par la phase active du travail.

Il peut être réalisé un « test à la nalbuphine » pour distinguer le faux travail de la dystocie de démarrage. [17]

2.3. Les déterminismes de la parturition

Le déterminisme de la parturition résulte d'un ensemble de facteurs encore très mal connus. [22] Néanmoins le rôle fondamental des prostaglandines a pu être mis en évidence. Plusieurs phénomènes vont donc interagir :

- des *modifications du col* : à l'approche du terme le col devient mou et s'efface, la longueur du canal cervical diminue et sa partie haute s'incorpore au segment inférieur.
- des *modifications du corps utérin* : des jonctions communicantes (gap junctions) apparaissent en fin de grossesse. Ces jonctions permettent la contraction simultanée des fibres du myomètre.
- des *modifications hormonales* : d'une part, concernant la progestérone qui est l'hormone du maintien de la gestation. Il est retrouvé une diminution de sa concentration au niveau local. Ensuite, l'estrogène favorise les CU, la synthèse des prostaglandines et l'augmentation des récepteurs à l'ocytocine. Sa concentration n'a pas été retrouvée modifiée. Puis, l'ocytocine est libérée par l'hypophyse maternelle de manière pulsatile lors du travail. Enfin, les prostaglandines sont produites par la caduque utérine. Elles augmentent progressivement pour atteindre un taux élevé dans le liquide amniotique et le myomètre en début de travail. Elles sont responsables du potentiel d'action à l'origine de la contraction musculaire.
- à cela s'ajoute des *théories mécaniques, immunologiques et placentaires*.

2.4. L'évolution dynamique physiologique du travail

Un accouchement nécessite un moteur (l'activité utérine), un obstacle (le col utérin), un mobile (la présentation fœtale) et un défilé osseux (le bassin maternel). Il comprend trois phases : effacement et dilatation du col ; descente, rotation et expulsion du fœtus ; délivrance du placenta et des annexes. [3] [17] [18] [23] [24]

2.4.1. Les contractions utérines

Il faut distinguer les contractions utérines de « travail » des contractions utérines de Braxton-Hicks, qui peuvent s'observer dès la 20^{ème} semaine d'aménorrhée (SA) et être douloureuses en fin de grossesse. Elles sont responsables du « faux travail ».

Les CU ont différentes caractéristiques :

- *involontaires* ;
- *intermittentes et rythmées* : entre les CU, la pression de l'utérus relâché définit le tonus de base (en mm Hg) ;
- *progressives* dans leur durée et leur intensité : elles surviennent toutes les 15 à 20 min et durent de 15 à 20 sec en tout début de travail. Elles surviennent toutes les 2 à 3 min et durent 30 à 45 sec à la fin de la première phase de travail. Leur intensité augmente au cours du travail.
- *douloureuses* : la douleur ne concerne pas toute la durée de la CU et il peut exister des variabilités interindividuelles ;
- *totales* : les CU concernent tout l'utérus.

Les CU se définissent par :

- *un tonus de base* : inférieur à 20 mm Hg, objective le repos clinique ;
- *une intensité* : elle varie au cours du travail ;
- *une durée* : de 1 à 2 min (en moyenne 80 sec) ;
- *une fréquence* ;
- *un relâchement utérin*.

Les moyens d'études de la CU sont l'examen clinique (qui permet d'apprécier l'intensité, la durée et le relâchement) et les examens para cliniques. La tocométrie externe se réalise avec un capteur de pression sur le fond utérin (ce qui nous informe sur la durée et la fréquence des CU), et la tocométrie interne avec un capteur de pression intra amniotique (ce qui donne l'intensité vraie des contractions).

Les CU ont un effet sur le segment inférieur, sur le pôle inférieur de l'œuf (la poche des eaux, la présentation fœtale), et sur le col utérin.

2.4.2. Première phase du travail : effacement et dilatation du col

L'effacement et la dilatation du col sont deux phénomènes successifs chez la primipare ou simultanés chez la multipare. La durée est de 7 à 10 h chez la primipare et de 3 à 6 h chez la multipare. [18] [25]

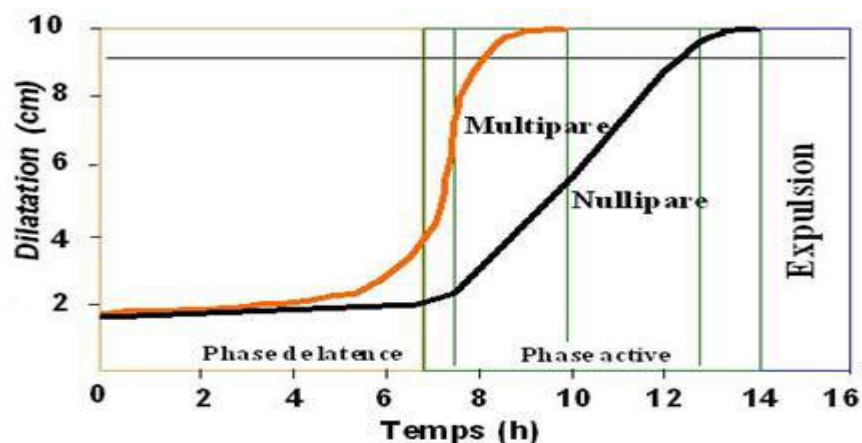
Un col bien mûr, un segment inférieur amplifié avec une présentation régulière qui descend facilement, des contractions de bonne qualité, et une

parturiente calme et détendue, représentent les conditions requises pour une dilatation optimale.

Selon Friedman, qui a étudié le déroulement du travail en 1954, [25] la période de dilatation du col comprend 2 phases :

- **la phase de latence** : elle correspond à l'effacement et au début de dilatation du col jusqu'à 3 cm. Sa durée est d'environ 8,6 h chez la primipare et 5,3 h chez la multipare. Sa durée peut se prolonger, on parle alors de dystocie de démarrage (à distinguer du faux travail).

- **la phase active** : elle est divisée en une phase d'accélération progressive (jusqu'à 4 à 5 cm), une phase de pente maximale où la dilatation est linéaire et rapide (de 4 à 9 cm) et une phase de décélération où la pente décroît (de 8 à 10 cm). La dilatation ne doit pas descendre en dessous de 1 cm par heure chez la primipare et en dessous de 1,5 cm par heure chez la multipare. Selon l'OMS, « la ligne d'alerte est dépassée si la dilatation est inférieure à 1 cm par heure ». [3]



Courbe de dilatation cervicale d'après Friedman

La durée de travail est comptée différemment selon les auteurs. Il est important de signaler la difficulté à trouver un consensus quant à une limite entre la phase de latence et la phase active. Pour Friedman, cette limite se situe autour de 2-3 cm ; pour Peisner, elle se situe autour de 4-5 cm.

Nous garderons comme valeur 4 cm pour notre étude.

2.4.3. Deuxième phase du travail : descente et expulsion du fœtus

Cette deuxième étape correspondant aux phénomènes mécaniques permettant l'engagement (passage du détroit supérieur du bassin par le diamètre sous occipito bregmatique), la descente (rotation intra pelvienne) et l'expulsion de

la présentation hors des voies génitales maternelles. [23] Ces phénomènes vont voir une adaptation du mobile fœtal au bassin osseux maternel, mais aussi aux parties molles de la filière pelvienne et génitale. Par ailleurs, les postures maternelles doivent être adaptées à la mécanique obstétricale.

La difficulté en fin de travail est de savoir combien de temps attendre à dilatation complète avant de débiter les efforts expulsifs. L'approche physiologique consiste à attendre que la parturiente ressente elle-même le besoin de pousser.

2.4.4. Troisième phase du travail : délivrance du placenta et des annexes

La délivrance est l'expulsion hors des voies génitales des annexes fœtales (placenta et membranes), initialement accolées à l'utérus. [24] C'est la troisième étape du travail qui se décompose en trois phases : le décollement du placenta, la migration et l'expulsion de celui-ci, puis la rétraction utérine assurant l'hémostase de la plaie placentaire, sous l'effet des contractions utérines.

2.5. L'accompagnement pendant le travail

L'OMS recommande les « méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation ». [3] Cette approche non pharmacologique de la prise en charge de la douleur doit commencer en prénatal, avec des informations et des outils fournis à la patiente et à son partenaire. Un soutien empathique pendant la durée du travail peut également diminuer le recours à des moyens pharmacologiques.

Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité en anténatal aident les femmes à gérer au mieux leur douleur le jour de l'accouchement.

La déambulation avec la possibilité pour la femme d'avoir la liberté d'adopter la position qu'elle souhaite et qui la soulage (debout, assis) peut diminuer l'inconfort des CU. [26] Plus que la simple déambulation, la mobilisation en général peut soulager les douleurs, par différentes positions (debout, assise sur un ballon, allongée) associées à des étirements. Les positions expliquées par le docteur Bernadette de Gasquet font maintenant partie de la majorité des séances de préparation prénatales. [26]

L'eau chaude a une action relaxante sur le corps, la chaleur agit sur les

muscles en les relâchant. [20]

Certaines méthodes de respiration et/ou relaxation aident les patientes à surmonter leur douleur en focalisant leur attention sur la maîtrise de la respiration lente et profonde ou bien leur concentration sur la relaxation. [20]

L'acupuncture repose sur la médecine traditionnelle chinoise. Peu de publications existent concernant l'application de l'acupuncture lors de la phase de latence. Cependant, il y a quelques points sur lesquels on peut agir (par stimulation, chauffage, massage) et qui auraient des effets favorables, autres que de diminuer la douleur. [26]

L'homéopathie est une méthode thérapeutique consistant à prescrire à un patient, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente.

III – HISTORIQUE ET DEVELOPPEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT EN FRANCE

3.1.Origines et développement

3.1.1. Les naissances jusqu'au 18^{ème} siècle

Pendant des siècles, chaque femme accouchait à la maison dans un espace familial entourée de compagnes plus ou moins expertes. [1] La matrone (la "femme qui aide" ou "la mère mitaine") bien connue de tout le village, est en général âgée et a appris son "métier" sur le tas. Elle ne sait ni lire, ni écrire, mais doit savoir réciter les formules de baptême. Elle est accompagnée, pour aider et soutenir la future mère, de parentes, d'amies et de voisines : la naissance est une affaire de femmes. Leur rôle est important : avant, pendant et après la naissance, elles secondent la matrone, en s'occupant de la logistique. La femme peut prendre différentes postures en étant assise, debout, à genoux, sur le dos à demi-assise. Cependant malgré un climat chaleureux, l'accouchement d'autrefois est lié à une forte mortalité maternelle (1 à 2 %) et fœtale.

3.1.2. Les naissances à domicile au 18^{ème} siècle : transformations

Deux changements essentiels vont intervenir concernant *le lieu*

d'accouchement et les *accompagnants*. Ce qui va radicalement changer les conditions de naissance. [1]

A partir du 17 et du 18^{ème} siècle, se répandent "les accoucheurs". Ces maîtres chirurgiens commencent à s'intéresser à l'art de l'accouchement. Ils pratiquent la césarienne et savent vite se rendre indispensable auprès des maris qui ne veulent plus voir mourir leurs femmes dans les suites d'un accouchement. Seules l'aristocratie et la haute bourgeoisie bénéficient de leurs soins. Ces patientes particulières vivant dans un grand confort, sont suralimentées et sédentaires. Atteintes d'obésité, elles sont incapables physiquement d'accoucher autrement qu'allongées. Les pratiques de l'accouchement se transforment petit à petit : la position sur le dos devient imposée, moins de personnes assistent à l'accouchement, et les instruments sont introduits (levier et forceps). Ce qui représente un premier pas vers la médicalisation de la naissance. A partir de 1760, pour diminuer la mortalité, les matrones de campagne deviennent de véritables sages-femmes grâce à une rapide formation médicale à l'initiative de Madame du Coudray.

3.1.3. La médicalisation de la naissance au 19^{ème} siècle

La formation de sage-femme va évoluer. [1] Les milieux hospitaliers restent peu fréquentés, en effet les épidémies de fièvre puerpérale effraient. Le développement de l'obstétrique, de l'anesthésie (à partir des années 1840, apparaissent les "drogues" anesthésiantes : opium, chloroforme) et de l'hygiène (Pasteur introduit des mesures d'hygiène dans les hôpitaux dans les années 1880) changent les conditions d'accueil dans les hôpitaux. Ce qui implique une distance prise par rapport à l'ancienne sociabilité féminine de la chambre d'accouchement, et une baisse radicale de la mortalité maternelle.

3.1.4. Les accouchements à l'hôpital au 20^{ème} siècle

Ce sont dans les années 1920 et 1930 que la naissance en milieu hospitalier se répand. [1] L'hôpital change pour devenir un haut lieu de technicité médicale. Cependant malgré le progrès, l'hôpital garde une image défavorable d'assistance aux pauvres. A partir des années 1950, la majorité des accouchements a lieu en milieu hospitalier. De plus, une nouvelle méthode d'accouchement sans douleur voit le jour à l'initiative de LAMAZE. C'est une

méthode qui propose une préparation physique et psychique, les femmes en obtiennent le remboursement par la Sécurité Sociale. Au cours des années 1960 - 1980 se produisent d'autres transformations fondamentales telles que l'échographie, le monitoring et la péridurale. On assiste donc au cours du 20ème siècle, au basculement définitif de la majorité des accouchements du domicile vers le milieu hospitalier : ce qui entraîne une médicalisation de la naissance.

3.1.5. De nos jours : une réflexion sur un retour à la physiologie

Selon une étude publiée en 2005 [27], la structure de la maternité (niveau de soin, taille et statut hospitalier) influe sur la « médicalisation » de l'accouchement des primipares à bas risque et ce indépendamment des autres facteurs de risques maternels (âge, origine géographique) et néonataux (terme, poids de naissance).

Face à la technologie, les femmes sont partagées : d'un côté elles souhaitent y avoir recours mais de l'autre, elles ne supportent pas la iatrogénie qui lui est associée. Il peut être ressenti une perte de contrôle sur leur accouchement, une insatisfaction des conditions de naissance et un manque d'humanité dans leur prise en charge [2] [28]. Un mouvement de réflexion est né et nous assistons à une mise en cause de l'utilisation abusive des progrès médicaux et de leur potentielle iatrogénicité ainsi qu'à une dénonciation des conséquences de la médicalisation sur l'accompagnement "humain" de la naissance. Plusieurs associations d'usagers ont été créées à partir des années 2000 dans ce contexte [2] [28].

Ces nouveaux acteurs sont aujourd'hui minoritaires et peu entendus, leur rassemblement en association de défense a néanmoins pour effet d'ouvrir un débat sur les conséquences de la médicalisation de la naissance et d'envisager des propositions alternatives, comme la création de maisons de naissance.

3.2. Les aspects généraux des soins pendant le déroulement du travail et de l'accouchement

Ces dernières décennies, quand une femme entre en travail spontané, beaucoup de gestes de « routine » sont utilisés : installation en décubitus dorsal, enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF), rupture artificielle de la poche des eaux (RAPDE), utilisation d'ocytociques ... [3] La valeur et la nécessité de ces gestes généralisés sont de plus en plus remises en question. En effet, selon l'OMS,

« dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel ». [3] La déclaration de principe commune sur l'accouchement normal du Canada recommande de façon générale, aucune intervention systématique [29]. Le Royaume-Uni [30] met l'accent sur les naissances à domicile avec un objectif de 10 %, sur les unités dirigées par les sages femmes, ainsi que sur l'accompagnement d'une sage femme pour chaque femme en travail.

3.2.1. La surveillance du travail : utilisation du partogramme

L'OMS recommande l'utilisation du partogramme pour toutes les parturientes en travail, c'est une pratique dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager. [3] L'OMS et l'ANAES ont établis des recommandations sur la mise en place du partogramme, soit : à partir de 3 cm de dilatation cervicale (début de la phase active du travail) ; au début du déclenchement artificiel du travail (RAPDE ou mise en place d'ocytociques) ; à la pose de l'analgésie péridurale (APD). Le partogramme est un document médico-légal. Il est le support principal d'expertise du dossier obstétrical en matière de responsabilité médicale. [19]

3.2.2. Le soutien pendant le travail et l'accouchement

Un soutien empathique et physique continu pendant l'accouchement s'assortirait de nombreux avantages. [3] Il peut être apporté par un proche (le compagnon), une « doula », une sage-femme ou une infirmière pendant le travail.

En grec, doula signifie « servante de la femme » [31]. Ce sont des personnes formées professionnellement pour procurer un soutien émotionnel, dans le respect et le confort, à la femme et son compagnon pendant le travail, l'accouchement et le post partum.

3.2.3. La nutrition pendant le travail et l'accouchement

Les opinions et les recommandations diffèrent grandement dans le monde. Dans la majorité des pays industrialisés, la crainte de régurgitation du contenu gastrique (syndrome de Mendelson) durant une anesthésie générale explique la règle du jeun pour une femme en travail. [17] Selon l'OMS, « l'approche correcte

semble consister à ne pas aller à l'encontre du souhait de la femme de manger ou de boire pendant le travail et l'accouchement car, pendant un accouchement normal, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel. Il existe cependant de nombreuses craintes et des habitudes dont il est difficile de se défaire ». [3] De manière plus récente, le réseau sécurité naissance (RSN) des Pays de la Loire a publié des recommandations mises en annexe. [Annexe 3]

3.2.4. Le décubitus dorsal pendant le travail et l'expulsion

De l'antiquité au 17^{ème} siècle, comme le décrit le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) [32], les positions pendant le travail et l'accouchement *« ont été historiquement et universellement dominées par la mobilité et la verticalité »*. En témoigne, Aspasia (sage femme de l'Antiquité) qui propose en cas de dystocie l'attitude suivante : *« si la difficulté provient de la courbure des lombes, il (le médecin) fera mettre la parturiente les genoux fléchis pour que, la vulve étant située au sommet, les voies s'accommodent plus facilement. »* [33]

Selon le CNOGF [34], *« depuis Mauriceau en 1668, l'obstétrique occidentale a amorcé un tournant remarquable en adoptant sa proposition de faire allonger les parturientes en position semi-assise sur un lit, au moment où se manifestaient les efforts expulsifs »*. Ce qui permet une meilleure surveillance du périnée et une facilité pour réaliser des manœuvres. L'épisiotomie qui apparaît en 1742 et l'utilisation de forceps par Tarnier sont plus aisées. Les premiers monitorings obligent les femmes, dont le moindre mouvement entraîne une perte de signal, à l'immobilité pendant le travail. Puis les premières péridurales sont apparues, elles ne permettent aucune mobilisation et la perception de « l'envie de poussée » essentielle à la mise au monde est inhibée.

C'est pourquoi, à ce jour, au 21^{ème} siècle, les femmes françaises sont allongées sur le dos ou sur le côté gauche (avec la découverte du syndrome cave). Cependant, il semble s'amorcer un retour à l'intérêt porté à la physiologie, et par conséquent aux positions obstétricales. [33] En effet, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Nantes, est réalisée la formation de Bernadette de Gasquet.

Enfin, dans la Pratique de l'accouchement de J.Lansac, nous pouvons lire que : *« Pour l'accouchement, la position sur le dos n'est pas la seule qui permette une bonne surveillance du périnée, on peut proposer la position en décubitus latéral cuisses fléchies »*.

3.2.5. La voie veineuse périphérique

La voie veineuse périphérique (VVP) et le soluté qui lui est relié sont indispensables lorsque la patiente souhaite bénéficier d'une analgésie péridurale, pour pouvoir pallier à une possible hypotension artérielle maternelle. [3] Si la patiente ne souhaite pas d'analgésie péridurale, la VVP est posée dans un but préventif puis obturée. Elle ne trouvera son utilité que pour la délivrance dirigée ou bien en cas d'hémorragie de la délivrance.

3.2.6. Le toucher vaginal

Le toucher vaginal (TV) permet de calculer le score de Bishop qui apprécie : l'effacement, la dilatation, la consistance et la position du col ; la hauteur de la présentation ainsi que la variété de présentation. Le score de Bishop donne une mesure chiffrée qui permet une surveillance précise de l'évolution du début de travail. Le TV reste le principal moyen diagnostic pour évaluer le début et l'évolution du travail, ainsi que l'évolution de la poche des eaux. Il est réalisé toutes les heures, avec asepsie. [17]

Selon l'OMS, les « *touchers vaginaux répétés ou fréquents, spécialement par plusieurs dispensateurs de soins.* » sont des pratiques fréquemment utilisées à tort. En effet l'OMS recommande que « *le nombre des touchers vaginaux doit être limité au strict minimum; pendant le premier stade du travail, une fois toutes les quatre heures suffit d'ordinaire* ». Il existe un risque infectieux augmenté avec le nombre croissant de TV pendant le travail. [3]

Au Royaume-Uni, le toucher vaginal est réalisé toutes les 4 heures. [30]

3.2.7. La prise en charge médicalisée de la douleur

La tolérance à la douleur est variable d'une patiente à une autre. Selon le CNGOF, [35] « *l'intensité des douleurs liées à l'accouchement est importante, seules les causalgies et les douleurs après amputation étaient en moyenne supérieures à celles du travail obstétrical* ». Aider les patientes à supporter les douleurs du travail est un rôle primordial de la sage femme. L'approche non pharmacologique (notamment la préparation à la naissance), a été développée précédemment dans cette présentation. Pour augmenter le confort de la patiente,

les accoucheurs utilisent des méthodes pharmacologiques pour soulager la douleur. [36]

Beaucoup de médicaments ont été ou sont utilisés pour soulager la douleur : les morphiniques, les benzodiazépines, et l'agent le plus couramment utilisé est le protoxyde d'azote combiné à de l'oxygène dans un mélange équimolaire. [36] Son mode d'administration est l'inhalation intermittente. Tous ces agents peuvent apporter un soulagement raisonnable de la douleur, cependant ils sont systémiques et passent donc la barrière placentaire. Tous hormis le protoxyde d'azote (qui est marqué par sa rapidité d'élimination) sont connus pour avoir des effets secondaires en période néonatale (dépression respiratoire par exemple). La nalbuphine (Nubain®) est un analgésique puissant parfois utilisée lors d'épisodes de contractions utérines douloureuses pour différencier une dystocie de démarrage et un faux travail..

Selon l'enquête périnatale de 2010 [7], 77,8% des femmes ayant présenté un début de travail spontané, ont eu recours à l'analgésie péridurale. Le soulagement que l'analgésie péridurale apporte est meilleur et plus durable que celui des agents systémiques. L'effet de la péridurale sur l'activité utérine est variable selon les auteurs. [3]

Pour exemple, 15% des femmes néerlandaises ont recours à l'analgésie péridurale durant le travail. [37] Au Canada il est recommandé aux établissements de proposer des approches pharmacologiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur (bain, douche, lumière naturelle, adaptation environnementale). [29]

3.2.8. L'épisiotomie et les déchirures obstétricales du périnée

« L'épisiotomie est l'opération qui consiste à sectionner le périnée en partant de la commissure postérieure de la vulve. Elle intéresse la peau, la muqueuse vaginale, les muscles superficiels du périnée et le faisceau pubo-rectal. » [38] Elle a été décrite pour la première fois en 1742 pour faciliter les expulsions difficiles. Sa réalisation est alors exceptionnelle et non suturée. L'épisiotomie est très généralement médio-latérale droite. [39]

Actuellement la fréquence de l'épisiotomie varie selon les pays. La

proportion de femmes ayant eu une épisiotomie est passée de 47% à 30% entre 2003 et 2010 [7]. En 2013, le CIANE réalise un état des lieux [40] de la pratique de l'épisiotomie et observe un taux d'épisiotomie à 30 % sur la période de 2010-2013.

Le moment de sa réalisation est essentiel : l'épisiotomie doit être réalisée lorsque la présentation est au « petit couronnement », à l'acmé d'une contraction et d'un effort expulsif.

Concernant les déchirures obstétricales, nous utiliserons la classification francophone. Il est classique de distinguer les déchirures ouvertes et les déchirures fermées : [39]

– *les déchirures fermées* : il peut exister des lésions périnéales sous jacentes dites à périnée intact. Les structures musculo-aponévrotiques peuvent être lésées sans effraction cutanéomuqueuse. Leur diagnostic est difficile. En cicatrisant le périnée perd de sa tonicité et de son élasticité du fait de la sclérose cicatricielle.

– *les déchirures ouvertes* : elles sont les plus fréquentes. On distingue :

les déchirures incomplètes du 1er degré qui intéressent la peau anovulvaire, les muscles superficiels du périnée, et la muqueuse vaginale en respectent le sphincter anal ;

les déchirures complètes du 2e degré où le sphincter anal est concerné, la paroi digestive est la seule structure séparant le vagin et le canal anal ;

les déchirures complètes compliquées du 3e degré qui mettent en communication le vagin et le bas rectum. La cloison recto-vaginale et la muqueuse anale sont atteintes. L'anus est béant et forme avec le vagin un véritable cloaque. Le pronostic fonctionnel est sévère avec des incontinences anales à distance. .

3.2.9. La délivrance

L'hémorragie de la délivrance (HDD) est la 1^{ère} cause de mortalité maternelle. Elle se définit par des pertes sanguines supérieures à 500 ml dans les 24 h suivant un accouchement voie basse. L'estimation est toujours difficile à quantifier. Le saignement modéré, lent, continu est méconnu mais pourtant à l'origine de la plupart des morts maternelles. Par ailleurs, les saignements ne sont pas forcément extériorisés et les signes cliniques d'hémorragies apparaissent tardivement. Ce qui explique le retard qui peut être pris dans le diagnostic et la prise en charge. [41]

La haute autorité de santé (HAS) [42] préconise de réaliser

systématiquement pour la prévention clinique et pharmacologique de l'HDD :

- une injection prophylactique d'ocytocine. Cette administration peut être faite, soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant, soit après l'expulsion du placenta. Elle consiste en l'injection par intraveineuse directe lente (ou intramusculaire) de 5 à 10 UI de syntocinon ®.
- un massage de l'utérus après l'expulsion du placenta si l'utérus est hypo tonique.
- un examen du placenta afin de vérifier qu'il soit complet. La rétention de cotylédons ou de membranes implique une révision utérine (RU).
- une délivrance artificielle (DA) lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes.

C'est une médicalisation obligatoire. Selon les résultats de l'enquête périnatale de 2010, 83% des femmes ont une délivrance dirigée. [7]

3.2.10. L'enregistrement cardiotocographique pendant le travail

Un monitoring des CU et de l'ERCF est recommandé pendant le travail. [17] Ces deux surveillances peuvent se faire soit avec un capteur externe à travers la paroi abdominale maternelle, soit avec un capteur interne (tocométrie interne ou électrode de scalp). L'ERCF permet d'évaluer l'état fœtal en regard de la CU et de l'avancée du travail. Les résultats doivent tenir compte de plusieurs critères. [Annexe 4]

Il existe deux méthodes pour surveiller le rythme cardiaque par capteur externe. D'une part, l'auscultation intermittente au moyen d'un stéthoscope monaural de Pinard ou avec un appareil manuel à ultrasons Doppler, ses avantages sont la simplicité d'utilisation et la liberté de mouvement laissée à la femme. Cependant cette technique nécessite la présence quasi permanente de la sage femme auprès de la patiente. D'autre part, le monitoring électronique continu, l'information est plus précise qu'avec l'auscultation intermittente. L'interprétation est difficile car il existe une variabilité inter-individuelle et parfois même intra-individuelle dans l'interprétation des tracés. La sensibilité est élevée, mais la spécificité est moindre. [43]

3.3. Les moyens de direction du travail

3.3.1. Définition

La direction du travail regroupe l'ensemble des moyens mis en œuvre pour modifier le déroulement de l'accouchement permettant soit la normalisation d'une dystocie, soit d'éviter un travail trop long, soit l'amélioration du confort maternel. Les moyens utilisés sont d'une part la rupture artificielle de la poche des eaux et d'autre part l'ocytocine de synthèse. [19]

La dystocie est définie comme l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au bon déroulement du processus normal de l'accouchement. La dystocie peut être d'origine maternelle : dynamique (anomalies des CU), cervicale (anomalie de dilatation cervicale), ou mécanique (bassin). [17] Elle peut également être d'origine fœtale : volume (macrosomie) ou présentation dystocique (présentation défléchie ou mal fléchie) augmentant les diamètres. Le diagnostic de dystocie est établi à l'aide de TV réguliers, et se pose sur un défaut de progression ou un arrêt complet de la dilatation ou de la descente de la présentation fœtale.

La résolution passe par une prise en charge globale de la patiente : vérification de la variété de la présentation fœtale, position maternelle, sondage vésical, analgésie péridurale. Ensuite sont envisagées selon les indications, la RAPDE et/ou l'utilisation d'ocytocine de synthèse. [3]

3.3.2. La rupture artificielle de la poche des eaux

La rupture des membranes laisse s'écouler le liquide amniotique, dont il faut noter la couleur. En effet selon l'OMS, « *l'émission de méconium peut signer une détresse fœtale* ». La rupture est soit tempestive (à dilatation complète - DC) soit intempestive (avant DC). Sa survenue peut être spontanée (sans intervention extérieure), artificielle (provoquée volontairement) et/ou prématurée (avant le travail). [3] [17]

A noter que la rupture prématurée pose la question du risque infectieux, avec le déclenchement du travail et l'administration prophylactique d'antibiotiques. Les pratiques diffèrent selon les centres hospitaliers de la région : au CHU de Nantes, le temps d'attente avant le déclenchement a récemment été modifié de 12

heures à 18 heures ; au CHU d'Angers, l'expectative est de 24 heures.

Le rôle de la poche des eaux est primordial pour protéger le fœtus des chocs extérieurs et surtout des infections. Il semble préférable de retarder sa rupture artificielle et d'avoir une raison valable pour modifier sa rupture spontanée. [17]

Actuellement, la RAPDE est l'un des actes les plus pratiqués en obstétrique par la sage femme ou l'obstétricien. Son objectif principal est d'augmenter l'intensité des contractions utérines, d'accélérer ainsi la vitesse de dilatation cervicale et donc de réduire la durée du travail. Il est reconnu que la rupture des membranes a un double effet : un effet mécanique en améliorant le contact entre le col et la présentation puis un effet pharmacologique par la libération de prostaglandines. Néanmoins cet acte n'est pas anodin puisque ses risques sont doubles : infectieux en favorisant l'entrée des germes pathogènes et mécanique en augmentant les risques de procidence du cordon. [17] [43]

Les indications d'amniotomie clairement décrites par la littérature sont la dystocie dynamique, la dystocie cervicale fonctionnelle, la dilatation complète (DC) sans engagement de la présentation et la nécessité d'étudier le pH foetal ou de mettre en place un capteur d'oxymétrie au niveau du pôle céphalique du fœtus. [17]

3.3.3. L'utilisation d'ocytociques

Les ocytociques sont fréquemment utilisés pour accélérer le travail après la rupture, spontanée ou artificielle, des membranes. Combinée à l'amniotomie précoce, c'est ce qu'on appelle souvent une « *prise en charge active du travail* ». L'administration d'ocytocine a pour effet d'entraîner une activité utérine suffisante pour provoquer une progression de la dilatation cervicale et une descente du mobile foetal sans provoquer d'hyperstimulation utérine ni de troubles du RCF. [3] [43]

Les indications d'utilisation de l'ocytocine sont : le déclenchement artificiel du travail ; l'hypocinésie utérine de fréquence, de durée ou d'intensité en début ou pendant le travail ; la délivrance dirigée ; la facilitation de la rétraction utérine dans le post partum immédiat ; l'hémorragie de la délivrance. [17]

Il semble donc indispensable de reconsidérer chaque geste systématique afin d'évaluer son intérêt.

3.4. Le développement de la notion de grossesse à bas risque

Nous avons vu précédemment la difficulté d'obtenir un consensus sur la notion de physiologie. Historiquement, *« l'accouchement ne peut être définitivement considéré comme normal que deux heures après la naissance car des complications peuvent survenir à tout moment »* [44].

La notion de risque (danger éventuel plus ou moins prévisible) est un concept fondamental pour l'organisation des soins périnataux. [44] C'est pourquoi en France, il semblerait que l'accouchement, du fait de l'histoire, demeure envisagé comme une situation à risque (bas ou haut) pour la mère et l'enfant et non comme un processus physiologique à priori de déroulement normal comme il en est ainsi dans de nombreux autres pays. Ce qui rend impossible la définition d'une grossesse normale. [45]

L'objectif de définir des niveaux de risque est d'adapter un suivi en conséquence ; physiologique pour les grossesses à bas risque et adapté en type II ou III pour les grossesses à plus haut risque. Cependant, certaines grossesses à « bas risque » en maternité de type I ont en fait besoin de soins imprévus ; puis, de nombreuses grossesses définies à haut risque ont finalement un accouchement normal dans une maternité de type III. [13]

L'évaluation initiale et surtout continue, des chances qu'a une femme d'accoucher « normalement », permet de prévenir et/ou de déceler l'apparition de complications. Afin de limiter les risques afférents à toute prise en charge obstétricale, un système de réseaux entre les établissements de santé, permettant les transferts des patientes si besoin, s'est mis en place. [44]

3.4.1 Evolution de la notion de bas risque en France

AUDIPOG (1994)

L'AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie Obstétrique et Gynécologie) distingue deux sous-groupes selon le moment de la grossesse. [45] Les femmes à bas risque en début de grossesse sont définis par les critères suivants : âge ≥ 18 ans et < 35 ans, aucun antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière de la grossesse, et aucun antécédent de prématurité et de mort périnatale chez les

multipares. En fin de grossesse sont rajoutés les critères suivants : aucune pathologie de la grossesse (hypertension artérielle, menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel ou antérieur à la grossesse, anomalie du liquide amniotique ou de la croissance intra-utérine), grossesse unique, pas de présentation du siège ou transverse à l'accouchement.

Définition par Cleary (1996)

Cleary définit les grossesses à bas risque comme étant des « *primipares standards* » en fin de grossesse, ayant : un âge compris entre 20 ans et 35 ans, une taille ≥ 155 cm, une origine française, une grossesse unique sans pathologie de la grossesse (MAP, HTA, diabète gestationnel ou antérieur à la grossesse, anomalie du liquide amniotique ou de la croissance intra-utérine), un fœtus en présentation céphalique et un âge gestationnel $\geq$ à 37 SA. [45]

OMS (1997)

Selon la définition de l'OMS énoncée dans notre introduction, l'accouchement ne peut être déclaré normal que rétrospectivement. [3] L'approche des soins de maternité selon les risques repose sur l'évaluation des besoins. Il est primordial que l'évaluation des facteurs de risques (l'âge de la patiente, sa taille, sa parité ses antécédents obstétricaux, le déroulement de la grossesse actuelle) soit initiale et continue.

Définition par Le Ray (2004)

En 2004, Le Ray a étudié la prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque en maternité de type I et de type III [27]. Une patiente à bas risque est définie par les critères suivants : nullipare, un fœtus vivant singleton, présentation céphalique, terme > 37 SA. Il a défini les critères d'exclusion suivant : les antécédents maternels (diabète, fécondation in vitro, mort fœtal in utéro, utérus cicatriciel, insuffisance cardiaque et/ou respiratoire et/ou rénale, sérologie positive au virus de l'immunodéficience humaine), les facteurs de risques pré-gestationnels (HTA, pré-éclampsie, HELLP syndrome, diabète gestationnel, placenta prævia), les malformations fœtales et les termes > 41 SA.

3.4.2. Définition des niveaux de risque de la HAS = recommandations actuelles

En 2007, la HAS publie des recommandations professionnelles intitulées « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». Les objectifs sont d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse et d'adapter le suivi en conséquence. Ces recommandations précisent pour chacune des situations à risque identifiées (avant, au début ou en cours de grossesse) le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis à *minima*. L'évaluation des risques se fait tout au long de la grossesse. [Annexe 5]

Il convient de rechercher pour chaque parturiente :

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétro placentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis. Les femmes présentant une grossesse à haut risque sont orientées vers une maternité de type adapté.

3.4.3 La notion de grossesse à bas risque à l'étranger

L'organisation des soins en fonction des risques existe depuis longtemps aux Pays-Bas et au Royaume-Uni notamment. [44] Une grossesse est considérée comme physiologique en l'absence d'antécédents ou de pathologies répertoriés dans une liste nationale validée par tous les professionnels et les autorités.

Les grossesses physiologiques sont suivies et accouchées par les sages femmes aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Scandinavie. [46] En Grande Bretagne également, un débat a lieu autour de la prise en charge des naissances. Suite à un rapport [30], une réorganisation des services de maternité est entreprise, comprenant entre autres la création de centres de naissances et un meilleur accès pour l'accouchement à domicile.

3.4.4 Qu'en est – il des maisons de naissance ?

Les maisons de naissance : une nouvelle façon d'allier sécurité et approche physiologique de la naissance.

D'abord développées aux Etats-Unis à partir de 1975 sous le nom de "free-standings birthing centres", ensuite en Europe (plus particulièrement dans les pays nordiques) à partir de 1987, les maisons de naissances sont encore un projet d'expérimentation en France. Néanmoins il existe à Paris une maison de naissance associative CALM (Comme à la maison) où les femmes enceintes sont accompagnées jusqu'à l'accouchement. Ce dernier est pratiqué dans la maternité des Bluets à laquelle la maison de naissance est rattachée. Les femmes n'accouchent donc pas dans la maison de naissance. Selon le CIANE [2], il existe une demande des femmes d'une prise en charge différente. Le CIANE représentant les usagers indique que le système d'accompagnement à la naissance doit évoluer. Il doit d'abord répondre aux attentes de la population, au fait que la naissance d'un enfant n'est pas qu'un acte technique, mais un événement unique et fondateur, avant tout humain, affectif et social.

En France, la création des maisons de naissance a été envisagée plusieurs fois ces dernières années mais ce projet n'a jamais abouti. La sénatrice Muguette Dini a déposé un projet de loi qui a abouti à la promulgation de la loi le 06 décembre 2013 prévoyant "la création à titre d'expérimentation de maisons de naissances pour une durée de deux ans". [47]

Le 24 septembre 2014, la HAS a publié un cahier des charges [48] dans le but d'encadrer l'expérimentation des maisons de naissance. Les maisons de naissances sont des structures où les "sages femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de la grossesse. La maison de

naissance doit être contigüe à une structure autorisée pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé en cas de complications. Sauf urgence, l'accouchement est pratiqué sans hospitalisation, sans médecin et sans péridurale. C'est donc un cadre remplissant des critères de qualité et de sécurité des soins de la mère et de l'enfant. Ce cahier des charges définit :

- des **modalités d'éligibilité** : les femmes suivies en maison de naissance sont des femmes à "bas risque" pour la grossesse et l'accouchement tel que défini dans les recommandations de la HAS de 2007. [Annexe 5]
- de **modalités de fonctionnement** : avec au minimum deux sages-femmes justifiant d'une expérience minimale de deux ans. Il y a une absence de lit d'hospitalisation.
- de **modalités de prise en charge de la mère et de l'enfant** par ces structures : c'est le principe d'une sage femme pour chaque femme en travail. Le suivi de la grossesse jusqu'au terme se fait par une sage-femme référente, l'accompagnement n'est pas moins médicalisé car il y a des examens et rendez vous mensuels. La consultation avec un anesthésiste est obligatoire. Le retour à domicile est envisagé moins de 24 heures après l'accouchement avec au moins 3 visites dans la semaine qui suit l'accouchement. Concernant le nouveau-né, la visite médicale obligatoire doit se faire dans les huit premiers jours après l'accouchement. Le test sanguin de dépistage néonatal par la sage-femme qui assure le suivi de la femme et du nouveau-né à domicile.

Ce projet a le soutien du CNGOF qui reconnaissait en 2012 le risque de "surmédicalisation", de "sur-traitement" mais aussi de "frustration" des patientes. [49].

La liste des maisons de naissance autorisées à fonctionner doit maintenant être arrêtée par décret par le ministère de la santé.

PRESENTATION DE L'ETUDE

I – HYPOTHESES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. Interrogations et constats

Selon l'enquête périnatale de 2010, 66,5 % des femmes présentent un début de travail spontané. [7] Nous avons observé lors des stages de notre formation une multitude de différences quant à l'attitude à adopter pour la prise en charge de ces femmes, et l'absence de protocole encadrant cette pratique. Cet ensemble nous a conduits à plusieurs interrogations :

- A quelle dilatation et selon quels critères est commencé le partogramme ?
- Quelle part de femmes reçoit des ocytociques systématiques (délivrance dirigée) dans le cadre de la prévention de l'hémorragie du post-partum ?
- Le travail est-il plus long si la pose de péridurale est précoce ?
- Les salles de pré-travail sont-elles plutôt utilisées par les primipares que les multipares ?
- Les primipares viennent-elles « plus tôt » à la maternité ?
- Est-on moins interventionniste la nuit ?
- La mobilisation en phase de latence et en phase active entraîne-t-elle une modification de la durée du travail ?
- Existe-t-il une différence de pratiques dans la prise en charge des primipares et des multipares ?
- Quelle est la dose totale d'ocytocine reçue et la dilatation cervicale au moment de sa mise en place ?

En somme, comment les sages-femmes de type III gèrent-elles le travail spontané ?

1.2. Hypothèses et problématique

Nous avons établi plusieurs hypothèses :

- Les équipes sont moins interventionnistes la nuit dans la gestion du travail, avec une tendance à espacer les touchers vaginaux.
- Le type III de la maternité (avec le regroupement des grossesses pathologiques qu'il occasionne) influe sur la prise en charge des grossesses physiologiques durant le travail : les sages-femmes exerçant en type III sont plus interventionnistes.
- Les parturientes s'étant mobilisées en phase de latence et ayant changé de positions en phase active, ont une durée de travail moindre.
- Les indications et les modalités de certaines pratiques (tels que la RAPDE, l'utilisation d'ocytociques) ne sont pas toujours conformes aux recommandations.
- L'utilisation de l'ocytocine est parfois systématique et ne répond pas à une indication médicale précise.

Dans ce contexte de diversité de gestion du travail par les sages-femmes, il semble pertinent de faire un état des lieux des pratiques actuelles, pour répondre à notre problématique qui s'est présentée comme : « quel type de prise en charge est proposé, par les sages femmes d'établissement de niveau III, lors du travail spontané des grossesses physiologiques et à priori à bas risque pour l'accouchement ? ». Nous nous sommes demandé si le type de prise en charge a une influence sur l'état du nouveau-né (pH, Apgar) et le taux d'HDD chez les patientes. La finalité pourrait être d'améliorer les pratiques et de connaître les situations à risque périnatal.

1.3. Objectifs

L'objectif principal de l'étude est de décrire la gestion du travail spontané par les sages-femmes exerçant en établissement de type III, pour ces grossesses physiologiques et à priori à bas risque pour l'accouchement.

Les objectifs secondaires sont d'une part de comparer les pratiques existantes aux recommandations des sociétés savantes puis de vérifier qu'elles ne représentent pas un excès ; et d'autre part de connaître l'impact des pratiques sur l'état maternel et néonatal.

II – METHODOLOGIE ET CARACTERISTIQUES DE L'ENQUETE

2.1. Nature, lieu et modalités de l'étude

Pour réaliser notre étude, nous aurions pu choisir la distribution de questionnaires aux professionnels de santé, reposant sur le principe de l'auto-évaluation. Cependant, il y aurait pu avoir un biais de réponse dans les déclarations de pratiques recueillies. C'est pourquoi nous avons réalisé une étude observationnelle avec un recueil de données à partir des dossiers obstétricaux des patientes ayant présenté un début de travail spontané entre le 1^{er} juin au 30 juillet 2014. Cet aspect rétrospectif implique un biais par rapport à la traçabilité des éléments dans le dossier.

Les observations ont été réalisées dans une maternité de type III des Pays de la Loire : l'Hôpital Mère Enfant du CHU de Nantes (44). La maternité dans laquelle s'est déroulée cette étude a eu 4009 naissances en 2013.

Notre objectif de départ était de réaliser 200 recueils de données. Nous avons rencontré les cadres sages-femmes des deux services dans lesquels l'étude a été réalisée, afin de présenter les modalités de l'étude et d'obtenir l'autorisation d'accès au service. L'étude a été réalisée d'une part dans le service de salle de naissance à partir du dossier patient informatisé et d'autre part dans le service de suites de couches à partir du dossier obstétrical de la patiente. Nous avons créé un recueil de données [Annexe 6] basé sur des éléments extraits des dossiers médicaux et constitué principalement de 5 axes : données générales, prise en charge, passage en salle de naissance, accouchement et suites de couches.

2.2. Population et domaine de l'étude

Notre échantillon est composé de parturientes recrutées selon les critères d'inclusion suivants:

- un début de travail spontané
- entre la 37^{ème} et la 42^{ème} semaine d'aménorrhée
- avec un fœtus singleton en présentation céphalique
- sur un utérus non cicatriciel
- les critères à bas risque selon les recommandations de 2007 de la HAS. [Annexe 5] Toute patiente présentant un facteur de risque, ou un des antécédents, ou une

des situations à risques en cours de grossesse, définie par les recommandations de 2007 de la HAS, a été exclue de notre étude.

2.3. Critères de jugement principaux et secondaires

Le critère de jugement principal est la prise en charge observée avec : mobilisation, passage en salle de pré travail, utilisation de thérapeutiques, direction du travail (RAPDE, utilisation d'ocytocine..), analgésie péridurale précoce, fréquence des touchers vaginaux. Les critères de jugement secondaires sont la conformité des pratiques aux recommandations, et le déroulement de l'accouchement observé avec : accouchement voie basse spontané ou avec extraction, césarienne, lésions périnéales, durée du travail et des efforts expulsifs, état néonatal de l'enfant, hémorragies de la délivrance.

2.4. Analyse statistique

Les variables qualitatives sont représentées par des pourcentages avec un intervalle de confiance à 95% basé sur la loi normale. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart type de la population. Le logiciel EPIDATA Analysis a été utilisé. Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$, affirmant alors un lien entre les deux variables testées.

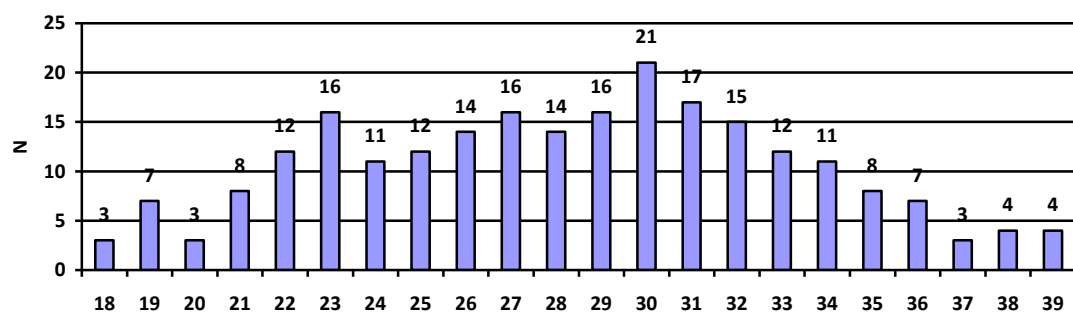
RESULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE

La population d'étude est composée de 234 patientes répondant aux critères d'inclusion et qui se sont présentées en début de travail spontané.

1.1. Caractéristiques socio démographiques des patientes

Figure 1 : Age de la population



Les patientes avaient entre 18 ans et 39 ans, avec un âge moyen de 28,3 ans $\pm$ 4,9.

1.2. Caractéristiques obstétricales et antécédents

1.2.1. Gestité et parité

Notre population comptait 35,5 % de primigestes et 64,5 % de multigestes ; 49,1 % de primipares et 50,9 % de multipares.

1.2.2. IMC

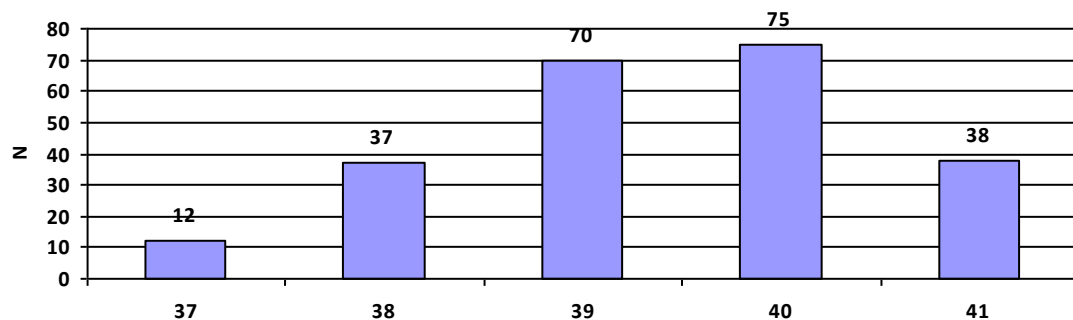
L'indice de masse corporelle (IMC) le plus bas était de 15, et le plus élevé était de 33. La moyenne était de 21,6 ; avec un IMC moyen à $21,26 \pm 2,89$ chez les primipares et $21,95 \pm 3,66$ chez les multipares. (La différence n'est pas

significative avec $p=0,12$).

1.2.3. Terme à l'admission

L'âge gestationnel moyen à l'admission était de 39 SA + 6 jours $\pm$ 2 SA + 3 jours avec des extrêmes allant de 37 SA + 2 jours à 41 SA + 6 jours.

Figure 2 : Age gestationnel lors de l'admission



1.2.4. Hauteur utérine

La hauteur utérine (HU) moyenne était de 32,6 cm $\pm$ 2,1 cm ; avec un minimum à 28 cm, un maximum à 41 cm. Ce critère a été retrouvé écrit dans 66 % des dossiers médicaux.

1.2.5. Préparation à la Naissance et à la Parentalité

La majorité de la population dans laquelle nous avons collecté les données a bénéficié d'une Préparation à la Naissance et la Parentalité (PNP) à 55,8 %. Ce qui concerne 66,7 % des primipares et 33,3 % des multipares.

II. DESCRIPTION DES PRATIQUES MAIEUTIQUES PENDANT LE PREMIER STADE DU TRAVAIL

De façon assez générale, la prise en charge en salle de pré-travail correspond à la phase de latence du travail, puis la prise en charge en salle de naissance correspond à la phase active du travail. Nous rappelons que nous avons pris en compte 4 cm de dilatation cervicale comme limite entre ces deux phases.

2.1. Prise en charge à l'admission lors de la mise en travail spontané

2.1.1. Caractéristiques obstétricales

a) Dilatation cervicale

Tableau I : Dilatation cervicale à l'admission selon la parité

DILATATION CERVICALE (en cm)				
	minimum	moyenne $\pm$ écart-type	maximum	p
Primipare	1,00	3,13 $\pm$ 1,65	10,00	< 0,05
Multipare	0,00	4,20 $\pm$ 2,10	10,00	

A l'admission, la dilatation moyenne de la population était de 3,7 cm $\pm$ 1,9.

b) RSM à l'admission

A l'admission, 34,2 % des patientes présentaient une rupture spontanée des membranes ; cela concernait 35,7 % des primipares et 32,8 % des multipares. Cette différence n'est pas significative.

Parmi les patientes présentant une rupture spontanée des membranes, la couleur du liquide amniotique était : claire dans 94,7 % des cas, teintée fluide dans 2,6 % des cas et teintée particulière dans 1,3 % des cas.

2.1.2. Caractéristiques lors de l'admission à l'UGO

Tableau II : Caractéristiques lors de l'admission

	Primipares	Multipares	p	Total
Cs 24h * (%)	17,4	26,1	0,12	21,8
Faux travail (%)	0,9	--	0,30	0,4
Dystocie de démarrage (%)	1,7	0,8	0,54	1,3

* Consultations dans les dernières 24h.

A l'admission, la dilatation cervicale moyenne des patientes allant en salle de pré-travail est de 2,2 cm $\pm$ 0,8 et celle des patientes n'allant pas en salle de pré-travail est de 4,4 cm $\pm$ 2,0. La différence est significative (p=0,00).

A l'admission, 13,7 % des patientes sont autorisées à déambuler après la prise en charge ; cela concerne 19,1 % des primipares et 8,4 % des multipares. La différence est significative.

Enfin, 36,8 % des patientes passent en salle de pré-travail ; cela concerne 48,7 % des primipares et 25,2 % des multipares. La différence est significative.

2.2. Prise en charge en salle de pré travail (phase de latence)

Tableau III : Prise en charge en salle de pré-travail (n = 86)

Mobilisation (%)	93,2
Positions antalgiques avec le ballon (%)	65,5
Bain ou douche (%)	63,2
Massage (%)	--
Acupuncture (%)	--
Thérapeutiques (%)	11,8
Nalbuphine (%)	63,6
Nefopam (%)	--
Homéopathie (%)	--

2.3. Prise en charge en salle de naissance (phase active)

2.3.1. Dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance

Tableau IV : Dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance en fonction des différentes populations

	Dilatation cervicale (cm)	p
Population globale	4,7 ± 2,1	
primipare	4,0 ± 1,7	< 0,05
multipare	5,3 ± 2,3	
Patientes ayant été en salle pré-travail		
oui	5,0 ± 2,2	< 0,05
non	4,0 ± 1,8	

La différence de dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance entre les patientes ayant eu une PNP et celles n'en ayant pas eu n'est pas significative.

La différence de dilatation cervicale à l'admission en salle de naissance entre la nuit et le jour n'est pas significative.

2.3.2. Caractéristiques globales de la prise en charge en salle de naissance

Tableau V : Caractéristiques globales de la prise en charge en salle de naissance

	% ou m ± ET	p
VVP * (%)	97,9	
ERCF ** en continu (%)	97,9	
Alimentation et boisson notées (%)	0,9	
Changement position maternelle (%)	63,5	
primipare	79,8	< 0,05
multipare	47,9	
Nombre de TV par heure ***	2,3	
primipare	1,5 ± 4,7	< 0,05
multipare	3,0 ± 5,3	
jour	2,7 ± 6,8	< 0,05
nuit	2,0 ± 2,5	
analgésie péridurale	1,7 ± 5,6	< 0,05
absence d'analgésie péridurale	3,7 ± 3,7	
Utilisation de l'EVA **** (%)	67,8	

* : voie veineuse périphérique

** : enregistrement rythme cardiaque fœtal

*** : touchers vaginaux

**** : échelle visuelle analogique

% : pourcentage

m ± ET : moyenne ± écart-type

Le partogramme a été débuté à une dilatation cervicale moyenne de 4,9 ± 3,1 cm : à 4,1 ± 1,8 cm pour les primipares et 5,7 ± 3,9 cm pour les multipares. La différence est significative.

2.3.3. La Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux

Tableau VI : Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux (RAPDE)

	% ou m ± ET	p
Population (%)	42,7	
primipare	52,2	< 0,05
multipare	33,6	
Moment de la journée (%)		
jour	52,2	0,65
nuit	47,8	
Analgésie Péridurale (APD) (%)		
patientes ayant une APD	86,0	< 0,05
patientes n'ayant pas d'APD	14,0	
Ocytocine pendant le travail (%)		
patientes ayant eu de l'ocytocine	40,0	0,09
patientes n'ayant pas eu d'ocytocine	60,0	
Dilatation cervicale lors de la RAPDE (cm)	6,1 ± 2,7 (3,0 – 10,0)	
primipare	5,3 ± 2,0	< 0,05
multipare	7,3 ± 3,2	
patiente ayant une APD	5,5 ± 2,1	< 0,05
patientes n'ayant pas d'APD	9,7 ± 3,4	
Indication notée dans le dossier (%)	22,8	
primipare vs multipare	13,1 vs 37,5	< 0,05
dystocie dynamique	13,0	
étude état foetal *	--	
dilatation complète	78,3	
dystocie cervicale	8,7	
tocométrie interne	--	
Couleur LA ** (%)		
clair	90,9	
teinté fluide	7,7	
teinté particulière	1,4	

* : prélèvement au scalp ou pose d'électrode de scalp

** : Couleur du Liquide Amniotique

% : pourcentage

m ± ET : moyenne ± écart-type

2.3.4. L'analgésie Péridurale

Tableau VII : L'analgésie péridurale (APD)

	% ou m ± ET	p
Population globale (%)	69,7	
primipare	87,8	< 0,05
multipare	52,1	
Ocytocine pendant le travail (%)		
patientes ayant eu de l'ocytocine	55,2	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'ocytocine	44,8	
Dilatation cervicale (cm)	4,3 ± 1,6 (2,0 – 10,0)	
primipare	4,0 ± 1,5	< 0,05
multipare	4,8 ± 1,6	
utilisation de l'EVA *	4,4 ± 1,4	< 0,05
absence d'utilisation de l'EVA *	4,2 ± 1,6	
RAPDE **	4,1 ± 1,2	< 0,05
absence de RAPDE **	4,5 ± 1,8	
ocytocine pendant le travail	3,9 ± 1,4	< 0,05
absence d'ocytocine pendant le travail	4,7 ± 1,6	
Mobilisation pendant le travail (%)		
changement de positions	77,8	< 0,05
absence de changement de positions	22,2	
Autres moyens : le protoxyde d'azote (%)	1,7	

* : Utilisation et absence d'utilisation de l'Echelle Visuelle Analogique pour ces patientes

** : Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux pour ces patientes

% : pourcentage

m ± ET : moyenne ± écart-type

2.3.5. Utilisation de l'ocytocine

Tableau VIII : L'utilisation de l'ocytocine pendant le travail spontané

	% ou m ± ET	p
Population globale (%)	33,9	
primipare	54,8	< 0,05
multipare	13,6	
Moment de la journée (%)		
jour	44,6	0,84
nuit	55,4	
Analgesie Péridurale (%)		
patientes ayant une APD *	94,8	< 0,05
patientes n'ayant pas d'APD *	5,2	
Dilatation cervicale (cm)	6,8 ± 2,8 (0 – 10)	
primipare	6,8 ± 2,8	0,8
multipare	7,0 ± 2,7	
Indication notée dans le dossier (%)	6,3	

* : Analgesie péridurale ou absence d'APD chez ces patientes

% : pourcentage

m ± ET : moyenne ± écart-type

Concernant la quantité totale moyenne d'ocytocine reçue, elle est de $9,7 \pm 14,4$ mUI dans la population générale ; de $11,3 \pm 15,7$ mUI pour les primipares et de $3,5 \pm 3,8$ mUI pour les multipares. La différence est significative.

Ensuite, au sujet de la durée totale moyenne d'utilisation d'ocytocine, elle est de $2,5 \pm 2,1$ heures dans la population générale ; de $2,9 \pm 2,3$ heures pour les primipares et de $1,2 \pm 0,7$ heures pour les multipares. La différence est significative.

Enfin, pour le débit moyen d'ocytocine, il est de $11,3 \pm 5,2$ mUI/min dans la population générale ; de $11,0 \pm 5,6$ pour les primipares et de $13,0 \pm 5,7$ pour les multipares. La différence n'est pas significative ($p=0,25$).

2.3.6. Durée de la phase active de travail

Tableau IX : Durée de la phase active de travail

	m ± ET	p
Population globale (heures)	3,6 ± 2,4	
primipares	4,6 ± 2,2	< 0,05
multipares	2,3 ± 1,9	
Changement de positions (h)	4,0 ± 2,2	< 0,05
Absence de changement de positions (h)	2,1 ± 2,5	
RAPDE * (h)		
patientes ayant eu une RAPDE	3,2 ± 2,8	< 0,05
patientes n'ayant pas eu de RAPDE	3,9 ± 1,9	
Ocytocine pendant le travail (h)		
patientes ayant eu de l'ocytocine	5,0 ± 2,1	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'ocytocine	2,3 ± 1,8	
Analgesie Péridurale (APD) (h)		
patientes ayant eu une APD	3,9 ± 2,1	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'APD	0,8 ± 2,4	

* : Rupture Artificielle de la Poche des Eaux

m ± ET : moyenne ± écart-type

La durée de la phase de latence n'a pas pu être étudiée. Il existe un biais du fait que les patientes ne se présentent pas aux urgences dès le début de travail spontané. Nous n'avons donc pas l'heure du début de travail, de ce fait, nous ne pouvons pas étudier la durée de dilatation cervicale de 0 à 4 cm.

2.3.7. Anomalies du RCF et/ou des CU pendant le travail

Les ARCF concernaient 15,0 % de notre population (20,9 % des primipares et 9,2% des multipares avec $p < 0,05$). Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre la survenue d'ARCF et les pratiques utilisées pendant le travail (RAPDE, utilisation d'ocytocine, analgesie péridurale). Les ARCF étaient le plus souvent persistantes jusqu'à l'accouchement et nécessitaient des moyens de seconde ligne dans 25,6 % des cas.

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre les anomalies de la

contraction utérine (hypocinésie, hypercinésie, hypertonie) et l'utilisation d'ocytociques pendant le travail.

III. DESCRIPTION DES PRATIQUES MAIEUTIQUES PENDANT LE DEUXIEME STADE DU TRAVAIL

3.1. Deuxième phase du travail : descente et rotation intra pelvienne

Les variétés d'engagement étaient retrouvées antérieures dans 81 % des cas ; et postérieures dans 19 % des cas. Concernant les variétés antérieures, nous retrouvions 66,2 % d'OIGA et 14,4 % d'OIDA. Concernant les variétés postérieures, nous retrouvions 6,5 % d'OIGP et 12,9 % d'OIDP.

Tableau X : Durée de la deuxième phase de travail

	m ± ET	p
Population globale (heures)	1,8 ± 1,6	
primipare	2,5 ± 1,2	< 0,05
multipare	1,1 ± 1,7	
Moment de la journée (h)		
jour	1,8 ± 1,3	< 0,05
nuit	1,9 ± 1,9	
Changement de positions (h)	1,3 ± 2,2	< 0,05
Absence de changement de positions (h)	2,0 ± 1,3	
Analgesie Péridurale (APD) (h)		
patientes ayant eu une APD	2,0 ± 1,6	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'APD	0,6 ± 1,1	
RAPDE * (h)		
patientes ayant eu une RAPDE	1,8 ± 1,2	0,80
patientes n'ayant pas eu de RAPDE	1,9 ± 1,9	
Ocytocine pendant le travail (h)		
patientes ayant eu de l'ocytocine	2,5 ± 1,3	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'ocytocine	1,3 ± 1,6	
Variété d'engagement (h)		
antérieure	1,8 ± 1,3	0,60
postérieure	2,0 ± 1,7	

* : Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux ou absence de RAPDE

m ± ET : moyenne ± écart-type

3.2. Accouchement

3.2.1. Durée des efforts expulsifs et positions d'accouchement

Nous avons observé que 99,1 % des accouchements étaient en décubitus dorsal, puis 0,5 % en décubitus latéral et enfin 0,5 % à « quatre pattes ».

Tableau XI : Durée des efforts expulsifs

	m ± ET	p
Durée des Efforts Expulsifs (min)	14,6 ± 12,0 (1 – 60)	
primipare	21,9 ± 12,9	< 0,05
multipare	8,5 ± 6,9	
Moment de la journée (min)		
jour	13,8 ± 10,5	0,79
nuit	14,3 ± 13,1	
Changement de position (min)	9,6 ± 8,8	< 0,05
Absence de changement de position (min)	17,5 ± 12,8	
Analgesie Péridurale (APD) (min)		
patientes ayant eu une APD	16,8 ± 12,5	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'APD	9,8 ± 9,4	
RAPDE * (min)		
patientes ayant eu une RAPDE	15,9 ± 12,0	0,17
patientes n'ayant pas eu une RAPDE	13,5 ± 12,0	
Ocytocine pendant le travail (min)		
patientes ayant eu de l'ocytocine	20,8 ± 12,9	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'ocytocine	12,1 ± 10,7	
Variété d'engagement (min)		
antérieure	17,5 ± 14,5	0,30
postérieure	15,0 ± 11,6	

* : Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux

m ± ET : moyenne ± écart-type

3.2.2. Mode accouchement

Les modes d'accouchement se répartissent de la manière suivante : 94,4 % sont des accouchements voie basse et 5,6 % sont des césariennes.

Les indications des accouchements par césarienne sont mixtes dans 38,5 %

des cas, obstétricales dans 30,8 %, fœtales dans 23,1 % et maternelles dans 7,7 % des cas.

Tableau XII : Le mode d'accouchement en fonction de différentes caractéristiques

	Accouchements voie basse	Césariennes	p
Population globale (%)	94,4	5,6	
primipares	90,4	9,6	< 0,05
multipares	98,3	1,7	
RAPDE * (%)			
patientes ayant eu une RAPDE	96,0	4,0	0,36
patientes n'ayant pas eu de RAPDE	93,2	6,8	
Ocytocine pendant le travail (%)			
patientes en ayant eu	88,6	11,4	< 0,05
patientes n'en ayant pas eu	97,4	2,6	
Analgesie Péridurale (APD) (%)			
patientes ayant eu une APD	91,7	8,3	0,13
patientes n'ayant pas eu d'APD	98,3	1,7	
Changement de positions ** (%)	93,2	6,8	0,39
Pas de changement de positions (%)	96,4	3,6	

* : Rupture Artificielle de la Poche Des Eaux

** : Changement de positions durant le travail

Tableau XIII : Différences entre les voies basses spontanées et instrumentales

	Voie basse spontanée	Voie basse instrumentale	p
Population globale (%)	86,4	13,6	
primipares	73,1	26,9	< 0,05
multipares	98,3	1,7	
Ocytocine pendant le travail (%)			
patientes en ayant eu	74,3	25,7	< 0,05
patientes n'en ayant pas eu	91,9	8,1	
Analgésie Péridurale (APD) (%)			
patientes ayant eu une APD	82,9	17,1	< 0,05
patientes n'ayant pas eu d'APD	95,4	4,6	

Les accouchements voie basse par extraction instrumentale sont distribués de la façon suivante : 56,7 % par ventouse, 30 % par forceps et 13,3 % par spatules. Les indications retrouvées sont : le défaut de progression à 51,7 %, les ARCF à 43,3 %, le défaut d'efforts expulsifs à 10,3 % et les EE supérieurs à 30 minutes dans 3,6 % des cas.

IV. DESCRIPTION DES PRATIQUES MAIEUTIQUES PENDANT LE TROISIEME STADE DU TRAVAIL

4.1. Délivrance

Nous avons observé que 92,9 % des patientes avaient une délivrance dirigée (DD), ce qui représentait 98,1 % des primipares et 88,2 % des multipares. La différence est significative.

Ensuite, nous avons observé que 2,8 % des patientes ont eu une délivrance artificielle. La révision utérine a concerné 5 % des patientes.

4.2. Etat périnéal

Tableau XIV : Etat périnéal

	primipares	multipares	total
Périnée intact (%)	21,9	50,4	36,5
Episiotomie (%)	43,9	8,4	25,8
Déchirure 1^{er} degré (%)	27,2	36,1	31,8
Déchirure 2^{ème} et 3^{ème} degré (%)	7,0	5,0	6,0

4.3. Hémorragie de la délivrance

Tableau XV : Hémorragie de la délivrance (HDD)

	% ou m ± ET	p
Population globale (%)	6,0	
primipares	4,3	0,30
multipares	7,3	
Ocytocine pendant le travail (%)		
patientes ayant eu de l'ocytocine	5,1	0,77
patientes n'ayant pas eu d'ocytocine	6,5	
Durée à dilatation complète (DC) (heures)		
patientes ayant eu une HDD	1,73 ± 1,5	0,83
patientes n'ayant pas eu d'HDD	1,86 ± 1,6	
Durée des efforts expulsifs (EE) (min)		
patientes ayant eu une HDD	14,43 ± 11,9	0,50
patientes n'ayant pas eu d'HDD	16,71 ± 13,42	
Poids de naissance (PN) des enfants (g)		
patientes ayant eu une HDD	3404 ± 0,287	0,48
patientes n'ayant pas eu d'HDD	3319 ± 0,451	
Hauteur Utérine (HU)		
patientes ayant eu une HDD	32,8 ± 1,5	0,83
patientes n'ayant pas eu d'HDD	32,6 ± 2	

% : pourcentage

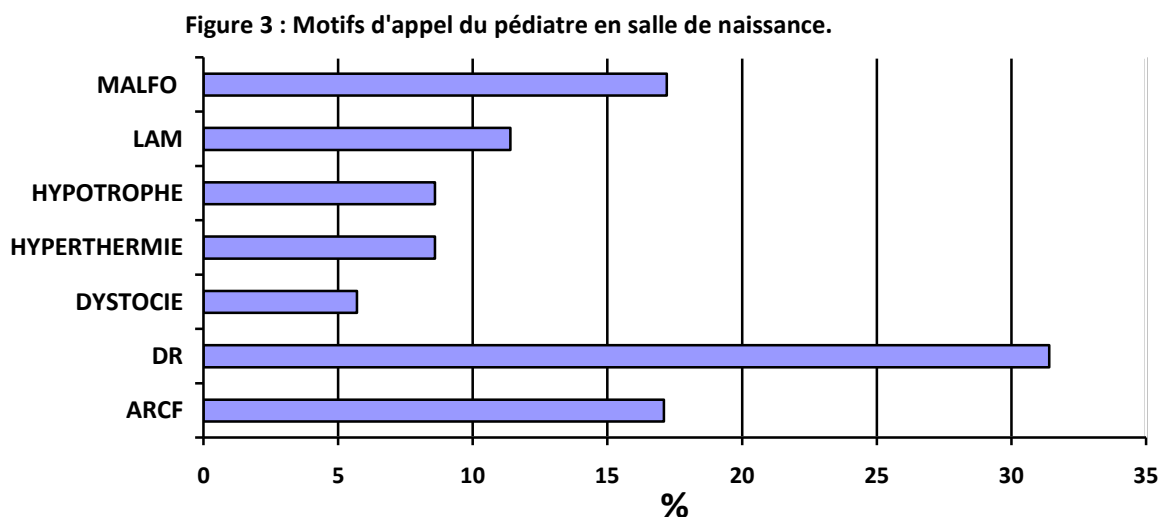
m ± ET : moyenne ± écart-type

4.4. Le nouveau-né

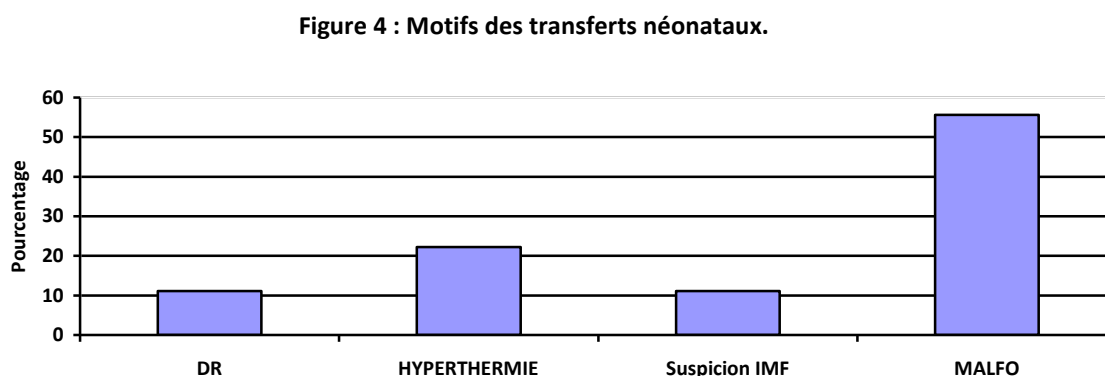
Tableau XVI : Etat néonatal

	Score d'Apgar à 1 minute de vie	p	Score d'Apgar à 5 minutes de vie	p	pH artériel	p
Population générale	9,51 ± 1,42 (1 – 10)		9,95 ± 0,31 (6 – 10)		7,24 ± 0,08 (6,91 – 7,43)	
primipares	9,37 ± 1,65	0,15	9,91 ± 0,43	0,09	7,23 ± 0,08	< 0,05
multipares	9,64 ± 1,14		9,98 ± 0,13		7,26 ± 0,08	
RAPDE *						
patientes ayant eu une RAPDE	9,55 ± 1,37	0,70	9,93 ± 0,43	0,44	7,24 ± 0,09	0,44
patientes n'ayant pas eu de RAPDE	9,48 ± 1,49		9,96 ± 0,19		7,23 ± 0,06	
Ocytocine pendant le travail						
patientes ayant eu de l'ocytocine	9,44 ± 1,44	0,62	9,95 ± 0,22	0,98	7,24 ± 0,08	0,83
patientes n'en ayant pas eu	9,54 ± 1,41		9,95 ± 0,36		7,24 ± 0,08	
Analgsie Péridurale (APD)						
patientes ayant eu une APD	9,44 ± 1,51	0,29	9,95 ± 0,38	0,11	7,24 ± 0,07	0,22
patientes n'ayant pas eu d'APD	9,66 ± 1,21		10,0		7,25 ± 0,08	
Issue de l'accouchement						
voies basses	9,57 ± 1,26	< 0,05	9,97 ± 0,18	< 0,05	7,24 ± 0,08	0,69
césarienne	8,46 ± 2,93		9,62 ± 1,12		7,25 ± 0,07	

Le pédiatre a été appelé dans 14,9 % des accouchements : dans 22,6 % des cas il s'agissait de primipares et dans 7,6 % des cas il s'agissait de multipares. La différence est significative ($p < 0,05$).



La réanimation néonatale a été nécessaire dans 5,5 % des accouchements. Dans 92,3 % des réanimations, une aspiration a été nécessaire et le reste des réanimations dans 7,7 % des cas était une ventilation. Aucun nouveau-né n'a été intubé dans notre recueil de données. Des transferts néonataux ont été observés dans 5,2 % des cas.



Le peau à peau en salle de naissance a été réalisé suite à 74,7 % des accouchements. Nous avons retrouvé 75 % de mises au sein en salle de naissance (les tétées d'accueil et les souhaits d'allaitement maternel).

Les suites de couches dans le service de maternité ont été physiologiques dans 97,4 % des cas. Les 2,6 % de suites pathologiques ont été marquées par :

une anémie, une septicémie, une rétention placentaire, une infection materno-fœtale et une hémorragie de la délivrance.

V. TABLEAU RESUME DE L'ETUDE.

Tableau XVII : RESUME DE L'ETUDE

	Primipares	Multipares	Total
	n = 115 (49,1 %)	n = 119 (50,9 %)	n = 234
VVP (%)	97,4	98,3	97,9
ERCF (%)	97,4	98,3	97,9
APD (%)	87,8	52,1	69,7
dilatation APD (cm)	4,0 ± 1,5	4,8 ± 1,6	4,3 ± 1,6
RAPDE (%)	52,2	33,6	42,7
dilatation RAPDE (cm)	5,3 ± 2,0	7,3 ± 3,2	6,1 ± 2,7
Ocytocine (%)	54,8	13,6	33,9
dilatation ocytocine (cm)	6,8 ± 2,8	7,0 ± 2,7	6,8 ± 2,8
Changement positions (%)	79,8	47,9	63,5

DISCUSSION

Cette étude montre que pour des accouchements, de grossesses qualifiées à « bas risque » selon les critères de la HAS de 2007 (à terme, avec un fœtus singleton en présentation céphalique, un début de travail spontané et un utérus non cicatriciel), des gestes sont réalisés. Cette technicité s'illustre : dans 98 % par la pose d'une VVP ; dans 98 % par la pose de l'ERCF en continu ; dans 70 % par le recours à l'APD intervenant à une dilatation moyenne de 4,3 cm ; dans 43 % par la réalisation de la RAPDE intervenant à une dilatation moyenne de 6 cm ; et dans 34 % par l'utilisation de l'ocytocine intervenant à une dilatation moyenne de 6,8 cm. Il existe une nette différence entre les primipares et les multipares.

L'accouchement survient dans 99 % en décubitus dorsal. L'issue des accouchements est le suivant : 94 % d'accouchements voie basse (86 % des voies basses sont spontanées et 14 % instrumentales) ; 5 % de césariennes ; 26 % d'épisiotomies ; 6 % d'hémorragies de la délivrance ; 5 % de nouveau-nés qui requiert une réanimation à la naissance.

Enfin, la notification des indications des différents gestes n'est pas retrouvée dans les dossiers médicaux dans 77,2 % pour la RAPDE et dans 93,7 % pour l'ocytocine.

I. PERTINENCE ET VALIDITE DE L'ETUDE.

1.1. Points forts

Cette étude fait écho à la diffusion par la HAS en septembre 2014, du cahier des charges pour l'expérimentation des maisons de naissance en France. En l'absence de consensus, de protocoles ou de recommandations existant au sujet de la gestion du travail spontané, notre propos était de réaliser un recueil de pratiques, sans toutefois prétendre constituer un référentiel.

Cette étude se positionne dans cette dynamique d'évaluation et peut être considérée comme un état des lieux des pratiques en maïeutique dans la gestion du travail spontané pour les grossesses à priori à bas risque obstétrical par les sages femmes exerçant dans un établissement de type III.

1.2. Points faibles, difficultés et limites.

L'échantillon réduit constitue une limite à notre étude, bien que 234 dossiers aient été analysés. Une étude incluant un plus grand nombre de dossiers aurait pu permettre d'obtenir plus de résultats statistiquement significatifs.

Les nombreuses données manquantes dans les dossiers étudiés constituent un biais majeur dans l'exploitation des données.

Notre population a été sélectionnée sans distinction de parité. Néanmoins, d'une part, nous connaissons les différences de déroulement du travail entre les primipares et les multipares, et d'autre part la parité est parfois retrouvée comme un facteur de risque de certaines dystocies ou pathologies. C'est pourquoi, nous avons parfois dû distinguer la parité dans l'analyse de nos résultats afin de pallier à ce biais de sélection.

Ensuite, l'étude porte sur les patientes prises en charge au CHU de Nantes. Les résultats observés ne sont pas généralisables à toutes les maternités de type III tant sur le plan qualitatif que quantitatif. Les protocoles internes à la maternité du CHU de Nantes peuvent influencer les résultats de notre étude. C'est pourquoi, il aurait pu être intéressant de comparer les pratiques entre les maternités de type III et les maternités de type I ou II. Une étude d'une aussi grande envergure n'était pas réalisable dans les délais impartis.

Enfin, il existe des variations inter individuelles, voire intra individuelles entre les sages-femmes dans la gestion des patientes. En effet, le travail d'une patiente peut être suivi par plusieurs personnes (au vu des changements d'équipes).

II. PARTICULARITES DE LA GESTION DU TRAVAIL SPONTANE AU SEIN D'UNE MATERNITE DE NIVEAU III ET CONFORMITE AUX RECOMMANDATIONS.

2.1. Au cours du premier stade du travail.

2.1.1. Caractéristiques lors de l'admission

La **préparation à la naissance et à la parentalité** (PNP) fait partie intégrante du suivi médical d'une grossesse. Néanmoins, l'information n'a pas été

retrouvée dans plus de la moitié des dossiers obstétricaux. Cette formation étant réalisée à l'extérieur, cette information est-elle demandée lors de la constitution de chaque dossier ? L'étude montre que les primipares réalisent une PNP dans 66,7 % des cas, c'est pourquoi, il nous paraît primordial de s'assurer d'une part, de l'information des femmes sur les séances de préparation dès la déclaration de grossesse ; et d'autre part, de promouvoir leur réalisation.

L'étude vérifie que la **dilatation cervicale** est plus élevée chez les patientes multipares que chez les patientes primipares lors de l'admission pour une mise en travail spontané. Nous n'avons pas observé de différence significative pour la rupture spontanée des membranes avant la mise en travail : la parité ne semble donc pas être un facteur intervenant dans la rupture prématurée des membranes.

Concernant les patientes primipares, nous pouvons noter qu'elles sont significativement plus souvent autorisées à déambuler après l'admission que les patientes multipares. Nous constatons également que les primipares vont significativement plus en salle de pré-travail, probablement du à une dilatation cervicale plus lente.

2.1.2. Gestion du pré-travail

Pendant le déroulement du pré-travail et du travail, l'OMS recommande des « *méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur (...) comme des massages et des techniques de relaxation* ». L'étude confirme ce que nous supposons : la gestion du pré-travail est assez diversifiée. En effet, pour soulager la douleur, les patientes se voient proposer des exercices de mobilité sur un ballon, un bain ou une douche chaude, et la déambulation.

La **déambulation** recommandée par l'OMS [3], a concerné 13,7 % des patientes en phase de latence. Elle permet ainsi de diminuer le recours à l'analgésie péridurale et aux ocytociques. Elle constitue un critère fondamental d'une prise en charge physiologique du travail. De plus, la posture verticale favorise la dilatation du col par une meilleure sollicitation du pôle inférieur de l'œuf, et permet une réduction significative de la durée totale de dilatation. [50]

L'immersion dans l'eau au cours de la première phase de travail réduit sensiblement le recours à l'analgésie péridurale selon une étude publiée par la revue Cochrane. [51] Elle a concerné 63,2 % des patientes allant en salle de pré-travail.

Aucune prise en charge de la douleur avec des **massages** du sacrum (qui est un moyen antalgique dans le cas de présentations postérieures), avec de l'**homéopathie** ou bien avec de l'**acupuncture** n'ont été retrouvées dans l'étude. Néanmoins, il convient de préciser que le recours à l'acupuncture ou à l'homéopathie nécessite l'obtention d'un diplôme universitaire (DU). Enfin, la mise en place d'un accompagnement d'une femme avec de l'acupuncture nécessite également une certaine disponibilité de la sage-femme qui a souvent plusieurs parturientes sous sa responsabilité.

Durant les études de sages-femmes, bien que la licence soit consacrée à l'apprentissage de la physiologie, toutes ces méthodes dites « naturelles » sont succinctement abordées. Il pourrait être intéressant que les étudiantes sages-femmes puissent avoir des initiations plus détaillées sous forme « d'unités d'enseignements libres ». Par ailleurs, l'homéopathie figure sur la liste de prescription des sages-femmes mais ne figure pas dans le programme de pharmacologie des étudiantes sages-femmes. Là aussi, il pourrait être utile d'envisager une « initiation » afin de disposer d'au moins quelques outils.

Enfin, l'étude met en évidence que le passage en salle de pré-travail est associé à une dilatation cervicale significativement supérieure pour ces parturientes à l'entrée en salle de naissance par rapport aux parturientes n'étant pas allées en salle de pré-travail.

2.1.3. Gestion du travail spontané en salle de naissance

L'évaluation de la gestion du travail se fait en étudiant le **partogramme**. L'étude révèle qu'il est débuté à une dilatation moyenne de 4,9 cm avec une différence significative entre les patientes primipares (4,1 cm) et les patientes multipares (5,7 cm). Le partogramme est retrouvé dans 100 % des suivis de travail spontané conformément aux recommandations de l'OMS [3] à ce sujet. Comme le rappelle le CNGOF [52], son utilisation est un élément fondamental. Nous allons vous présenter les éléments du partogramme que nous avons retenu pour notre étude. Afin d'alimenter notre discussion, il nous paraît important de préciser, que selon l'OMS, « *dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel* ». [3]

- Tout d'abord, l'étude rapporte que 97,9 % des patientes ont eu une **voie**

veineuse périphérique (VVP). Elle est indispensable lors de la pose d'une APD pour pallier à une éventuelle hypotension maternelle, cependant, 69,7 % des patientes ont bénéficié d'une pose d'une APD. L'OMS [3] classe l'« *infusion intraveineuse systématique pendant le travail* » comme une pratique qui est à l'évidence nocive ou inefficace et qu'il convient d'éliminer. Au Royaume-Uni, seules les femmes souhaitant une analgésie péridurale ont une voie veineuse périphérique. [30] Afin d'allier la sécurité d'une voie veineuse rapidement accessible et la possibilité pour la patiente de se mobiliser, il existe des dispositifs médicaux permettant d'obturer la voie veineuse en se positionnant à l'extrémité du cathéter veineux.

- Ensuite, l'étude révèle que la fréquence de **l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal (ERCF)** est très importante : 97,9 %. Selon le CNGOF [43], « *il est recommandé de réaliser un enregistrement du RCF sur au moins 20 minutes pour toute femme arrivant en début de travail* », ensuite le CNGOF [43] et l'OMS [3] s'accordent sur le postulat que « *la surveillance du travail discontinue ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque. Elle nécessite la présence d'une sage femme par parturiente* ». Le monitoring électronique continu semble préférable seulement chez les femmes présentant un risque accru. Puis, le CNGOF conclue que « *compte tenu des pratiques obstétricales actuelles et du personnel disponible en salle de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail* ». L'enregistrement intermittent a une moins bonne sensibilité pour détecter les acidoses fœtales, cependant l'enregistrement continu est associé à une augmentation des extractions instrumentales et des césariennes. [43]

- Puis, l'étude rapporte que 0,9 % des patientes ont eu une **boisson donnée pendant le travail** (seules les informations retrouvées notées dans le dossier obstétrical ont pu être prises en compte). L'OMS [3] ainsi qu'un article de la Cochrane paru dans la revue médicale Suisse [53] indiquent ces recommandations : « *boire et/ou manger durant l'accouchement ne représente ni bénéfice ni danger particulier, tant pour les femmes à bas risque de complications que pour le nouveau-né. Le choix de s'alimenter devrait ainsi être laissé aux femmes* ». Au Royaume-Uni [30], les parturientes ont des boissons et une alimentation pendant le travail. Le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire [Annexe 3] a publié

des recommandations de la commission d'anesthésistes concernant le jeûne per partum en septembre 2012. Pour les femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale efficace et ayant un travail eutocique non compliqué, « seuls les liquides clairs sont autorisés à faible quantité : 100 mL/heure ou 250 mL toutes les 4 heures ».

- De manière historique, le travail obstétrical a été marqué par la mobilité et la verticalité. L'étude met en évidence que les **positions maternelles pendant le travail** sont régulièrement alternées pour 63,5 % des patientes. Nous pouvons également noter que les patientes primipares ont significativement plus de changements de positions durant le travail que les patientes multipares. Ce point peut être expliqué par le fait que le travail est plus rapide chez les multipares. Cette mobilisation pendant le travail est donc en accord avec les recommandations de l'OMS [3] qui indique qu' *« aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant le premier stade du travail. »* ainsi que celles du CNGOF [32] [34] qui considère que *« les positions verticales et le décubitus latéral sont susceptibles de faire disparaître certaines anomalies du RCF »*, en évitant le syndrome aorto-cave. Le CNGOF résume que *« la liberté posturale maternelle (...) peut être autorisée, voire recommandée, au cours de tout accouchement qualifié de normal »*.

- Concernant la **fréquence des touchers vaginaux**, l'étude met en évidence que les patientes multipares sont plus souvent examinées que les patientes primipares. Nous pouvons nous demander pourquoi, sachant que, comme nous l'avons déjà dit, la durée de travail est moindre chez les patientes multipares. Néanmoins, les patientes multipares, bénéficiant moins de l'APD, sollicitent-elles plus les sages-femmes ? Ensuite, les examens sont significativement moins fréquents la nuit par rapport à la journée : existe-il un interventionnisme plus élevé en journée ? Enfin, nous pouvons noter que les patientes ne bénéficiant pas d'APD sont plus fréquemment examinées : étant plus algiques, peut-être, sollicitent-elles plus souvent la sage-femme ?

Il existe une quasi-totalité de mise en œuvre du principe de sécurité ; ce qui se voit par une pose systématique de **VVP** et d'**ERCF** en continu.

Concernant le **jeûne per-partum**, les recommandations ne semblent pas être diffusées, connues ou bien acceptées par les différents professionnels. La sage-femme n'étant pas toujours unique prescriptrice de la prise en charge.

Enfin, nous observons l'importance de la **mobilisation** durant le travail, pour la gestion de la douleur ainsi que l'avancée du travail. Nous ne pouvons pas répondre à notre questionnement concernant la pertinence de sa mise en œuvre. Notre étude ne nous a pas permis d'évaluer d'une part comment la mobilisation est proposée par les professionnels, et d'autre part la demande et le souhait des parturientes à ce sujet.

Le recours à la **RAPDE** et à l'**utilisation d'ocytociques**, représentent la principale technicité pendant le travail spontané des patientes à bas risque.

Ces deux pratiques agissent sur la dynamique utérine et/ou la dilatation cervicale et sont associées, dans notre étude, à une diminution significative de la durée du travail.

L'étude montre le rapport étroit de ces deux gestes avec l'**analgésie péridurale**, mais n'a pas mis en évidence de conséquences délétères sur l'état maternel et/ou fœtal.

- D'une part, l'étude montre que 69,7 % des patientes ayant un début de travail spontané bénéficient d'une **analgésie péridurale** (APD), avec une répartition différente en fonction de la parité : 87,8 % des patientes primipares et 52,1 % des patientes multipares. L'APD intervient à une dilatation cervicale moyenne de 4,3 cm (4,0 cm pour les primipares et 4,8 cm pour les multipares). La pose d'une APD semble être l'élément central d'une technicité autour de la naissance, en effet, la prise en charge du travail paraît directement liée à la présence d'une APD, tout en considérant qu'elle peut diminuer la contractilité utérine et donc allonger la durée de travail. [36] Cependant comme il est indiqué dans la publication du CNGOF de décembre 2014 [52], l'impact de l'APD sur la durée du travail est assez difficile à évaluer. D'une part les femmes qui ont un travail lent peuvent la demander et les femmes qui ont un travail rapide peuvent ne pas avoir le temps d'en bénéficier. Ce qui peut accentuer les différences entre les

deux groupes dans les études. L'allongement de la durée de travail par l'APD serait double, par une action sur la motricité utérine et par une incidence supérieure des présentations postérieures due à une diminution du tonus musculaire du plancher pelvien.

Il existe un lien entre la pratique d'une RAPDE et la présence d'une APD. En effet, pour la population des patientes ayant bénéficié d'une RAPDE, 86 % ont une APD et 14 % n'en ont pas. Cette différence est significative.

Comme pour la RAPDE, il existe un lien entre l'utilisation d'ocytociques et la présence d'une APD et. En effet, pour la population des patientes ayant bénéficié d'ocytociques, 94,8 % ont une APD et 5,2 % n'en ont pas. Cette différence est significative.

Nous pouvons noter que l'utilisation de l'EVA pour la cotation de la douleur, a permis une pose de l'APD intervenant à une dilatation cervicale significativement plus élevée. En outre l'OMS [3] recommande des « *méthodes non traumatiques et non pharmacologiques pour soulager la douleur pendant le travail comme des massages et des techniques de relaxation* », les données retrouvées dans les dossiers obstétricaux ne permettent pas de conclure quant à leur utilisation lors de la gestion du travail en salle de naissance. Par ailleurs, l'utilisation du protoxyde d'azote a été retrouvée pour 1,70 % des patientes n'ayant pas bénéficié de l'APD (soit à cause de contre-indications, soit lors d'un travail trop rapide).

L'utilisation d'une APD pendant le travail entraîne une inhibition du réflexe de miction spontanée, de plus le remplissage volémique (de type Ringer Lactate ®), qui favorise le remplissage vésical, est obligatoire lors de l'analgésie péridurale pour prévenir le risque hypotenseur. Il en résulte donc une mise en place de sondages urinaires répétés pendant le travail, ce qui peut renforcer l'idée de médicalisation du travail et de la naissance. C'est une pratique que nous n'avons pas envisagé dans notre étude et à laquelle il aurait pu être pertinent de s'intéresser.

- D'autre part, au sujet de la **rupture artificielle de la poche des eaux**, elle a été réalisée pour 42,7 % des patientes avec une différence significative entre les primipares (52,2 %) et les multipares (33,6 %). La RAPDE intervient à une dilatation cervicale moyenne de 6,1 cm (5,3 cm pour les primipares et 7,3 pour les multipares). L'étude rapporte qu'une indication de RAPDE notée dans le dossier a été retrouvée dans 22,8 % des cas, avec une différence significative entre les

patientes primipares et les patientes multipares pour qui l'indication a été retrouvée plus fréquemment dans le dossier obstétrical.

Comme il a été vu précédemment pour l'existence d'un lien entre la pratique d'une RAPDE et la présence d'une APD, il existe un lien entre la réalisation de la RAPDE et l'utilisation d'ocytociques durant le travail : les patientes ayant bénéficié d'une RAPDE avaient de l'ocytocine dans 40 % des cas et n'en avaient pas dans 60 % des cas. La différence n'est pas significative.

Il n'existe pas de recommandations de l'amniotomie lors du travail spontané, hormis la survenue d'une dystocie cervicale, la nécessité d'étudier le pH fœtal ou de mettre en place un capteur d'oxymétrie de pouls, la direction du travail, et la dilatation complète si la rupture ne s'est pas faite d'elle-même [17]. Les données de la littérature s'accordent sur le postulat que l'« *amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail* » n'est pas recommandée. Elle induit plus fréquemment des anomalies du RCF à type de ralentissements variables et tardifs. [43] Les recommandations étrangères s'accordent sur le même postulat [29] [30]. Ce point n'a pu être mis en évidence de façon significative dans notre étude. Néanmoins, il convient de rester prudent dans la réalisation de la RAPDE, et de respecter ses indications.

Selon le CNGOF [52], l'effet de la seule RAPDE, systématique précoce dans l'heure suivant le diagnostic du travail par rapport à une rupture plus tardive, ne permettrait pas de réduire le nombre d'extractions instrumentales ou de césariennes mais serait associée à un raccourcissement de la durée de travail.

- Puis, **l'utilisation de l'ocytocine** a été retrouvée dans 33,9 % des cas pendant le travail spontané. Ce qui signifie également que près de 70 % des patientes ayant un début de travail spontané à terme n'ont pas reçu d'ocytocine. Elle est significativement plus souvent utilisée pour les patientes primipares (54,8 %) à une dilatation moyenne de 6,8 cm que pour les patientes multipares (13,6 %) à une dilatation moyenne de 7 cm. Lors de notre recueil de données, nous n'avons retrouvé que 6,8 % d'indications notées dans le dossier obstétrical pour l'utilisation de l'ocytocine. La majorité des patientes qui ont de l'ocytocine bénéficie alors d'un travail dirigé sans indication médicale notée dans le dossier. L'étude révèle que le débit moyen utilisé est le même pour les primipares et les multipares (il n'y a pas de différence significative), les primipares reçoivent de l'ocytocine durant une durée significativement plus élevée que les multipares, c'est pourquoi, la quantité reçue

par les primipares est significativement plus élevée. Il convient donc pour l'ocytocine de respecter ses indications et d'être prudent dans son utilisation, surtout en connaissant ses principaux effets secondaires tels que l'hyperstimulation utérine et/ou les troubles du RCF.

Selon l'OMS, l'« *accélération par l'ocytocine* » [3] est une pratique fréquemment utilisée à tort et à l'évidence nocive, les indications qu'elle retient pour son utilisation sont le déclenchement artificiel du travail et l'harmonisation des contractions utérines. Cela, naturellement, ne signifie pas que l'ocytocine soit inutile dans le traitement du travail prolongé. Selon la HAS, deux situations font appel à l'utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané : l'insuffisance de contractions utérines en cours de travail, à l'origine du travail dystocique, et le traitement préventif de l'hémorragie du post-partum par atonie utérine. [54]

Le réseau sécurité naissance des Pays de la Loire a établi un protocole d'utilisation de l'ocytocine pendant le travail [Annexe 7]. Il rappelle certains principes fondamentaux tels que le monitoring de l'activité de l'utérus et du RCF pour prévenir une ARCF ou une hypertonie, un délai de 30 minutes d'ERCF avant le début de l'ocytocine, pas d'augmentation du débit d'ocytocine dans les 30 minutes qui suivent la rupture des membranes, l'utilisation de la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir une activité utérine satisfaisante, après l'obtention d'une dynamique utérine stable la diminution voire l'arrêt de l'ocytocine, une augmentation progressive des doses toutes les 20 à 30 minutes, la dose de 20 mUI/min nécessitant l'avis d'un obstétricien, la dose maximale de 32 mUI/min à ne pas dépasser (28 mUI/min étant la dose à partir de laquelle les récepteurs sont saturés) et l'utilisation de l'ocytocine après information et accord de la patiente.

La technicité entourant la naissance semble s'organiser selon le schéma suivant : la pose d'une analgésie péridurale vers 4 cm ; la survenue de la RAPDE vers 6 cm et l'utilisation d'ocytociques vers 7 cm.

La RAPDE et l'utilisation d'ocytociques sont des indicateurs de technicité particulièrement utilisés dans notre étude sur une population à bas risque.

L'ocytocine étant un médicament dangereux [55], une réflexion autour de son usage a été envisagée. Dans un but *d'harmonisation des pratiques* et de *prudence* dans son utilisation, le Réseau Sécurité Naissance a publié en juin 2014 une **plaquette sur l'utilisation de l'ocytocine pendant le travail** [Annexe 7]. Il nous semble primordial d'encourager son usage et sa distribution pour les sages-femmes exerçant en salle de naissance.

Concernant la durée du travail, selon le CNGOF [52], elle semble s'être modifiée par rapport aux descriptions des travaux de Friedman. Les travaux actuels suggèrent que la vitesse de dilatation peut être plus lente que ce qui est généralement accepté en France.

C'est pourquoi il semblerait utile d'amorcer une réflexion sur les seuils de durée de travail anormaux nécessitant une intervention obstétricale au cours du travail : RAPDE, ocytocine.

2.2. Impact des actes lors du premier stade du travail sur le déroulement du deuxième stade du travail.

- A nouveau, un lien a été mis en évidence entre **le changement de positions** durant le travail et différents éléments.

Premièrement, l'étude montre que la durée moyenne de la deuxième phase du travail (entre le moment à dilatation complète et l'accouchement) est significativement moins élevée chez la population de patientes ayant bénéficié d'une mobilisation durant le travail (1,3 heure) par rapport aux patientes n'en ayant pas bénéficié (2 heures).

Ensuite, la durée moyenne des efforts expulsifs est significativement moindre pour les patientes ayant bénéficié de changements de positions : elle est

de 9,6 minutes alors qu'elle est de 17,5 minutes pour les patientes n'en ayant pas bénéficié.

Ces deux points sont à nuancer par le fait que ce sont les multipares qui ont un travail plus rapide, qui ont le moins recours à l'APD et qui peuvent donc le plus se mobiliser.

Enfin, l'étude n'a pas permis de mettre en évidence un lien entre l'issue d'accouchement (les voies basses et les césariennes) et la mobilisation.

- Concernant **l'utilisation d'ocytocine pendant le travail**, nous pouvons remarquer un lien entre le fait de recevoir de l'ocytocine et la durée moyenne de la deuxième phase de travail significativement plus élevée chez les patientes ayant reçu de l'ocytocine (2,5 heures) par rapport aux patientes n'ayant pas reçu d'ocytocine (1,3 heure). Cela peut s'expliquer par le fait que l'ocytocine est utilisée lorsque le travail se prolongeait dans le temps ou lorsque la dynamique utérine n'était pas satisfaisante.

Puis, il existe une différence significative concernant la durée moyenne des efforts expulsifs, qui est plus élevée chez les patientes ayant eu de l'ocytocine (20,8 minutes) par rapport à celles n'en ayant pas eu (12,1 minutes). Ce point peut s'expliquer par une durée de travail plus longue et donc une fatigue maternelle ainsi qu'une part plus importante de patientes primipares.

Enfin, dans la population générale, l'étude met en évidence 94,4 % d'accouchements voie basse et 5,6 % de césariennes. Nous nous apercevons de l'existence d'une relation entre l'utilisation d'ocytocine et le mode d'accouchement. En effet le groupe de patientes ayant reçu de l'ocytocine a significativement moins d'accouchements voie basse : 88,6 % et plus de césariennes : 11,4 % que les patientes n'ayant pas reçu d'ocytocine qui ont 97,4 % d'accouchements voie basse et 2,6 % de césariennes. Mais encore, nous constatons également une différence significative entre les issues d'accouchement voie basse (AVB) : les patientes ayant eu de l'ocytocine durant le travail ont 74,3 % d'AVB spontané et 25,7 % d'AVB instrumental alors que les patientes n'ayant pas eu d'ocytocine durant le travail ont 91,9 % d'AVB spontané et 8,1 % d'AVB instrumental.

Ces différents points peuvent trouver une explication dans le fait que ce sont les patientes primipares qui reçoivent le plus souvent de l'ocytocine. Comme nous le savons, les patientes primipares ont une durée de travail plus longue que les multipares. L'ocytocine est utilisée dans le cadre d'un travail dystocique ou se

prolongeant dans le temps. Ce qui pourrait expliquer le lien entre le mode d'accouchement et l'utilisation d'ocytocine.

Dans notre population à terme, pour une grossesse à bas risque, singleton, avec un fœtus en présentation céphalique, nous observons **6 % de césariennes**.

Nous constatons ici un lien entre l'utilisation de l'ocytocine durant le travail et l'issue obstétricale.

Sadler [56] a étudié l'usage de l'ocytocine et la durée de travail chez les primipares. Il retrouve une diminution de la phase d'expulsion pour les patientes recevant de l'ocytocine.

La revue de la littérature réalisée par la Cochrane [57] met en évidence un taux de césarienne légèrement diminué mais de manière non significative chez les patientes recevant de l'ocytocine. L'étude de Lopez [58] retrouve un taux de césariennes significativement inférieur.

Les résultats de notre étude, en contradiction avec la littérature, peuvent s'expliquer par la survenue d'une dystocie lors du déroulement du travail nécessitant l'utilisation de l'ocytocine. Une deuxième explication pourrait être de se questionner autour de l'existence d'un mésusage de l'ocytocine. Enfin, une autre explication est la sélection de notre population et l'échantillon réduit.

- Nous constatons que la présence d'une **analgésie péridurale** (APD) est associée à une durée moyenne de la deuxième phase de travail significativement plus élevée : elle est de 2 heures chez les patientes ayant bénéficié d'une APD et de 0,6 heure chez les patientes n'en ayant pas bénéficié.

Ensuite, l'APD est retrouvée en lien avec une durée moyenne des efforts expulsifs plus élevée : elle est de 16,8 minutes avec une APD et de 9,8 minutes sans APD.

L'étude ne montre pas de différence significative concernant le mode d'accouchement entre les accouchements voie basse et les césariennes, néanmoins nous pouvons souligner une différence significative entre les issues d'accouchement voie basse (AVB) : les patientes ayant eu une APD ont 82,9 %

d'AVB spontané et 17,1 % d'AVB instrumental et les patientes n'ayant pas eu d'APD ont 95,4 % d'AVB spontané et 4,6 % d'AVB instrumental.

Devant l'absence de « recommandations » concernant la mise en place d'une **analgésie péridurale**, si ce n'est le souhait de la patiente, nous ne sommes pas en mesure de discuter de sa conformité.

Notre étude met en évidence un lien significatif entre la **mise en place d'une APD** et une augmentation des durées de travail et des efforts expulsifs, ainsi que la survenue plus fréquente de voies basses instrumentales.

L'OMS [3] et une méta-analyse de la Cochrane [59] s'accordent sur différents postulats concernant les patientes bénéficiant d'une APD. La première phase du travail tend à être légèrement augmentée, la deuxième phase du travail est allongée et il existe un risque plus important d'extractions instrumentales chez ces patientes.

Les résultats de notre étude sont donc conformes aux revues de la littérature. Ces résultats peuvent s'expliquer d'une part par l'inhibition des sensations périnéales et du réflexe de poussée, puis d'autre part que la population bénéficiant d'une APD est majoritairement composée de patientes primipares.

- Concernant la **rupture artificielle de la poche des eaux**, l'étude n'a pas permis de mettre en évidence de résultats significatifs sur son impact au niveau de la durée moyenne de la 2^{ème} phase de travail, la durée moyenne des efforts expulsifs, les modes accouchements et les issues d'accouchement voie basse.

- Au sujet de la **position d'accouchement**, l'étude met en évidence que 99 % des mises au monde ont lieu en décubitus dorsal. Au Royaume-Uni, la pratique de l'accouchement en décubitus latéral y a été préférée depuis longtemps. Sur le côté, la patiente tourne le dos à l'accoucheur ; cette méthode initialement en rapport avec la prudence britannique fut universellement adoptée au Royaume-Uni. [60] La déclaration de principe commune sur l'accouchement normal du Canada recommande la liberté de mouvement tout au long du travail, et la poussée

spontanée dans la position privilégiée par la femme. [29] Le CNGOF explique que *« la liberté posturale maternelle ne s'avère pas délétère. Si elle ne doit pas être imposée, elle peut être autorisée, voire recommandée, au cours de tout accouchement qualifié de normal. Elle représente certainement un outil non iatrogène à utiliser largement comme appoint thérapeutique lors de difficultés à la terminaison de l'accouchement. »* ainsi que *« L'adoption spontanée de positions accroupie, à genoux ou à quatre pattes, ou en décubitus latéral lors de l'expulsion, peut et doit être acceptée, à défaut d'être proposée ».* [32] [34]

- Concernant la deuxième phase de travail et **les efforts expulsifs**, il paraît intéressant de discuter de leurs durées.

Selon Boulot et al [61], il faut « intervenir le moins possible lors de la seconde phase du travail ». La prolongation de la seconde phase du travail avant le début des efforts expulsifs permet l'augmentation du taux d'accouchements spontanés sans conséquences délétères fœtales ni maternelles, sous couvert que l'ERCF soit normal chez des patientes essentiellement primipares. L'attente permet à la tête fœtale d'achever sa descente et sa rotation et réduit de façon significative la réalisation d'extractions. Sous réserve d'un tracé fœtal normal, il est possible de permettre des efforts expulsifs jusqu'à 60 min.

Selon Schaal et al [62], il faut « diriger l'expulsion ». L'étude de la prolongation de la 2^{ème} phase du travail a montré une augmentation de la pathologie surtout pour la mère chez la primipare et pour la mère et l'enfant chez la multipare. Il faudrait sûrement modifier la durée admise de la deuxième phase de travail. Ce groupe de travail propose une limitation de la durée des efforts expulsifs de 30 min, durée au bout de laquelle il faudrait envisager une extraction instrumentale même en cas de tracé normal.

Selon Ménez-Orieux et al [63], la prolongation de la deuxième phase de travail avant les efforts expulsifs permet un net raccourcissement de la durée des efforts expulsifs, une augmentation des accouchements sans manœuvres et cela sans différence significative pour le score d'Apgar ainsi que le taux de transferts en néonatalogie.

La durée idéale des efforts expulsifs semble être encore à définir. Selon le CNGOF [43], les études réalisées sur l'expulsion ne permettent pas de donner des recommandations précises sur la durée des efforts expulsifs. Il existe cependant un consensus selon lequel il est préférable d'envisager une extraction instrumentale

pour des efforts expulsifs au-delà de 30 minutes.

2.3. Conséquences des pratiques lors du travail sur l'issue maternelle et néonatale au cours du troisième stade du travail.

2.3.1. Les complications périnéales

- La pratique de l'**épisiotomie** a été retrouvée dans 25,8 % des accouchements, et concerne 43,9 % des primipares et 8,4 % des multipares. Les recommandations de 2005 du CNGOF [38] proposent de respecter un taux global de 30 % d'épisiotomie, ce qui est retrouvé dans notre étude. Ensuite l'état des lieux du CIANE, en 2013, [40] observe 30 % d'épisiotomie avec 47 % lors d'un premier accouchement et 16 % pour les accouchements suivants. L'étude met en évidence que la pratique de l'épisiotomie est conforme aux recommandations. Il convient néanmoins de limiter son utilisation, en effet, elle augmente la quantité des pertes de sang, et génère aussi de l'inconfort, de la douleur, des infections, et des dyspareunies chez la patiente au cours du post-partum.

Le CNGOF indique que l'épisiotomie réalisée de façon systématique n'est pas recommandée. Elle ne réduit pas les déchirures graves du périnée, ni la survenue d'incontinence urinaire ou anale en post partum. Les effets indésirables sont des pertes sanguines majorées, une sensible augmentation des douleurs périnéales. [38] Selon l'OMS, l'« *utilisation courante ou systématique de l'épisiotomie* » est une pratique fréquemment utilisée à tort. [3] Les recommandations canadiennes ne conseillent pas l'épisiotomie systématique. [29] Sa pratique doit donc être prônée de manière sélective et restrictive.

- Les déchirures obstétricales du 1^{er} degré sont retrouvées dans 27,2 % des accouchements et les déchirures du 2^{ème} et 3^{ème} degré, dans 7 % des accouchements. Les résultats de l'étude sont en accord avec les données de la littérature, selon lesquelles 20 à 60 % des accouchements sont accompagnés de déchirures obstétricales. [39]

2.3.2. La délivrance

- L'étude montre que près de 93 % des patientes ont eu une **délivrance dirigée** (injection en intra veineuse lente de 5 UI d'ocytocine au moment du

dégagement de l'épaule antérieure). La survenue de **délivrance artificielle** et/ou **de révision utérine** n'est pas significativement liée à l'absence de délivrance dirigée.

Selon l'OMS [3], l'« *administration prophylactique d'ocytocine au troisième stade du travail chez les femmes présentant un risque d'hémorragie de la délivrance, ou qu'une spoliation sanguine même légère peut mettre en danger.* » est dans la catégorie des pratiques dont l'utilité peut être démontrée et qu'il convient d'encourager. Le CNGOF [41] et la HAS [42] recommandent la réalisation de cette pratique pour tous les accouchements.

- **L'hémorragie de la délivrance** (HDD) s'observe dans 6 % des accouchements. Les effectifs réduits de notre étude n'ont pas permis de mettre en évidence une relation entre la survenue d'une HDD avec l'utilisation d'ocytociques durant le travail, ni de mettre en évidence une relation avec la durée moyenne à dilatation complète et/ou la durée moyenne des efforts expulsifs. La parité et la hauteur utérine élevée semblent être des facteurs de risque, mais la différence n'est pas significative.

Dans une population à terme, pour une grossesse à bas risque, singleton, avec un fœtus en présentation céphalique, nous observons **25,8 % d'épisiotomies et 6 % d'hémorragies de la délivrance**, ce qui correspond au taux national [7].

2.3.3. L'état néonatal

- L'étude met en évidence que le **pH artériel** des nouveau-nés de patientes primipares est significativement plus bas (7,23) que celui des nouveau-nés de patientes multipares (7,26). En somme, le pH est normal dans les deux populations. Dans la population générale, il est en moyenne de 7,24.

- Le **score d'Apgar** (score d'adaptation à la vie extra-utérine) est en moyenne à 9,51 à 1 minute de vie, puis à 9,95 à 5 minutes de vie. Les faibles effectifs de notre étude n'ont pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les scores d'Apgar liés à la réalisation de certaines pratiques (RAPDE, utilisation d'ocytocine, mise en place d'une APD).

Concernant les issues d'accouchement, nous constatons une différence

significative du score d'Appgar à 1 et à 5 minutes de vie entre les accouchements voie basse (AVB) et les césariennes : il est respectivement de 9,57 et 9,97 pour les voies basses, puis de 8,46 et 9,62 pour les césariennes. Ce qui s'explique par la survenue de certaines césariennes pour indications fœtales (ARCF).

L'étude met en évidence qu'une moindre technicité autour du travail et de l'accouchement semble être plus adaptée aux parturientes à bas risque. Ce qui permettrait d'améliorer la qualité de la prise en charge en évitant les effets iatrogènes et en améliorant la satisfaction des parturientes.

III. REPONSES A NOS HYPOTHESES, OBJECTIFS

- Nous avons décrit l'interventionnisme comme un ensemble de gestes techniques entourant la naissance, réalisés dans un cadre systématique et ne répondant pas à une indication médicale. L'hypothèse selon laquelle **l'interventionnisme est davantage présent le jour** que la nuit est vérifiée. En effet, d'une part l'étude met en évidence un nombre significativement moindre de touchers vaginaux la nuit et d'autre part une durée moyenne de la 2^{ème} phase du travail significativement plus importante la nuit. La durée moyenne des efforts expulsifs est de 13,8 minutes la journée et 14,3 minutes la nuit ; cependant la différence n'est pas significative.

- L'étude met en évidence que pour les grossesses à bas risque, nous faisons face à un **interventionnisme qui ne semble pas toujours justifié durant le travail**. Nous retrouvons une réalisation importante de la RAPDE avec une indication retrouvée dans le dossier dans seulement 1 cas sur 5. Nous observons également une utilisation importante de l'ocytocine, avec une indication retrouvée dans le dossier pour seulement 7 % des cas. Nous remarquons un large recours à l'analgésie péridurale qui semble influencer la prise en charge du travail ; en effet les pratiques de la RAPDE et de l'utilisation de l'ocytocine sont significativement plus fréquentes lors de la mise en place de l'APD. Par ailleurs, l'APD est en lien avec une augmentation de la durée de travail et de la durée des efforts expulsifs, ainsi qu'une augmentation des voies basses instrumentales. *Sans toutefois remettre en cause le droit fondamental de chaque patiente de ne pas souffrir, nous*

pouvons nous demander si la gestion de la douleur causant la pose d'une analgésie péridurale, est un facteur de la médicalisation ? De plus, faudrait-il réfléchir à une alternative en termes d'accompagnement pour ces patientes ?

- Notre étude nous confirme **l'influence bénéfique de la mobilisation**. Cependant nous n'avons pas pu évaluer ni sa réponse à la demande des patientes ni sa proposition aux patientes par les professionnels (car ces deux informations ne sont pas tracées).

- L'hypothèse de départ selon laquelle la réalisation de la RAPDE et l'utilisation de l'ocytocine ne répondent pas toujours à une indication médicale est alors affirmée, car l'indication n'est pas notée dans le dossier médical dans la majorité des cas. Il convient de préciser que ce **manque de notification** des indications dans le dossier médical peut être expliqué par deux raisons principales : d'une part un défaut d'indication médicale et d'autre part un défaut de traçabilité de l'indication dans le dossier.

IV. APPORTS DANS LA PRATIQUE DE SAGE-FEMME.

4.1. Perspectives

Les perspectives dans la pratique de notre métier de sage-femme vont concerner différents points.

- Premièrement, il semble primordial de s'assurer de l'information des femmes sur la possibilité de réaliser une **préparation à la naissance et à la parentalité** (PNP) durant leur grossesse, et ce, dès la déclaration de la grossesse par la sage-femme, le gynécologue-obstétricien, ou le médecin généraliste ou bien lors de l'entretien prénatal précoce. Nous pourrions également envisager qu'elles reçoivent cette information par le biais d'une plaquette d'information, soit lors de leur inscription à la maternité en début de grossesse, soit lors des démarches administratives au près de la caisse d'allocations familiales, de la caisse primaire d'assurance maladie, ou de la PMI.

En effet, la PNP prend toute son importance pour la gestion de la douleur en début de travail spontané : permettrait-elle, une meilleure gestion de la douleur tout

en pouvant envisager une analgésie péridurale plus tardive dans le travail ?

D'autre part, avec l'expérimentation future des maisons de naissance, les patientes à bas risque qui y seront prises en charge devront gérer la douleur sans la possibilité d'APD, d'où l'importance d'avoir fait des séances de préparation.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant d'informer les patientes, dès leur consultation du 8^{ème} et/ou 9^{ème} mois sur le lieu d'accouchement, de la possibilité de réaliser un **projet de naissance** qui n'a été retrouvé de manière écrite dans aucun des dossiers médicaux. Les patientes en connaissent-elles la possibilité ? Leur mise en œuvre systématique pourrait guider les sages-femmes à accompagner les patientes en respectant leurs souhaits.

- Ensuite, l'étude a mis en évidence le bénéfice d'une **prise en charge préalable en salle de pré-travail**, néanmoins nous avons remarqué que les moyens mis en place pour gérer la douleur demeurent assez limités. Nous pourrions imaginer l'encouragement des massages par la personne accompagnante, qui peuvent permettre de diminuer la sensation de douleur : par un effet contenant, par le contact rassurant du conjoint et par la stimulation sensitive de la région massée permettant à la patiente de ne pas se focaliser que sur la douleur de la contraction utérine. Pour cela, au même titre que les brumisateurs d'eau présents en salle de naissance, il pourrait être conseillé aux patientes d'apporter un flacon d'huile de massage. Tout cela pose la question de l'information des patientes, de la réalisation et du contenu des séances de PNP. L'apprentissage des massages avec la personne accompagnante pourrait-il en faire partie intégrante ?

- Puis, au vue de l'importance de la **mobilisation pendant le travail**, nous pouvons ici aussi se demander pourquoi ce point n'est pas abordé de manière plus approfondie durant la formation initiale des sages-femmes. En effet, après une approche en première année, il pourrait être intéressant de faire des rappels en fin d'études, afin que la liberté posturale lors du travail et de l'accouchement soit un véritable outil à la mécanique obstétricale.

Ensuite, en considérant que la formation continue des sages-femmes sur la mobilisation en salle de naissance est assez bien répandue, nous pouvons nous demander quels sont les freins à sa mise en œuvre ? Sont-ils culturels, sécuritaires, ou bien peu favorisé par l'architecture du plateau technique ? Les stratégies de changement des pratiques seraient-ils donc axées sur le point

sécuritaire ? Le type III de la maternité et la prise en charge concomitante de grossesses physiologiques et pathologiques favorisent-ils cet axe sécuritaire ?

- Quant au **jeûne per-partum**, l'étude a mis une évidence la difficulté pour les recommandations récentes du RSN d'entrer dans les pratiques en salle de naissance. C'est pourquoi, il convient d'encourager leur diffusion, et il pourrait être envisagé de les afficher. Les freins à leur diffusion sont-ils principalement des différences d'appréciation selon les professionnels ?

- Au sujet de **l'utilisation de l'ocytocine en salle de naissance**, il paraît là aussi primordial d'encourager la diffusion des recommandations du RSN avec la distribution des plaquettes à toutes les sages femmes de salle de naissance dans un but d'harmonisation des pratiques (avec un mode de dilution unique au sein d'un même établissement) et de prudence dans son utilisation.

- L'APD diminue la mobilité pendant le travail alors que l'OMS [3] recommande au contraire de favoriser la déambulation qui, nous le savons est bénéfique, pour diminuer la durée de travail et diminuer le survenue de troubles du RCF (avec le syndrome aorto-cave en décubitus dorsal). Une alternative à l'APD standard pourrait être **l'APD ambulatoire** qui associe alors la gestion de la douleur avec la mobilité de la patiente. [15] Néanmoins cette pratique demande plus de moyens humains, ce qui peut ne pas être compatible avec une forte activité. En effet, après l'injection du produit anesthésiant ; la pression artérielle et le rythme cardiaque fœtale doivent être contrôlés et la déambulation doit être testée. Il est également important de surveiller l'éventuelle apparition d'un bloc moteur. Cette pratique pourrait permettre de diminuer le recours à l'ocytocine, de diminuer les sondages urinaires, et le RCF pourrait être surveillé avec des capteurs sans fils. Le développement de **l'ERCF avec des capteurs sans fils** (télémétrie) pourrait également être envisagé pour la mobilisation des patientes n'ayant pas recours à l'APD et souhaitant déambuler ou être dans le bain.

4.2. Rôle de la sage-femme

Premièrement, il convient d'insister sur l'importance de l'accompagnement, par la sage-femme, des patientes durant le pré-travail, le travail et l'accouchement. En effet, plusieurs études [64] ainsi que la SOGC (Society of Obstetricians and

Gynaecologists of Canada) [65] ont mises en évidence que le soutien durant le travail et les efforts expulsifs diminue la survenue des extractions instrumentales.

Au Canada, les recommandations préconisent le soutien continu pendant la durée du travail. [29] Au Royaume-Uni, une sage femme accompagne une seule femme en travail, ce qui permet un accompagnement et soutien continu pendant le travail. [30]

Tout cela nous amène à nous questionner sur la possibilité de mettre en place, en France, ce suivi d'une sage-femme pour une seule femme en travail ?

Ensuite, pour offrir une prise en charge moins médicalisée du travail aux parturientes en alliant des conditions qui garantissent la sécurité lors de l'accouchement, le projet des maisons de naissance a été mis en place. En septembre 2014, la HAS a publié un cahier des charges [48] encadrant leur expérimentation, le rôle de la sage-femme prend alors toute son ampleur pour l'accompagnement dans la physiologie des parturientes à bas risque.

D'autre part, la revue médicale *The Lancet* a publié en juin 2014 une série d'articles selon laquelle « *les soins de sage-femme sont une solution incontournable pour relever le défi de soins maternels et néonataux de haute qualité pour toutes les femmes et les nouveau-nés, partout dans le monde.* ». Cette série de quatre études est la plus vaste enquête jamais menée et ses auteurs (un groupe multidisciplinaire) démontrent l'importance de placer les besoins essentiels de la mère et du nouveau-né au centre d'un système de soins de qualité. [66] Tout cela permettrait d'améliorer considérablement la qualité des soins offerte au couple mère/enfant et la satisfaction des usagers.

Ce système de soins repose sur la pratique de sage-femme assez méconnue, alors que « *c'est plus qu'assister aux accouchements. Ce sont des soins prodigués avec compétence, savoir-faire et compassion offerts aux femmes, à leurs enfants et à leurs familles avant, pendant et après la grossesse.* » En effet « *le déploiement d'une pratique de sage-femme aurait un impact équivalent à celui de la vaccination* » et diminuerait le recours aux interventions. Certains pays européens (tels que les Pays-Bas) où 1/3 des accouchements se font à domicile depuis des années, ont démontré que la pratique des sages-femmes passant par une préparation à l'accouchement naturel, mais aussi un accompagnement psychologique est « *rentable, abordable et durable* ».

De plus, les auteurs révèlent la tendance à la surmédicalisation dans d'autres pays. Il ne fait aucun doute que le « *recours excessif à des traitements destinés au départ à traiter des complications* » mais maintenant appliqués de façon inappropriée aux femmes en bonne santé, a entraîné une « *morbidité aiguë, chronique et psychologique d'environ 20 millions de femmes enceintes, ce qui exerce un impact durable sur la santé et le bien-être des mères et des nouveau-nés* ». On peut ici parler d'interventions « *telles que la mobilité limitée lors du travail, l'épisiotomie et la césarienne* » qui sont maintenant devenues routine. [66]

Puis, un rapport de l'OMS [68] résume que les soins dispensés par les sages-femmes sont associés à un nombre inférieur d'hospitalisations pendant la grossesse, un moindre recours à l'analgésie loco-régionale et à l'épisiotomie pendant le travail et l'accouchement et davantage d'accouchements spontanés par voie basse. Cependant, les soins dispensés par les sages-femmes n'ont que peu voire pas d'effet sur le nombre total de décès néonataux pendant et après la grossesse. Un modèle de soins animé par les sages-femmes est centré sur les femmes et se fonde sur le principe selon lequel la grossesse et l'accouchement sont des événements normaux de la vie. Les essais comparatifs randomisés suggèrent également que les femmes prises en charge par les sages-femmes seraient plus satisfaites des soins qu'elles reçoivent.

Enfin, l'étude "*Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour*" réalisée en 2004 [69] s'intéresse au lien entre la perception du risque par les sages-femmes et le niveau d'interventions en partum. Il a été mis en évidence que les sages-femmes de maternités de niveau élevé ont une perception du risque légèrement plus élevée que les sages-femmes travaillant en maternité de niveau plus faible. Il semble exister une surestimation du risque. Pourquoi les sages-femmes travaillant dans une maternité à niveau de risque plus élevé surestiment le risque des parturientes physiologiques ?

CONCLUSION

Autour de la naissance, se mêlent différentes demandes des couples, qui peuvent paraître contradictoires. D'une part, une exigence de sécurité, ceci se voit par une surveillance rapprochée et un interventionnisme de la part des professionnels. D'autre part, une volonté d'être impliqués dans « leur » accouchement et d'être « partie prenante » des décisions prises par l'équipe médicale lors de la gestion de l'accouchement. Ces décisions doivent être expliquées, motivées, comprises ; l'information ayant pris une importance capitale dans la relation professionnel-usagers ; pour être acceptées par des futurs parents de plus en plus soucieux d'un respect de la physiologie lorsque l'accouchement se présente comme « normal ».

Notre étude a proposé de faire un état des lieux des pratiques de sage-femme pour la gestion du travail spontané des grossesses à bas risque dans un établissement de type III. Elle met en évidence l'importance accordée à la mobilisation de la parturiente durant le travail ; un schéma de technicité associant respectivement l'analgésie péridurale, la rupture artificielle de la poche des eaux et l'utilisation d'ocytociques souvent mis en œuvre ; une disparition de l'épisiotomie systématique et une difficulté de mise en œuvre des dernières recommandations entourant le jeûne per partum. Notre deuxième constat et une des limites de notre étude, est le manque de traçabilité des indications. Les professionnels ne notent pas ou peu, dans le dossier médical, les indications de leurs décisions prises lors de la gestion du travail spontané. Les différentes interventions apparaissent parfois réalisées par « habitude » et non suivant une décision médicale motivée. Pourtant la pratique d'actes médicaux systématiques n'est pas un gage de sécurité puisque les effets iatrogènes sont nombreux. Une moindre médicalisation tout en maintenant un cadre de sécurité et de qualité des soins est un délicat compromis qu'il est nécessaire de mettre en place. Cela ne signifierait pas une démedicalisation, mais il s'agit d'intervenir en cas de nécessité et non pas de façon systématique. C'est pourquoi, il nous paraît primordial de nous interroger de façon régulière sur nos pratiques, et de promouvoir la diffusion des recommandations. De plus il paraît important d'inciter les professionnels à noter de manière exhaustive, les indications de leurs actes dans le dossier médical.

Afin d'obtenir des résultats plus pertinents tant sur le plan qualitatif que quantitatif, il pourrait être intéressant de réaliser cette étude à plus grande échelle ou bien d'envisager une comparaison entre les différents types de maternités. De plus, l'évaluation de la réalisation pertinente des gestes passerait par une analyse précise des dossiers médicaux pour savoir si le défaut de notification correspond à un défaut de traçabilité ou à un défaut d'indication médicale. Ainsi que nous avons pu le constater au cours de notre étude, en France, la grossesse et l'accouchement demeurent envisagés comme des situations à risque et non comme un processus physiologique à priori de déroulement normal comme il en est ainsi dans de nombreux pays. Cette vision du risque est-elle ancrée d'un point de vue historique ou bien culturel ? Néanmoins notre système périnatal se questionne. La place des sages-femmes dans le suivi des naissances évolue, le développement des filières physiologiques et des maisons de naissance est envisagé, les projets de sorties précoces de maternité sont mis en place, c'est un encouragement à poursuivre notre réflexion.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Morel M-F. et Breton D. Histoire de la naissance en France. AdSP. 2007- 2008 ; n° 61-62.

[2] Collectif interassociatif autour de la naissance [consulté le 18 octobre 2014]. Disponible sur : <http://ciane.net/blog/>

[3] Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, rapport d'un groupe de travail technique [en ligne]. 1997 [consulté le 17 août 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf

[4] Insee. Insee [en ligne]. [Consulté le 29 décembre 2014]. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-sd2010&page=irweb/sd2010/dd/doc/lexique.htm#M7

[5] Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance : le plan de périnatalité 2005-2007. AdSP. 2007- 2008 ; n° 61-62.

[6] Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. Journal officiel. 10 octobre 1998 ; n°235 : p. 15344.

[7] Ministère de la santé et des sports. Enquête nationale périnatale 2010 : les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 [en ligne]. Juillet 2011 [consulté le 03 avril 2014]. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

[8] Bréart G., Puech F., Rozé J-C. Vingt propositions pour une politique périnatale [en ligne]. Septembre 2003 [consulté le 15 octobre 2014]. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000572/index.shtml>

[9] Haute autorité de santé. Certification des établissements de santé : qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Mars 2014 [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf

[10] Legifrance. Code de la Santé Publique, quatrième partie, livre Ier, titre II, chapitre VI, section 3, sous-section 1 [en ligne]. 20 juillet 2012 [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI0000194124_38&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20110528&oldAction=rechCodeArticle

[11] Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [en ligne]. Janvier 2010 [consulté le 21 septembre 2014]. Disponible sur : http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/img/upload/1/666_REFERENTIELSAGES-FEMMES2010.pdf

[12] Legifrance. Code de la Santé Publique, quatrième partie, livre Ier, titre V, chapitre Ier [en ligne]. Modifié le 7 juillet 2011 [consulté le 19 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte>

[13] Poitel B. Accouchement physiologique : paradoxes, recherches et conclusions provisoires. Les dossiers de l'obstétrique. Mars 2004 ; n°325 : p. 5-11.

[14] Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. Sociologie et sociétés. 2007 ; vol. 39 : p. 123-144.

[15] Mouyeaux V. Parturientes à « bas risque » : quelle prise en charge dans les maternités de type II pour l'année 2008 ? Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme. Nancy : 2009. 99 p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_MOUYEAUX_VIRGINIE.pdf

[16] Le petit Larousse [en ligne]. [Consulté le 10 octobre 2014] Disponible sur : <http://www.larousse.fr/>

[17] Schaal J-P., Riethmuller D., Martin A. et al. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique. 1998 ; 5-049-D-27 : 35p.

[18] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle Médicale Francophone. La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col [en ligne]. 01/03/11 [consulté le 15 avril 2014]. Disponible sur : http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/cours.pdf

[19] Ricbourg A., Brugier C., Mezzadri M. et al. Déclenchement artificiel et direction du travail. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique. Avril 2012 ; 5-049-D-28.

[20] Dousset V. Le faux travail. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme. Nantes : 2012. 84p. Disponible sur : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=15c78b9e-da52-4ed4-b716-4593c6e980ee>

[21] Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin [en ligne]. 2003 [consulté le 29 avril 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/fr/

[22] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle Médicale Francophone. Déterminisme de la parturition [en ligne]. 01/07/01 [consulté le 16 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/parturition/site/html/cours.pdf>

[23] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle Médicale Francophone.

Le travail : mécanique obstétricale – surveillance – partogramme [en ligne]. 01/03/11 [consulté le 19 avril 2014]. Disponible sur : http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/cours.pdf

[24] Comité éditorial pédagogique de l'Université Virtuelle Médicale Francophone. Troisième période du travail : la délivrance [en ligne]. 01/03/11 [consulté le 19 avril 2014]. Disponible sur : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/delivrance/site/html/cours.pdf>

[25] Schaal J-P., Riethmuller D., Maillet R., Uzan M. Mécanique et Techniques Obstétricales. Montpellier : Editions Sauramps médical ; 2007. 922p.

[26] Louis L. Prise en charge de la phase de latence du travail par les sages-femmes de Lorraine. Nancy : 2012. 92p. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_LOUIS_LAURA.pdf

[27] Le Ray C. et al. « Primipares à bas risque : influence de la structure de la maternité sur la « médicalisation » de l'accouchement dans 138 maternités volontaires. . J Gynecol Obstet Biol Reprod. Mai 2005 ; Vol 34, N° 3-C1 : p. 302.

[28] Bien Naître : parents informés, naissance respectée [consulté le 14 septembre 2014]. Disponible sur : <http://www.biennaitre-a-nantes.fr/>

[29] Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal. J Obstet Gynaecol Can. Décembre 2008 ; vol. 30, n° 12 : p. 1166–1168.

[30] Maternity Care Working Party. Normal Birth Consensus Statement [en ligne]. Novembre 2007 [consulté le 15 mars 2014]. Disponible sur : <https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/NormalBirthConsensusStatement.pdf>

[31] Doulas Of North America [consulté le 10 mars 2014]. Disponible sur : <http://dona.org/>

[32] Schaal J-P., Equy V., Hoffmann P. Postures au cours du travail (sans l'expulsion) ; 2008 ; Paris . Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 03/12/2008. 12p.

[33] Doucin H. Evaluation de l'efficacité de l'accouchement en décubitus latéral. Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme. Angers : 2011. 73p. Disponible sur : <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune331>

[34] Racinet C., Brement S., Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement ; 2008 ; Paris . Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 03/12/2008. 12p.

[35] Mignon A., Mercier F., Verroust N. Analgésie obstétricale : alternatives à la

péridurale ; 2007 ; Paris . Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 12/12/2007. 11p.

[36] Boulay G., Simon L., Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique. 2002 ; 5-049-L-80 : 21p.

[37] Phal E. et al. À propos de « Accoucher aux Pays-Bas : un must ? », le point du vue du Ciane, collectif d'usagers de la santé. . J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008 ; vol 37 : p. 634-6.

[38] Maillet R., Martin A., Riethmuller D. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ; 2004 ; Paris. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 1/12/2004. 15p.

[39] Prant O., Reme J-M., Monrozies X. Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique. 1999 ; 5-078-A-10 : 9p.

[40] Collectif interassociatif autour de la naissance. Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes [en ligne]. Novembre 2013 [consulté le 4 juin 2014]. Disponible sur : <http://ciane.net/blog/wp-content/uploads/2013/11/Enqu%C3%AAt-%C3%A9pisiotomie-Ciane-2013.pdf>

[41] Aflak N. Hémorragies de la délivrance ; 1998 ; Paris. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 2/12/1998. 17p.

[42] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique : hémorragies du post partum immédiat ; 2004. 144 p.

[43] Schaal J-P. Recommandations pour la pratique clinique : modalités de surveillance fœtale pour le travail ; 2007 ; Paris. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; 12/12/2007. 20p.

[44] Colmant C., Frydman R. Y a-t-il des grossesses et des accouchements à bas risque ? Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2009 ; vol 37 : p. 195-199.

[45] David S., Mamelle N., Rivière O. Qui accouche où ? Qui naît où ? . J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2000 ; Vol 29 : p. 772-783.

[46] Maria B. et al. Accoucher et naître en France : propositions pour changer les naissances. . J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2003 ; Vol 32 : p. 606-616.

[47] Legifrance. Loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance [en ligne]. [consulté le 15 septembre 2014]. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D2A2D04878F4BB177E2B0D08>

5C83D3B9.tpdjo16v_1?cidTexte=JORFTEXT000028279423&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000028278922

[48] Haute Autorité de Santé. Maison de naissance : cahier des charges de l'expérimentation ; septembre 2014. 17p.

[49] Puech F., Hédon B. Entre sécurité et intimité de la naissance : la position du Collège national des gynécologues et obstétriciens français en 2012 sur le suivi, l'accompagnement et la prise en charge de "l'accouchement physiologique" ; 5 décembre 2012. 2p.

[50] Ben Regaya L., Fatnassi R., Khelifi A. et al. Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Décembre 2010 ; Vol 39 n°8 : p. 656-662.

[51] Cluett ER. et Burns E. Immersion in water in labour and birth. Cochrane Database of Systematic Review. 2009 [consulté le 20 octobre 2014]. Disponible sur : http://www.cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=608:Immersion-dans-leau-durant-le-travail-et-laccouchement4

[52] Kayem G. Déroulement du travail, nouvelles courbes de définition, lignes d'alerte et gestion de la dystocie ; 2014 ; Paris. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. 22p.

[53] Singata M., Tranmer J. Restricting oral fluid and food intake during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 [consulté le 5 décembre 2014]. Disponible sur : <http://swiss.cochrane.org/sites/swiss.cochrane.org/files/uploads/accouchement.pdf>

[54] Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence ; 22 juillet 2009. 9p.

[55] Vidal. Syntocinon 5 UI/1 ml solution injectable en ampoule. 18 novembre 2014 [consulté le 15 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.vidal.fr/Medicament/syntocinon-15916.htm>

[56] Sadler L-C., Davison T., Mc Cowan L-M. A randomized controlled trial and méta-analysis of active management of labour. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2000 ; Vol 107 : p. 909-915.

[57] Brown H-C., Paranjothy S., Dowswell T. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database of Systematic Review. 2008 [consulté le 28 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18843671>

[58] Lopez-Zeno J-A., Peaceman A-M., Adashek J-A. A controlled trial of a program for the active management of labour. N Eng J Med ; Vol 326: p.450-456.

[59] Anim-Somuah M, Smyth RMD, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labor. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011 [consulté le 28 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235275>

- [60] Mikelic T. Accompagnement des femmes enceintes à bas risque obstétrical en France et au Royaume-Uni. Lyon ; 2007. 103 p. Disponible sur : http://www.ansfl.org/media/old_website/medias/doc/090509-TerezaMikelicz.pdf
- [61] Boulot P., Cohen M., Rathat G. et al. Expulsion foetale : « laisser faire » ou comment intervenir le moins possible lors de la seconde phase du travail. Société française de Médecine Périnatale. 2008 ; 38^{ème} journées nationales : p. 203-220.
- [62] Schaal J-P., Equy V., Pons J-C. et al. Diriger l'expulsion. Société française de Médecine Périnatale. 2008 ; 38^{ème} journées nationales : p. 221-232.
- [63] Menez-Orieux C., Linet T., Philippe H-J., Boog G. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia : a meta-analysis of randomized trials. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2005 ; vol 34 : p.440-447.
- [64] Schmitz T., Meunier E. Mesures à prendre pendant le travail pour réduire le nombre d'extractions instrumentales. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2008 ; vol 37 : p. 179-187.
- [65] The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Amended Canadian Guideline for Prenatal Diagnosis -Techniques for Prenatal Diagnosis. 2005. Disponible sur : <http://sogc.org/guidelines/amended-canadian-guideline-for-prenatal-diagnosis-2005-change-to-2005-techniques-for-prenatal-diagnosis/>
- [66] The Lancet. Midwifery. Juin 2014 [consulté le 8 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.thelancet.com/series/midwifery>
- [67] Organisation Mondiale de la Santé. Investir dans la pratique de sage-femme peut sauver des millions de vies de femmes et de nouveau-nés. Juin 2014 [consulté le 8 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/investment-midwifery/fr/>
- [68] Organisation mondiale de la Santé .Soins dispensés par une sage-femme contre d'autres modèles de soins pour les femmes enceintes: Commentaire de la BSG. 1er septembre 2009 [consulté le 8 décembre 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd004667_Wiysongecs_com/fr/
- [69] Mead M., Bogaerts A., Reyns M. Midwives' perception of the intrapartum risk of healthy nulliparae in spontaneous labour, in The Flanders, Belgium. 2004 [consulté le 28 décembre 2014]. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17126968>

ANNEXES

Liste des annexes :

- Annexe 1 :* La liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire.
- Annexe 2 :* La liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes et des nouveau-nés.
- Annexe 3 :* Commission des anesthésistes : le jeûne en milieu obstétrical
- Annexe 4 :* Analyse du rythme cardiaque fœtal (septembre 2013 – CNGOF)
- Annexe 5 :* Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse. (HAS – 2007)
- Annexe 6 :* Questionnaire pour le recueil de données de notre étude
- Annexe 7 :* RSN : Ocytocine pendant le travail

Annexe 1 : La liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

Arrêté du 27 juin 2006 modifié fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

- Version modifiée par l'arrêté du 12 octobre 2011 (JO du 20 octobre) -

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4,

Arrêtent :

Article 1

A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Ceinture de grossesse de série ;
2. Orthèse élastique de contention des membres inférieurs ;
3. Sonde ou électrode cutanée périnéale ;
4. Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ;
5. Pèse-bébé ;
6. Tire-lait ;
7. Diaphragme ;
8. Cape cervicale ;
9. Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap.
10. Dispositifs intra-utérins.

Annexe 2 : La liste des classes thérapeutiques ou médicaments autorisés aux sages-femmes pour leur usage professionnel ou leur prescription auprès des femmes et des nouveau-nés.

**LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU MÉDICAMENTS
AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE
PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRÈS DES FEMMES**

**Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire
les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires**

JO du 20 octobre 2011

➤ **A. - En primo-prescription :**

Antiacides gastriques d'action locale et pansements gastro-intestinaux.

Antisécrétoires gastriques :

- antihistaminiques H2, de préférence la ranitidine ou la famotidine ;
- inhibiteurs de la pompe à protons, de préférence l'oméprazole.

Antiseptiques locaux.

Anesthésiques locaux :

- médicaments renfermant de la lidocaïne.

Antibiotiques par voie orale dans le traitement curatif de première ligne des cystites et bactériuries asymptomatiques chez la femme enceinte selon les recommandations officielles en vigueur. Prescription non renouvelable pour une infection donnée.

Antibiotiques par voie orale ou parentérale en prévention d'infections materno-fœtales chez la femme enceinte, selon les recommandations officielles en vigueur.

Anti-infectieux locaux utilisés dans le traitement des vulvo-vaginites : antifongiques, trichomonacides, antibactériens et antiherpétiques.

Antispasmodiques.

Antémétiques.

Antalgiques :

- paracétamol ;
- tramadol ;
- nefopam ;
- association de paracétamol et de codéine ;
- association de paracétamol et de tramadol ;
- nalbuphine, ampoules dosées à 20 mg. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. L'usage est limité au début du travail et à une seule ampoule par patiente.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens en post-partum immédiat.

Antiviraux en prévention des récurrences d'herpès génital en fin de grossesse.

Contraceptifs sous toutes leurs formes et voies d'administration.
Médicaments homéopathiques.

Laxatifs.

Vitamines et sels minéraux par voie orale.

Acide folique aux doses recommandées dans la prévention primaire des anomalies embryonnaires de fermeture du tube neural.

Topiques à activité trophique et protectrice.

Médicaments de proctologie : topiques locaux avec ou sans corticoïdes et avec ou sans anesthésiques.

Solutions de perfusion.

- solutés de glucose de toute concentration ;
- solutés de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;
- solutés de gluconate de calcium à 10 % ;
- solutions de Ringer.

Ocytociques :

- produits renfermant de l'oxytocine.

Oxygène.

Médicaments assurant le blocage de la lactation.

Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote exclusivement en milieu hospitalier, et sous réserve d'une formation adaptée.

Vaccins sous forme monovalente ou associés contre les pathologies suivantes : tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche (vaccin acellulaire), rubéole, hépatite B, grippe et vaccin préventif contre les lésions de col de l'utérus (HPV).

Immunoglobulines anti-D.

Produits de substitution nicotinique.

Salbutamol par voie orale et rectale.

➤ **B. — Les sages-femmes sont autorisées à renouveler la prescription faite par un médecin des médicaments suivants :**

- anti-inflammatoires non stéroïdiens indiqués dans le traitement des dysménorrhées, notamment l'acide méfénamique ;
- nicardipine, selon les protocoles en vigueur préétablis ;
- nifédipine selon les protocoles en vigueur préétablis.

➤ **C. — En cas d'urgence, en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :**

- succédanés du plasma composés d'hydroxyéthylamidon dans les états de choc ;
- éphédrine injectable dans la limite d'une ampoule dosée à 30 mg par patiente ;
- adrénaline injectable par voie sous-cutanée dans les cas d'anaphylaxie ;
- dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur préétablis.

**LISTE DES MÉDICAMENTS CLASSÉS COMME STUPÉFIANTS
AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE
PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION**

Chlorhydrate de morphine, ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente.

**LISTE DES CLASSES THÉRAPEUTIQUES OU DES MÉDICAMENTS
AUTORISÉS AUX SAGES-FEMMES POUR LEUR USAGE
PROFESSIONNEL OU LEUR PRESCRIPTION AUPRES DES NOUVEAU-
NÉS**

**Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire
les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires**

JO du 20 octobre 2011

➤ **A. En primo-prescription :**

Antiseptiques locaux.

Anesthésiques locaux :

— crèmes ou patches contenant une association de lidocaïne et de prilocaïne.

Antalgiques :

— paracétamol par voie orale ou rectale.

Antifongiques locaux.

Collyres antiseptiques, antibactériens et antiviraux sans anesthésiques, sans corticoïdes et sans vasoconstricteurs.

Oxygène.

Vitamines et sels minéraux par voie orale :

— la forme injectable est autorisée pour la vitamine K1.

Topiques à activité trophique et protectrice.

Solutions pour perfusion :

— solutés de glucose (de toute concentration) ;

— soluté de chlorure de sodium isotonique à 0,9 % ;

— soluté de gluconate de calcium à 10 %.

Vaccins :

- vaccin et immunoglobulines anti-hépatite B ;
- BCG.

➤ **B. En cas d'urgence et en l'attente du médecin, les sages-femmes peuvent prescrire et utiliser les médicaments suivants :**

- adrénaline par voie injectable ou intratrachéale dans la réanimation du nouveau-né ;
- naloxone.

Annexe 3 : Commission des anesthésistes : le jeûne en milieu obstétrical



Commission des anesthésistes

Le jeûne en milieu obstétrical

Rédaction le 18 septembre 2012

Enjeux	- Prévention d'une inhalation pulmonaire au décours d'une anesthésie générale (syndrome de Mendelson) - Prise en compte du confort maternel
Définitions	- Les liquides « clairs » : boissons non gazeuses, eau, thé, infusions, café sans lait sucré ou non, boissons sucrées, jus de fruit sans pulpe (raisins, pommes, ...), boissons sportives - Les liquides « non clairs » : boissons gazeuses, chocolat, lait, jus de fruit avec pulpe (orange,) - Les solides
Modalités	Seuls les liquides clairs sont autorisés à faible quantité : 100 mL/heure, ou 250 mL / toutes les 4 heures
Pendant le travail obstétrical	Conditions - Femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale efficace - Travail eutocique, non compliqué
	Contre-indications - Parturiente présentant des facteurs de risques d'inhalation ✓ Obésité sévère (IMC ≥ 35) ✓ Diabète traité par insuline ✓ Critères d'intubation difficile - Patiente à risque de césarienne Si le risque de césarienne survient au cours du travail, arrêter les apports liquidiens per os
Avant une césarienne	Césarienne réglée, sans travail - Jeûne à partir de minuit, la veille de la césarienne. Les liquides clairs sont autorisés au plus tard jusqu'à deux heures avant le début de la césarienne - Si la césarienne est prévue dans l'après-midi, jeûne à partir de minuit la veille. Les liquides clairs sont autorisés au plus tard jusqu'à deux heures avant l'intervention
	Césarienne en urgence Il faut se rappeler que lors d'une césarienne en urgence, le volume gastrique est supérieur à celui observé lors des césariennes réglées

Annexe 4 : Analyse du rythme cardiaque fœtal (septembre 2013 – CNGOF)

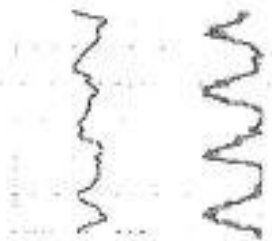
Classification du RCF et CAT si utérus non cicatriciel *		Ralentissements	Rythme de base	Variabilité	Reactivité	CONDUITE A TENIR
RCF normal	Les 4 critères suivants	Absents	110 et 160 bpm	6 et 25 bpm	Présence d'accélération, Absence isolée non pathologique	
Anomalies à faible risque d'acidose	L'association de plusieurs critères fait passer un RCF à risque d'acidose	- Uniformes Précoces - Variables < 40 sec et < 40 bpm d'amplitude - Prolongés (2 min < D < 3 min)	Tachycardie modérée 150-180 bpm Bradycardie modérée 100-110 bpm	- Minimum (3 à 5 bpm) pendant moins de 40 minutes	Présentes ou absentes	Surveillance cardio-fœtographique continue
Anomalies à risque d'acidose	L'association de plusieurs critères fait passer un RCF à risque important d'acidose	- Uniformes Tardifs non répétés (survenant lors de moins de une Cu sur 2) - Variables < 60 sec et > 60 bpm d'amplitude - Prolongés (> 3 et < 10 min)	Tachycardie > 180 isolée Bradycardie entre 90-100	- Minimum (3 à 5 bpm) plus de 40 minutes - Marquée (> 25 bpm)	Présentes ou absentes	- Tenir une action corrective. - Si les anomalies persistent : il est conseillé de mettre en œuvre un moyen de surveillance de deuxième ligne (STAN, PH ou Lactates au scap)
Anomalies à risque important d'acidose		- Brefs Tardifs répétés (survenant au moins une Cu sur 2) - Variables > 60 sec ou sévères - Prolongés répétés (> 3 et < 10 min)	Tachycardie > 180 si associée à un autre critère Bradycardie < 90 bpm	- Minimum (3 à 5 bpm) plus de 60 minutes - Rythme sinusoidal	Présentes ou absentes	Décision d'intervention rapide si possible (âge gestationnel, poids fœtal). L'utilisation des moyens de surveillance de deuxième ligne permettant d'exclure une acidose fœtale est possible, si elle ne retarde pas l'extraction.
Anomalies à risque majeur d'acidose		Absence totale de variabilité avec ou sans ralentissements ou bradycardie				Décision d'extraction immédiate devrait être prise, sans recours à une technique de deuxième ligne.

* Référence : CNGOF Septembre 2013 - Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) - Diffusion par le Réseau pédiatrie AURORÉ - Mars 2014

Variabilité

Se calcule sur 1 min

< à 2 bpm : Absente = rythme plat
Entre 3 et 5 bpm : Minimale
Au-delà de 25 bpm : Marquée



Tracé Sinusoidal

Oscillations très régulières, donnant des ondules dont la fréquence est stable (2 à 5 cycles/min), avec absence de variabilité. L'amplitude des oscillations peut varier entre 5 et 40 bpm.



Ralentissements VARIABLES dans leur chronologie et leur aspect

Pente initiale rapide et abrupte (< 30 s)

Variables typiques :
Précédées et suivies d'une accélération

Non sévères :
nadir > 70 bpm
ou amplitude < 60 bpm
et durée < 60 s

Sévères :
nadir < 70 bpm
ou amplitude > 60 bpm
et durée > 60 s

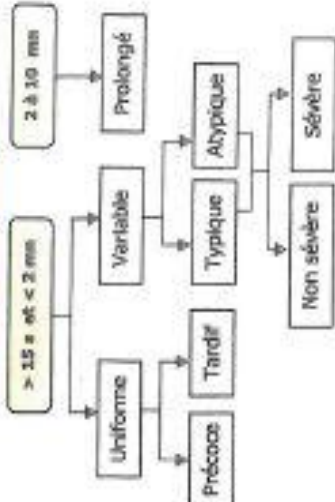
Variables atypiques :
- perte de l'accélération initiale et/ou secondaire
- accélération secondaire prolongée
- retour lent au rythme de base
- aspect biphase retour à un rythme de base inférieur
- variabilité indétectable (absente)

Non sévères :
nadir > 70 bpm
ou amplitude < 60 bpm
et durée < 60 s

Sévères :
nadir < 70 bpm
ou amplitude > 60 bpm
et durée > 60 s

Interprétation du RCF

Types de ralentissement



Ralentissement UNIFORME

Débute par une pente lente et progressive

Précoce

Débute et se termine avec les contractions utérines



Tardif

Décalé avec la Cu et persiste après la Cu



Annexe 5 : Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse. (HAS – 2007)

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : - mère homozygote - mère hétérozygote	B A2	À adapter Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie - Uropathie	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre : - sans étiologie - avec étiologie SAPL	A2 B	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre	B	À adapter en fonction de la récurrence

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile) - Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B B	À adapter À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1 ^{er} trimestre de grossesse - au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités chorales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

Consultation du 9 ^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

Suivi A: lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

Avis A1: l'avis d'un obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut être également nécessaire

Suivi B: lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un obstétricien.

Annexe 6 : Questionnaire pour le recueil de données de notre étude

FOUCAUD – Gestion travail spontané

Grossesse à bas risque, présentation céphalique, singleton, 37 SA ≤ terme < 42 SA.

Exclus : déclenchement, maturation, utérus cicatriciel,
grossesse prolongée, âge extrême, diabète gestationnel déséquilibré,
RCIU, PE, obésité morbide, malformations fœtales ...

DONNEES GENERALES

IPP
Numéro acc : Age IMC
Parité (0 pour les nulli) Gestité
Date prévue terme (d'après DDG)
Terme à l'admission
Préparation à la Naissance 0. Non ☐ 1. Oui ☐

PRISE EN CHARGE

Date PEC Heure PEC
Bishop Dilatation
Rupture spontanée : 0. Non ☐ 1. Oui ☐ Heure rupture spontanée
Couleur LA : 1. Clair ☐ 2. Teinté ☐ 3. Méconial ☐ 4. Sanglant ☐ 5. Autre.....☐

- Nombre de consultations dans les dernières 24h : 0. ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐
- Patiente ayant présenté un faux travail : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
- Patiente ayant présenté une dystocie de démarrage : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
- Patiente autorisée à déambuler : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
- Patiente passée en salle de pré-travail : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

SI OUI : prise en charge en salle de pré-travail :

Mobilisation : 0. Non ☐ 1. Oui (déambulation, ballon, galette...) ☐
Positions antalgiques (à l'aide d'un ballon ou corpoméd...) expliquées : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
Bain chaud / douche chaude : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
Massage : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
Acupuncture : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
Thérapeutiques utilisées : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
Nalbuphine ☐
Néfopam ☐
Homéopathie ☐
Autre ☐

PASSAGE EN SALLE DE NAISSANCE

Date SDN Heure SDN
Dilatation cm HU notée cm

- VVP : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
- ERCF continu : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
- Alimentation donnée : 0. Non ☐ 1. Oui ☐ Quoi
- Changement de position maternelle : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

• Visite avec examen :

Heure Toucher vaginal 1	Heure Toucher vaginal 9
Heure Toucher vaginal 2	Heure Toucher vaginal 10
Heure Toucher vaginal 3	Heure Toucher vaginal 11
Heure Toucher vaginal 4	Heure Toucher vaginal 12
Heure Toucher vaginal 5	Heure Toucher vaginal 13
Heure Toucher vaginal 6	Heure Toucher vaginal 14
Heure Toucher vaginal 7	Heure Toucher vaginal 15
Heure Toucher vaginal 8	Heure Toucher vaginal 16

EVA : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

Autres visites : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

Motif :

• Heure début partogramme :

Dilatation début partogramme

• RAPDE : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

Heure Dilatation RAPDE cm

Indication : 0. Non notée ☐ 1. Oui ☐

Quelle Indication : dystocie dynamique ☐ dystocie cervicale ☐

Pose tocométrie interne ☐

Prélèvements au scalp ☐

Dilatation Complète sans engagement ☐

Couleur LA : 1. Clair ☐ 2. Teinté ☐ 3. Méconial ☐ 4. Sanglant ☐ 5. Autre ☐

• Anesthésie : 0. Non ☐ 1. APD ☐

Heure souhait Heure pose Dilatation

Si non, analgésie autre : NO ☐ Autre

• Ocytocine : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

Indications : hypodnésie fréquence, durée, intensité ☐

direction du travail ☐

non retrouvée ☐

Heure début

Dilatation synton Dilution

Heure palier1 Dose palier1

Heure palier2 Dose palier2

Heure palier3 Dose palier3

Heure palier4 Dose palier4

Heure palier5 Dose palier5

Heure palier6 Dose palier6

Heure palier7 Dose palier7

Heure palier8 Dose palier8

Heure palier9 Dose palier9

Heure palier10 Dose palier10

• Heure Dilatation à 4 cm

• Heure DC

• Anomalies RCF durant le travail : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

ARCF transitoire ☐

ARCF persistant jusqu'à l'accouchement ☐

Moyens de 2^{ème} ligne (lactates...) : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

• Anomalies de la contractilité utérine : 0. Non ☐ 1. Oui ☐

hypodnésie ☐ hyperdnésie ☐ hypertonie ☐

ACCOUCHEMENT

Date ACC Heure ACC

• Variété d'engagement : 1. OIGA ☐ 2. OIGP ☐ 3. OIDA ☐ 4. OIDP ☐

• Dégagement : 1. OP ☐ 2. OS ☐

• Position mère : 1. Dos ☐ 2. Côté ☐ 3. 4-pattes ☐ 4. Autres ☐

- Durée EE
- Mode acc : 1. Spontané ☐ 2. Instrument ☐ 3. Césarienne ☐
 - Instrument : 1. Spatule ☐ 2. Ventouse ☐ 3. Forceps ☐ 4. Plusieurs ☐
 - Indication : ARCF ☐ Défauc EE ☐ Non progression présentation ☐ EE > 30 min ☐
 - Motifs de la césarienne : 1. Maternelle ☐ 2. Obstétricale ☐ 3. Fœtale ☐ 4. Mixte ☐
- Heure délivrance DD : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
 - DA : 0. Non ☐ 1. Oui ☐ RU : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
- Périnée 1. Intact ☐ 2. Episio ☐ 3. Déchirure 1° ☐ 4. Déchirure 2°/3° ☐
- HDO 0. Non ☐ 1. Oui ☐ Evaluation des pertes
 - PEC : Ocytocine ☐ Nalador ☐ Embolisation ☐ Chirurgicale ☐
- Nouveau-né
 - PN Sexe 1. G ☐ 2. F ☐
 - Apgar 1 min Apgar 5 min
 - pH artériel
 - Appel du pédiatre : en anténatal ☐ En post natal ☐
 - Motif
 - Réanimation NN : 1. Asp ☐ 2. Ventilation AA / O2 ☐ 3. Intubation ☐ 4. MCE ☐ 5. Adrénaline ☐
 - Transfert : 0. Non ☐ 1. Oui ☐ Raison du transfert
 - Peau à peau : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
 - Allaitement : 1. Maternel ☐ 2. Artificiel ☐ 3. Mixte ☐

SUITES DE COUCHES

- Déroulement physio : 0. Non ☐ 1. Oui ☐
 - Si oui, marquée par :
- Vécu accouchement :

Annexe 7 : RSN : Ocytocine pendant le travail

Références

- HAS. Déclenchement du travail après 37 SA. Avril 2008
- Clark CL. New perspective of an old drug. Am J Obstet Gynecol 2009; 200: 35c1 – 35c6.
- Belghiti et coll. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study* BMJ Open 2011
(<http://bmjopen.bmj.com/content/1/1/2/e000514>)

C. THARAUX DENEUX

« L'ocytocine à forte dose finit par désensibiliser ses récepteurs. A ce titre, on pouvait faire l'hypothèse que les femmes ayant reçu des quantités importantes pendant le travail n'y sont plus sensibles après l'accouchement et l'ocytocine ne peut plus provoquer la contraction de l'utérus.

Cela devrait inciter à une réévaluation des pratiques pour mieux encadrer l'administration de cette hormone pendant le travail: la réserver à des indications précises et en contrôler davantage les doses. Beaucoup de médecins ont commencé ce travail de modération dans leur pratique. »

Dilution en salle de naissance

Nombre d'ampoules de SYNTOCINON®

soit UI

dansml de G5% ☐ / NaCl ☐

- Tous les professionnels d'un même établissement doivent utiliser la même dilution : Recommandations HAS 2009 : 5 UI dans 500 ml de sérum glucosé isotonique ; 1 ampoule 1 mL = 5 UI, soit 6 mL/h=1 mUI/min
- Conservation +2°C à +8°C

Tableau des correspondances A remplir pour votre maternité

mL/h	mUI/min



Ocytocine pendant

le travail

Utilisation

Posologie

Précaution d'emploi

Maternité.....

Précautions dans le manieement

L'utilisation de l'ocytocine répond à une indication précise. Jamais d'utilisation « systématique »

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rapels pharmacologiques : <ul style="list-style-type: none"> • Délai d'action en 30 secondes par voie IV, en 3 à 5 min par voie IM • Durée de réponse utérine : 20 à 40 min par voie IV ; 2 à 3 heures par voie IM • Demi-vie courte : 3 à 17 min • Taux plasmatique en plateau en 40 min ✓ Moniter l'activité de l'utérus et ERCF du début à la fin de l'accouchement, pour prévenir une ARCF ou une hypertonie utérine réversible à l'arrêt du traitement. ✓ 30 minutes d'ERCF avec analyse sont nécessaires avant de débuter le SYNTOCINON®. ✓ Pas d'augmentation du SYNTOCINON® dans les 30 minutes qui suivent la rupture des membranes. ✓ Débuter à un débit entre 1 à 2 mU/min lors d'un travail spontané, 2.5 mU/min pour un déclenchement. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Augmentation progressive des doses toutes les 20 à 30 min. Une bonne dynamique utérine peut être obtenue avec 12 mU/min. ✓ Maximum 20 mU/min. A cette posologie (voire avant en fonction des protocoles locaux) : appel de l'obstétricien et avis. Ne jamais dépasser 28 mU/min ++ ✓ La vitesse de perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à la réponse utérine, ✓ Administrer l'ocytocine à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve anti-reflux ou d'une seringue électrique avec valve anti-reflux. ✓ Employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir une activité utérine satisfaisante : 3 à 4 CU/10 min. Après avoir obtenu une dynamique utérine stable pendant 30 min → réduction du débit de 20 à 30%. Possibilité d'arrêt de l'ocytocine. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Attention aux hypercinésies : de fréquence <90 sec, d'intensité >70 mmHg, tonus de base >15 mmHg, hypertonie utérine. CAT : arrêt ocytocine ✓ Toujours vérifier que la dilution initiale et l'indication au moment de la pose de l'ocytocine, sont bien tracées dans le dossier, même lors d'un travail spontané. ✓ Vigilance en cas d'utilisation en cas de grossesse à risque : présentation du siège, grande multiparité, utérus cicatriciel..... ✓ Même en cas d'utilisation d'ocytocine per-partum, la délivrance dirigée (5 UI SYNTOCINON®) au dégainement de l'épaule antérieure) reste indispensable. |
|---|--|--|

=====

RESUME

L'objectif de ce mémoire est d'une part de décrire les pratiques professionnelles au CHU de Nantes dans la gestion du travail spontané pour les grossesses à bas risque par les sages-femmes travaillant en établissement de type 3 et d'autre part d'étudier les répercussions obstétricales, maternelles et néonatales. L'étude menée est une étude observationnelle selon un mode rétrospectif sur une période de deux mois. L'étude met en évidence : un schéma de technicité associant respectivement l'analgésie péridurale, la rupture artificielle de la poche des eaux et l'utilisation d'ocytociques ; une disparition de l'épisiotomie systématique et une difficulté à la mise en place de certaines recommandations notamment le jeûne per-partum. L'observation attentive du déroulement du travail apparaît nécessaire afin d'évaluer la nécessité de chaque intervention, ainsi que la diffusion des recommandations et la notification des décisions dans les dossiers médicaux. L'importance de l'information des femmes sur l'utilisation de l'ocytocine doit être développée, et le consentement doit être recherché.

Mots clés : travail spontané / sages-femmes / grossesses à bas risque / type III / technicité ou interventionnisme