



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard Lyon 1  
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux  
Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Thérapeutiques à visée antispasmodique  
en salle d'accouchement :  
Analyse des pratiques et des connaissances  
des Sages-Femmes

Mémoire présenté et soutenu par  
Solenn TESTON  
née le 02 Mai 1990  
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme  
Promotion 2008-2012

*"C'est ce que nous pensons déjà connaître  
qui nous empêche souvent d'apprendre"*

Claude BERNARD (1813-1878)

Université Claude Bernard Lyon 1  
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux  
Site de formation Maïeutique de Bourg-en-Bresse

Thérapeutiques à visée antispasmodique  
en salle d'accouchement :  
Analyse des pratiques et des connaissances  
des Sages-Femmes

Mémoire présenté et soutenu par  
Solenn TESTON  
née le 02 Mai 1990  
En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-Femme  
Promotion 2008-2012

## **REMERCIEMENTS**

Pour la réalisation de ce mémoire, et pour tout ce qu'il a nécessité en parallèle, je tenais à remercier:

Monsieur le professeur Rudigoz, chef de service et Mme Thévenet, sage-femme cadre de salle d'accouchement au CHU de la Croix-Rousse, pour leur accord sur la mise en place de cette étude. Je remercie également toutes les sages-femmes du service qui ont participé à la réalisation de l'enquête, pour leur disponibilité, leurs conseils, et le temps qu'elles ont consacré à ce travail.

Madame Chichoux Florence, sage-femme enseignante et guidante de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses conseils avisés, et pour m'avoir permis d'acquérir une nouvelle façon de penser, qui s'est épanouie tout au long de ce travail de mémoire.

Agnès, pour son regard extérieur et professionnel sur tout ceci, et pour toutes les remarques enrichissantes que cela a pu engendrer.

Ma famille, en particulier mes parents, sans qui rien de tout cela ne serait possible, pour leur soutien, leur présence et leur aide depuis toutes ces années, plus particulièrement depuis quelques mois...Je ne saurais leur dire à quel point tout cela est cher à mes yeux. Et à mes frères, pour leur aide informatique...

Toutes les personnes de cette promotion, pour avoir vécu de si bons moments tout au long de ces quatre années. Idalie pour ces moments uniques, et tout ce qu'ils ont ouvert de perspectives, Marlène pour ses conseils et son soutien dans les phases critiques, Aurélia pour ces rires et ces moments de détente partagés, si précieux, surtout cette année.

Toutes les personnes que je n'ai pas citées, mais que je n'oublie pas...

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
<b>PREMIERE PARTIE.....</b>	<b>9</b>
1. Rappels de physiologie.....	10
1.1. Anatomie.....	10
1.1.1. <i>L' utérus</i> .....	10
1.1.2. <i>Le col de l' utérus</i> .....	10
1.2. Innervation de l' utérus et du col de l' utérus.....	11
1.3. Physiologie des contractions utérines.....	11
1.4. Physiologie de la dilatation cervicale.....	12
1.4.1. <i>Chez la primipare</i> .....	13
1.4.2. <i>Chez la multipare</i> .....	13
2. Rappels concernant les dystocies et leurs traitements.....	14
2.1. Faux travail, dystocie de démarrage.....	14
2.1.1. <i>Définitions</i> .....	14
2.1.2. <i>Traitements</i> .....	16
2.1.2.1. <i>Salbutamol</i> .....	16
2.1.2.2. <i>Phloroglucinol</i> .....	17
2.1.2.3. <i>Hydroxyzine</i> .....	18
2.1.2.4. <i>Péthidine, nalbuphine</i> .....	19
2.1.2.5. <i>Thérapeutiques alternatives</i> .....	20
2.2. Stagnation de la dilatation.....	21
2.2.1. <i>Définition</i> .....	21
2.2.2. <i>Principes de traitement</i> .....	21
2.2.2.1. <i>Rupture Artificielle des Membranes</i> .....	22

2.2.2.2. <i>Ocytocine</i> .....	23
2.2.2.3. <i>Phloroglucinol</i> .....	23
2.2.2.4. <i>Magnésium</i> .....	24
2.2.2.5. <i>Changements de position</i> .....	25
2.3. Hypertonie.....	25
2.3.1. <i>Définition</i> .....	25
2.3.2. <i>Principes de traitement</i> .....	26
2.3.2.1. <i>Analgesie Péridurale</i> .....	26
2.3.2.2. <i>Dérivés nitrés</i> .....	27
2.3.2.3. <i>Phloroglucinol et Magnésium</i> .....	27
2.4. Hypocinésie.....	28
2.4.1. <i>Définition</i> .....	28
2.4.2. <i>Principes de traitement</i> .....	28
2.5. Hypercinésie.....	28
2.5.1. <i>Définition</i> .....	28
2.5.2. <i>Principes de traitement</i> .....	29
3. Droit de prescription des sages-femmes.....	30
<b>DEUXIEME PARTIE.....</b>	<b>31</b>
1. Constat de départ.....	32
1.1. Problématique.....	32
1.2. Objectifs et hypothèses.....	33
2. L'enquête.....	35
2.1. Le questionnaire.....	35
2.2. La grille de recueil de données.....	36
3. Résultats du questionnaire.....	37
3.1. Taux de réponse.....	37
3.2. Généralités sur les sages-femmes questionnées.....	37
3.2.1. <i>Origine géographique</i> .....	37
3.2.2. <i>Ancienneté</i> .....	37
3.3. Pratiques des sages-femmes quant à l'utilisation des TVAS.....	38

3.3.1. <i>Fréquence d'utilisation</i> .....	38
3.3.2. <i>Situations cliniques de prescription</i> .....	38
3.3.3. <i>TVAS utilisées par les sages-femmes en salle d'accouchement</i> .....	39
3.3.4. <i>Evolution des prescriptions avec le temps</i> .....	39
3.4. <i>Connaissances des sages-femmes relatives aux TVAS</i> .....	40
3.4.1. <i>Principaux moyens d'apport des connaissances</i> .....	40
3.4.2. <i>Connaissances théoriques</i> .....	40
3.5. <i>Convictions des sages-femmes autour de ces thérapeutiques</i> .....	42
3.5.1. <i>Influence quant à la conviction de l'efficacité</i> .....	42
3.5.2. <i>Qualificatif de l'efficacité des TVAS selon les sages-femmes</i> .....	43
3.5.3. <i>Facteurs influençant la prescription</i> .....	44
4. <i>Résultats de la grille de recueil de données</i> .....	45
4.1. <i>Critères d'exclusion et taux de remplissage</i> .....	45
4.2. <i>Caractéristiques de la population étudiée</i> .....	46
4.2.1. <i>Age des patientes</i> .....	46
4.2.2. <i>Parité</i> .....	46
4.2.3. <i>Terme de la grossesse</i> .....	47
4.2.4. <i>Type de grossesse</i> .....	47
4.2.5. <i>Mode de mise en travail</i> .....	48
4.3. <i>Situations cliniques lors de la prescription</i> .....	48
4.3.1. <i>Indications thérapeutiques</i> .....	48
4.3.2. <i>Dilatation cervicale</i> .....	49
4.3.3. <i>Etat de la poche des eaux</i> .....	50
4.3.4. <i>Hauteur de la présentation foetale</i> .....	50
4.3.5. <i>Variétés de position</i> .....	51
4.3.6. <i>Poids foetal estimé</i> .....	51
4.3.7. <i>Dynamique utérine</i> .....	52
4.4. <i>Schéma thérapeutique prescrit</i> .....	52
4.4.1. <i>Thérapeutiques utilisées</i> .....	52
4.4.2. <i>Thérapeutiques associées aux TVAS</i> .....	53
4.4.3. <i>Pratiques des SF en cas de faux-travail, ou de dystocie de démarrage</i> .....	54
4.4.4. <i>Pratiques des SF en cas de stagnation de la dilatation</i> .....	55

4.4.5. Pratiques des SF en cas de spasme du col.....	56
4.4.6. Pratiques des SF en cas d'hypertonie.....	57
4.4.7. Pratiques des SF en cas de visée antalgique.....	57
4.4.8. Autres indications.....	58
<b>TROISIEME PARTIE.....</b>	<b>59</b>
1. L'enquête.....	60
1.1. Les limites.....	60
1.2. Les biais.....	61
2. Les connaissances des sages-femmes sur les TVAS.....	62
2.1. Apport des connaissances.....	62
2.2. Connaissances théoriques.....	62
2.3. Influence de l'ancienneté de la sage-femme.....	64
3. Convictions et représentations des SF vis-à-vis des TVAS.....	66
3.1. Facteurs influençant les convictions.....	66
3.2. Efficacité des TVAS pendant le travail.....	67
4. Pratiques des SF pendant le travail.....	70
4.1. Généralités sur l'utilisation des TVAS par les SF.....	70
4.1.1. Fréquence d'utilisation.....	70
4.1.2. TVAS utilisées par les SF.....	71
4.1.3. Prescription et responsabilité.....	72
4.2. Ce qui influence les pratiques des SF.....	73
4.3. Analyse des prescriptions des SF.....	74
4.3.1. Multiplicité des prescriptions.....	74
4.3.2. Impact des représentations.....	75
4.3.3. Associations à d'autres thérapeutiques.....	76
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>81</b>

**BIBLIOGRAPHIE.....85**

**ANNEXES.....91**

## LISTE DES ABREVIATIONS

- $\alpha$  : alpha
- **AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- **amp** : ampoule
- **APD** : Analgésie Péridurale
- $\beta$  : bêta
- **cp** : comprimé
- **CU** : Contraction Utérine
- **DC** : Dilatation Complète
- **IM** : Intra- Musculaire
- **inj** : injectable
- **mg** : milligramme
- **Mg** : Magnésium
- **ml** : millilitre
- **mmHg** : millimètre de Mercure
- **RAM** : Rupture Artificielle des Membranes
- **s** : secondes
- **SF** : Sage-Femme
- **suppo** : suppositoire
- **TVAS** : Thérapeutiques à Visée Antispasmodique
- **UM** : Unité Montevideo (intensité vraie des CU fois la fréquence théorique de celles-ci pendant 10 minutes)

# **INTRODUCTION**

L'idée de ce mémoire est partie d'un constat fait en salle d'accouchement lors des différents stages que j'ai pu effectuer durant mes études. Ce constat est simple: en ce qui concerne les thérapeutiques à visée antispasmodique durant le travail, il existe autant de pratiques que de sages-femmes.

Le deuxième constat, étroitement lié au précédent, est qu'il n'existe pas de protocole clairement établi en ce qui concerne les prescriptions de ces thérapeutiques pendant le travail, sauf pour les dérivés nitrés. De plus il est apparu que les convictions des sages-femmes en ce qui concerne ces thérapeutiques sont très fortes, et que leurs représentations semblent plutôt fondées sur certaines croyances de ce qu'elles ont déjà pu observer.

Suite à ces constatations, il nous est apparu intéressant de chercher à évaluer les connaissances et les pratiques des sages-femmes dans ce domaine, en essayant de répondre à ces questions:

- quel est le niveau de connaissances théoriques des sages-femmes sur les thérapeutiques à visée antispasmodiques?
- quels sont les facteurs à l'origine des convictions et des représentations qu'elles ont autour de ces thérapeutiques?
- comment peut-on expliquer la multitude des posologies adoptées pas les SF, et que peut-on déduire et analyser de ces pratiques?

Avant d'aborder ces questions, nous verrons tout d'abord des rappels sur la physiologie du travail, et sur les principales dystocies dynamiques qui peuvent intervenir au cours de celui-ci, avec les principes de traitement les plus couramment utilisés.

Nous nous intéresserons ensuite dans la deuxième partie de ce travail aux résultats d'une double enquête menée dans le service de salle d'accouchement du CHU de la Croix-Rousse, dont le but est d'analyser les connaissances et les pratiques des sages-femmes en ce qui concerne les thérapeutiques à visée antispasmodique pendant le travail.

Enfin, pour terminer, nous analyserons les résultats de cette enquête, en les confrontant aux hypothèses de départ. Le but étant de pouvoir répondre aux questions que nous avons énoncées précédemment, et de proposer une information éclairée aux sages-femmes sur leurs pratiques quotidiennes, leurs fondements et leurs éventuelles conséquences.

Première partie :

Généralités

# **1. Rappels de physiologie :**

## **1.1. Anatomie :**

### *1.1.1. L'utérus :*

L'utérus est un organe creux, extra-péritonéal, situé entre :

- la vessie en avant et le rectum en arrière,
- le vagin à son bord inférieur et l'extrémité inférieure du péritoine à son bord supérieur,
- les deux ligaments larges latéralement.

Il s'agit d'un muscle, composé de plusieurs tuniques: externe (ou séreuse), musculaire (ou myomètre), et muqueuse (ou endomètre). On s'intéressera ici principalement à la tunique musculaire, composée de différentes couches de fibres musculaires lisses :

- la couche sous-séreuse: composée de faisceaux musculaires longitudinaux,
- la couche supra-vasculaire: faisceaux musculaires circulaires,
- la couche vasculaire épaisse: faisceaux entrecroisés,
- la couche sous-muqueuse: faisceaux circulaires.

L'utérus est composé de trois grandes parties: le corps, l'isthme, qui correspond à la zone de rétrécissement qui joint le corps et le col, et le col de l'utérus. [1]

### *1.1.2. Le col de l'utérus :*

Il correspond à la partie la plus inférieure de l'utérus. De forme cylindrique, il donne insertion au vagin en bas, et il est situé en-dessous de l'isthme et du corps utérin.

Tout comme la couche sous-séreuse de la tunique musculaire de l'utérus, il est constitué de fibres musculaires longitudinales lisses, qui proviennent du corps utérin, mais en assez faible quantité. Il est principalement constitué de tissu conjonctif.

Partie anatomique spécifique à l'espèce humaine, le col de l'utérus se présente comme un des principaux obstacles à franchir par la présentation foetale.

## 1.2. Innervation de l'utérus et du col de l'utérus :

L'innervation utérine est réalisée par l'intermédiaire de 2 systèmes différenciés, mais liés l'un à l'autre :

- le système intrinsèque, ou intra-mural, qui est situé à l'intérieur même du myomètre,
- le système extrinsèque, assuré par le pédicule corporel et le pédicule cervico-isthmique des plexus hypogastriques inférieurs [1; 2]. Nous nous intéresserons plus à celui-ci.

Au niveau du système extrinsèque, l'utérus est soumis comme la grande majorité des organes à un double contrôle ortho-sympathique et para-sympathique. L'innervation est majoritairement sous l'influence du système ortho-sympathique au niveau du corps utérin, et au contraire à dominance para-sympathique au niveau du col.

Rappelons que ce dernier, lorsqu'il est excité, provoque une contraction musculaire. Le système ortho-sympathique, quant à lui, est plus complexe: il provoque presque toujours des effets inhibiteurs lorsque les récepteurs bêta ( $\beta$ ) sont excités, et au contraire des effets stimulants lorsque les récepteurs alpha ( $\alpha$ ) sont stimulés. [2]

Ces précisions seront utiles pour comprendre le mode de fonctionnement de certaines thérapeutiques que nous détaillerons ultérieurement.

## 1.3. Physiologie des contractions utérines (CU) :

La CU représente la principale force motrice qui, au cours de l'accouchement, va permettre la progression de la présentation foetale, l'ampliation de la poche des eaux et l'effacement, puis la dilatation cervicale. Pendant le travail, les CU sont involontaires et intermittentes, totales, intéressant l'ensemble de l'utérus, et sont douloureuses à partir d'un certain seuil. Elles ont tendance à augmenter en fréquence et en intensité au fur et à mesure de l'avancement du travail, pour atteindre des valeurs théoriques de 120 Unités Montevideo (UM) à l'apex de la CU, et une fréquence moyenne de 4 CU par 10 minutes.

Lansac, d'après Grandjean (INSERM, Unité 168), nous propose un tableau récapitulatif [3] des différents paramètres physiologiques de la CU : (*mmHg = millimètre de Mercure*)

<b>Paramètres</b>	<b>Dilatation du col (4-6 cm)</b>	<b>Dilatation du col (6-8 cm)</b>	<b>Alarme</b>
<b>Tonus de base</b>	6± 4 mmHg	8± 5 mmHg	> 20 mmHg
<b>Intensité de la contraction</b>	42± 12 mmHg	47± 16 mmHg	> 70 mmHg
<b>Fréquence des CU pendant 10 min</b>	3,8± 1,5	4,0± 1,6	> 7
<b>Durée des contractions</b>	86± 22 s	86± 19 s	> 120 s

Nous pourrons, grâce à ces valeurs physiologiques de référence, décrire les différentes dystocies dynamiques que nous allons voir ultérieurement.

#### 1.4. Physiologie de la dilatation cervicale :

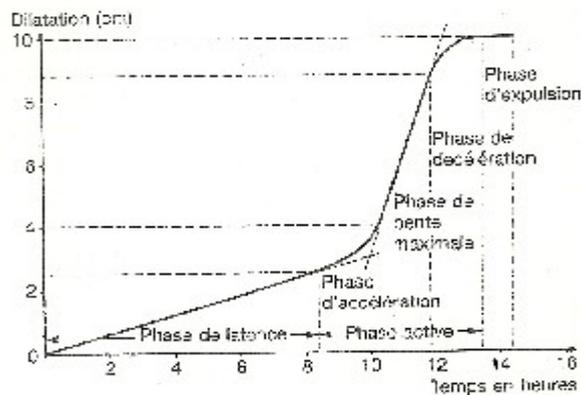
Pendant la grossesse, le col est normalement postérieur, long, tonique et fermé. Il peut être déhiscent à l'orifice externe chez les multipares, mais reste fermé à l'orifice interne. Il va donc falloir qu'il subisse une maturation avant le début du travail.

Les fibres collagéniques du tissu conjonctif cervical vont devenir plus lâches, sous l'effet de certaines hormones : la relaxine, les oestrogènes, et des prostaglandines. Le col devient alors plus mou, il se raccourcit et se centre. C'est la première des trois phases du travail décrites par Friedman (ou pré-travail), qui va permettre la maturation cervicale, et le début de la dilatation. Elle est appelée phase de latence.

Il va ensuite exister une phase d'accélération de la dilatation jusqu'à environ 8 cm, puis enfin une dernière phase de décélération jusqu'à Dilatation Complète (DC), qui va s'accompagner d'une descente de la présentation foetale, avec engagement dans le bassin maternel. [3; 4; 5]

#### 1.4.1. Chez la primipare :

Théoriquement, l'effacement du col va signer la mise en travail. L'orifice interne du col s'ouvre, puis le col se raccourcit en se confondant avec le segment inférieur. La dilatation à proprement parler ne va commencer que lorsque le col se sera complètement effacé. Elle s'effectue avec une vitesse moyenne de 1 cm par heure jusqu'à DC. Suivent ensuite les trois phases décrites précédemment (pré-travail, ou latence, accélération, et décélération en fin de travail).



**Figure 1:** Evolution de la dilatation du col en fonction du temps chez les primipares, d'après Friedman [6]

#### 1.4.2. Chez la multipare :

Le travail s'effectue généralement plus rapidement, avec des phases d'effacement et de dilatation du col qui sont plus volontiers simultanées, avec une vitesse plus importante. Parfois, la dilatation peut avoir commencé, alors même que la patiente n'est pas en travail. [3]

Après avoir vu la physiologie du travail, nous allons maintenant nous intéresser aux différentes dystocies pouvant intervenir durant celui-ci.

## **2. Rappels concernant les dystocies et leurs traitements :**

Les dystocies qui peuvent intervenir au cours du travail sont de plusieurs ordres: [7; 8]

- les dystocies dynamiques tout d'abord, qui correspondent à des anomalies de la CU et de la dilatation du col. Sont incluses dans cette catégorie les dystocies de démarrage, faux-travail, hypocinésies, hypercinésies, hypotonies, hypertonies, stagnations de la dilatation en cours de travail,
- les dystocies mécaniques, qui regroupent toutes les disproportions foeto-pelviennes, avec toutes les formes de rétrécissement et asymétries du bassin maternel, les dystocies d'origine foetale, incluant les foetus macrosomes, les défauts de présentation (présentations mal fléchies, ou dystociques), et certaines pathologies foetales (comme par exemple l'hydrocéphalie),
- les dystocies plus diverses, qui regroupent les tumeurs (tumeur praevia du col, fibrome utérin praevia), les sténoses cicatricielles du col suite à une conisation, un laser.

Nous nous intéresserons ici aux dystocies dynamiques qui interviennent au cours du travail.

### **2.1. Faux-travail, dystocie de démarrage :**

#### *2.1.1. Définitions :*

Le faux travail est défini par un épisode de CU durant quelques heures, qui sont douloureuses, plus ou moins régulières. Cependant il n'existe pas à l'examen de modifications cervicales objectives. La fréquence de cette dystocie de la phase de latence du travail reste difficile à apprécier, mais elle concernerait entre 5 et 12% des patientes. Le pronostic ultérieur après un faux-travail est en général bon, car les CU cessent souvent après quelques heures, et la patiente rentre par la suite en vrai travail. Il a été démontré que le risque de dystocie dynamique en cours de travail est cependant plus élevé lorsqu'il y a eu un épisode de faux-travail. [6; 9]

Les avis restent partagés quant à la définition de la dystocie de démarrage, qui admet ainsi plusieurs variantes. Il s'agit en fait d'une terminologie assez spécifique à la France, et qui correspond à ce que les anglo-saxons appellent la " prolongation de la phase de latence", que

nous avons explicitée plus haut. Selon Treisser [10], la dystocie de démarrage se caractérise par "la présence de CU régulières (>2/10min), douloureuses, justifiant l'hospitalisation, sans modification notable du col après 2 heures d'observation". Rudich et Cheynier, quant à eux, la définissent comme une prolongation anormale du temps de dilatation pour arriver à 3 cm, malgré des CU de bonne qualité [11]. Barrier, enfin, la définit comme une prolongation anormale du temps de dilatation pour arriver à 2 cm, avec une stagnation pendant plus de 6 heures [12].

En fait, tout dépend de la durée que l'on choisit pour définir la phase de latence du travail. Selon Friedmann, le délai entre la fin de la phase de latence et le début du travail doit être inférieur à 20 heures. Et selon la définition de l'OMS, la phase de latence doit être inférieure à 8 heures, et le diagnostic de dystocie de démarrage peut être posé si cette phase est supérieure à 12 heures [13].

Cette dystocie atteindrait 2% des accouchements totaux, dont 75% chez les primipares [6].

Le diagnostic différentiel entre ces deux dystocies reste compliqué du fait de la difficulté à situer le début du travail, associé à la faible vitesse de dilatation qui est caractéristique de la phase de latence. Lansac [3], nous propose un tableau récapitulatif, et permettant un diagnostic différentiel entre ces deux dystocies.

<b>Signes cliniques</b>	<b>Vrai travail</b>	<b>Faux travail</b>
<b>Contractions</b>	Régulières	Irrégulières
<b>Intervalle entre les contractions</b>	Diminue graduellement	Long
<b>Intensité des contractions</b>	Augmente progressivement	Stable
<b>Siège de la douleur</b>	Dos et abdomen	Abdomino-pelvien
<b>Effet de l'analgésie</b>	Non arrêté par sédation	Souvent aboli
<b>Modification du col</b>	Effacement et dilatation	Pas de changement

### 2.1.2. Traitements :

Les traitements préconisés en cas de faux travail ou de dystocie de démarrage vont dans deux directions bien différentes [6; 10] :

- on peut bloquer les CU, et le début du travail, qui dans ce cas est anormalement long. On utilise alors des  $\beta$ -mimétiques, comme par exemple le salbutamol, ou bien des antispasmodiques, à type de phloroglucinol. Il est également possible d'utiliser des antalgiques comme la péthidine, la nalbuphine ou des anxiolytiques comme l'hydroxyzine. Ces thérapeutiques antalgiques ont pour but d'espacer les CU, et d'aider la patiente à mieux les supporter, à être moins agitée. En effet, bloquer les CU non efficaces pendant quelques heures permet au vrai travail de recommencer plus efficacement par la suite. On peut également utiliser des thérapeutiques dites "alternatives", qui sont l'homéopathie, l'acupuncture, les bains.

- dans les cas de dystocie de démarrage, si les conditions locales semblent favorables, on peut directement déclencher le vrai travail en renforçant les CU, à l'aide d'ocytociques, et en pratiquant une rupture artificielle des membranes (RAM), dès que possible. Mais cela a pour effet de rendre les contractions encore plus rapprochées et douloureuses. Lorsque la dilatation arrive à 3 cm, on peut donc facilement avoir recours à l'analgésie péridurale (APD), afin de soulager la patiente.

Nous allons à présent détailler les thérapeutiques décrites ci-dessus.

#### 2.1.2.1. *Salbutamol* : [13]

- pharmacodynamie :

Le salbutamol, ou Salbumol®, est un sympatho-mimétique, utilisé comme inhibiteur du travail. C'est un  $\beta_2$ -mimétique aux propriétés utéro-relaxantes, qui exerce une action stimulante sur les récepteurs  $\beta_2$  des fibres musculaires lisses utérines. Il diminue donc l'amplitude, la fréquence et la durée des CU.

- indications :

Le salbutamol est habituellement indiqué dans les cas de menace d'accouchement prématuré ou de dystocie dynamique de démarrage.

- contre-indications :

Elles sont nombreuses. Soit liées à l'effet tocolytique, comme l'infection intra-amniotique, l'hémorragie intra-utérine. Soit liées à l'effet cardio-vasculaire, comme les cardiopathies sévères, l'hypertension artérielle sévère incontrôlée, la pré-éclampsie ou l'éclampsie.

- posologie :

En cas de dystocie de démarrage, on utilise préférentiellement la forme suppositoire, avec une posologie de 1 suppositoire de 1mg toutes les 4 à 6 heures.

A noter qu'il est préférable de faire un électrocardiogramme avant l'instauration du traitement, et de surveiller la fonction cardio-respiratoire et le bilan hydro-sodé pendant le traitement.

- effets indésirables :

Ont été répertoriés des tremblements, des palpitations, une tachycardie, des céphalées, des hyperglycémies, et plus rarement des crampes musculaires et des hypokaliémies.

#### 2.1.2.2. *Phloroglucinol* : [14; 4]

- pharmacodynamie :

Le phloroglucinol, ou Spasfon®, est un antispasmodique musculotrope, qui lève le spasme des fibres musculaires lisses et calme la douleur.

- indications :

En comprimé, en suppositoire, ou en injectable, le Spasfon® est indiqué dans le traitement des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie, et le traitement adjuvant des CU au cours de la grossesse en association au repos.

- contre-indications :

Il n'existe pas de contre-indication à l'utilisation du phloroglucinol, hormis l'hypersensibilité à l'un des constituants.

- posologie :

En cas de dystocie de démarrage ou de faux-travail, on utilise habituellement les doses suivantes :

- 6 comprimés de phloroglucinol, en 2 fois 3 comprimés de 80 mg, administrés à 15 min d'intervalle
- 2 à 3 suppositoires de phloroglucinol de 150 mg, administrés à 15 à 20 min d'intervalle
- une injection Intra-Musculaire (IM) de phloroglucinol, associée à de l'hydroxyzine, à doses variables (habituellement 1 amp de 40 mg de phloroglucinol avec 0,5 amp d'hydroxyzine).

#### 2.1.2.3. *Hydroxyzine* : [14]

- pharmacodynamie :

L'hydroxyzine, plus connue sous le nom commercial d'Atarax®, est un anxiolytique. C'est un antihistaminique antagoniste des récepteurs H1 centraux et périphériques, qui présente des propriétés anticholinergiques, donc empêche la stimulation du système para-sympathique au niveau utérin, et de fait les CU.

- indications :

L'Atarax® est indiqué dans les manifestations mineures de l'anxiété, et en prémédication de l'anesthésie générale. En salle d'accouchement, il est utilisé, associé au Spasfon® (phloroglucinol), dans les cas de faux-travail, ou de dystocie de démarrage.

- contre-indications :

L'hypersensibilité à l'un des constituants, l'administration par voie intra-artérielle (car il existe un risque de thrombophlébite et de nécrose tissulaire). Il faut également être prudent lors de la prescription chez les sujets atteints d'insuffisance hépatique et/ ou rénale.

- grossesse :

Cette thérapeutique ne doit pas être utilisée au premier trimestre de la grossesse, mais il est possible de l'administrer au troisième trimestre, en tenant alors compte des effets sédatifs et atropiniques de l'hydroxyzine.

- posologie :

Il s'agit d'une thérapeutique réservée à l'adulte, à utiliser de préférence par voie intramusculaire (IM). La posologie utilisée en cas de faux-travail ou de dystocie de démarrage est habituellement d'une demie-ampoule de 100mg associée à 1 ampoule de phloroglucinol de 40mg en IM, éventuellement renouvelable.

- effets indésirables :

Certaines réactions cutanées ont été observées, des allergies, une confusion, et surtout plus fréquemment un état de somnolence.

#### 2.1.2.4. *Péthidine, Nalbuphine* : [14]

- pharmacodynamie :

Ce sont tous les deux des antalgiques de niveau III selon la classification de l'OMS. Ce sont donc des antalgiques opiacés à action centrale, et qui sont classés comme stupéfiants.

- indications :

Ce sont principalement les douleurs intenses, rebelles aux autres paliers d'antalgiques.

- contre-indications :

Ce sont toutes les contre-indications liées aux propriétés morphiniques de ces thérapeutiques: insuffisance respiratoire ou hépatique, traumatisme crânien et hypertension intra-crânienne, état convulsif, intoxication alcoolique, association avec un traitement par inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO).

- effets secondaires :

Ils sont également liés aux propriétés morphiniques, comme la somnolence, les nausées ou vomissements, la sédation, une dépression respiratoire, une rétention urinaire, et une possible dépendance physique et psychique.

Chez le fœtus, l'utilisation de ces thérapeutiques va également induire un aplatissement du Rythme Cardiaque Foetal (RCF), et une diminution de la réactivité dans les deux heures suivant l'injection chez la mère.

- posologies :

En cas de faux-travail ou de dystocie de démarrage 0,5 à 1 ampoule de 20 mg de nalbuphine en injection IM, ou encore 1 à 2 ampoules de 100 mg de péthidine en injection IM.

#### 2.1.2.5. *Thérapeutiques alternatives :*

##### - l'homéopathie :

Assez largement utilisée en salle d'accouchement, les mécanismes et l'efficacité réelle de l'homéopathie restent cependant à démontrer. En cas de dystocie de démarrage, de faux travail ou de spasme du col, on peut par exemple citer l'utilisation d'ACTEA RACEMOSA 9CH, ou encore CAULOPHYLLUM 5CH, IGNATIA AMARA 15CH... Les posologies utilisées sont différentes selon les sages-femmes. Durant nos différents stages, nous avons souvent pu observer l'association de deux des thérapeutiques citées précédemment, en prise alternée tous les quarts d'heure, avec une posologie de 5 granules à chaque prise.

##### - l'acupuncture :

Peu utilisée par les sages-femmes, et nécessitant une formation spécifique, l'acupuncture peut aussi être utilisée en cas de dystocie dynamique. Certaines études montrent que l'utilisation de l'acupuncture diminuerait l'usage d'autres thérapeutiques plus communes (comme le recours aux antalgiques plus puissants en début de travail par exemple). Cependant l'efficacité réelle de cette technique n'a, à ce jour, pas encore été démontrée. [15]

##### - les bains, la déambulation :

En début de travail, ces "petits moyens" peuvent permettre à la patiente de se détendre (notamment avec les bains), et de mieux supporter la douleur. La phase de pré-travail est généralement mieux supportée dans ces conditions.

## 2.2. Stagnation de la dilatation :

### 2.2.1. *Définition :*

Il s'agit d'une dystocie de la phase active du travail. Dans ce cas, la dilatation s'effectue de façon anormalement lente. Soit la vitesse de dilatation est inférieure à 1 cm par heure, soit il existe une stagnation, à une dilatation donnée, au moins deux heures consécutives.

Cette dystocie rencontrée assez fréquemment, serait observée chez 5,5% des patientes, et selon les auteurs chez 3,9 à 6,3% des primipares contre 0,4 à 1,9% des multipares [6].

Les étiologies peuvent être variées : une hypocinésie, une disproportion foeto-pelvienne, un foetus macrosome, ou un bassin rétréci, une présentation céphalique en variété postérieure, qui ont pour conséquence une mauvaise application de la présentation foetale sur le col et une mauvaise accommodation. La stagnation de la dilatation peut aussi avoir une origine iatrogène, par l'administration d'antalgiques, ou de sédatifs en début ou pendant le travail, responsables d'une hypocinésie iatrogène. L'APD posée trop précocement peut aussi avoir cette conséquence[3; 6].

### 2.2.2. *Principes de traitement :*

La première attitude à avoir consiste à analyser la dynamique utérine. Si celle-ci est insuffisante, le premier geste à réaliser sera une RAM. On pourra aussi utiliser une perfusion d'ocytociques pour augmenter la fréquence et l'intensité des CU, ou d'antispasmodiques si l'étiologie de la stagnation est un spasme du col.

Si, malgré ces interventions, la dilatation stagne toujours, on pourra être amené à se poser la question de la variété de position de la présentation foetale, si les membranes sont rompues. En sachant que les variétés postérieures, qui sont les moins fréquentes, ont pour conséquence un défaut d'accommodation sur le col, et donc plus de facteurs de risques de stagnation de la dilatation. Les changements de position durant le travail peuvent remédier à cette étiologie, en permettant une rotation de la présentation foetale pour l'amener en variété antérieure.

Malgré tout, il existe des situations dans lesquelles on observe une disproportion foeto-pelvienne, dans les cas de bassin maternel rétréci, ou de fœtus macrosome (nous ne détaillerons pas ces étiologies ici). Dans ces cas, la césarienne reste la seule issue possible pour l'accouchement, car l'engagement dans le bassin maternel est impossible. [3; 6]

Détaillons les différentes thérapeutiques envisageables :

#### 2.2.2.1. *Rupture Artificielle des Membranes (RAM)* :

La RAM, ou amniotomie, reste un des traitements de choix pour les dystocies dynamiques intervenant lors du travail, lorsque les membranes sont encore intactes. Elle peut être réalisée à n'importe quel moment du travail, soit au début, lors d'un déclenchement artificiel, soit plus tard, pour permettre une direction du travail, notamment lors des dystocies dynamiques décrites précédemment. Elle permet aussi de contrôler la couleur du liquide amniotique, et donc d'avoir un élément pertinent sur le bien être fœtal.

La RAM va avoir deux effets : [3]

- mécanique, car elle permet une meilleure accommodation de la présentation fœtale, en facilitant le contact entre cette dernière et le col.
- pharmacologique, car elle permet une libération de prostaglandines endogènes contenues dans le liquide amniotique.

Cette thérapeutique peut par contre avoir plusieurs inconvénients : elle provoque une ouverture de l'œuf, et donc un contact avec les germes vaginaux pathogènes (notamment le Streptocoque B). La RAM peut aussi favoriser une procidence du cordon ombilical si la présentation n'est pas suffisamment appliquée, ou qu'il existe un hydramnios. [3]

#### 2.2.2.2. *Ocytocine* : [14]

- pharmacodynamie :

L'ocytocine, commercialisée sous le nom de Syntocinon®, est une hormone post-hypophysaire de synthèse qui augmente la fréquence et l'intensité des CU.

- indications :

- insuffisance des CU en cours de travail
- chirurgie obstétricale, pour obtention d' une bonne rétraction utérine
- atonie utérine consécutive à une hémorragie de la délivrance

- contre-indications :

hypersensibilité à l'un des constituants, dystocie, fragilité ou distension de l'utérus, hypertonie utérine, souffrance foetale, troubles cardio-vasculaires et toxémie gravidique sévère, placenta praevia, prédisposition à l' embolie amniotique.

- posologie :

Pour régulariser les CU : 5 UI (1 amp de 1 ml) dans 500 ml de sérum glucosé isotonique, en perfusion, à débiter à une vitesse comprise entre 0,1 et 0,4 ml/min, avec un maximum de 2 ml/min.

#### 2.2.2.3. *Phloroglucinol* :

En cas de stagnation de la dilatation, on utilise habituellement le phloroglucinol en perfusion, ou en injection Intra-Veineuse Directe (IVD). Les posologies sont variables en fonction des sages-femmes, en allant de 4 à 10 ampoules de 40 mg par perfusion, éventuellement renouvelables. Le phloroglucinol en perfusion est souvent associé au Magnésium dans cette indication.

#### 2.2.2.4. Magnésium : [14]

##### - pharmacodynamie :

Le Magnésium (Mg), sous forme de Mag 2® est en fait constitué d' une solution de sels de Mg. Cet élément chimique a pour propriété de diminuer l'excitabilité neuronale et la transmission neuromusculaire.

##### - indications :

La seule indication recommandée dans le dictionnaire Vidal est l'apport en Mg lors de la nutrition parentérale. L'utilisation pendant le travail n'est donc pas reconnue en tant que telle.

##### - contre-indications :

Les contre-indications relatives concernent les insuffisances rénales sévères, et l'hypersensibilité au constituants (pidolate de Mg ou glutamate). Il existe une contre-indication relative concernant l'association avec un traitement à base de quinidiniques.

##### - grossesse :

Il est recommandé dans le Vidal de n'utiliser le Mg que si nécessaire.

##### - posologie :

Le Magnésium est souvent utilisé en perfusion, en association avec le phloroglucinol dans les stagnations de la dilatation. La posologie est variable selon les sages-femmes, de 1 à 3 ampoules de 1g de Magnésium par perfusion.

##### - effet secondaires :

Ils sont consécutifs à la vasodilatation induite par le Mg. Il peut donc se produire une sensation de chaleur, un goût métallique dans la bouche. Il peut aussi exister une hypermagnésémie potentiellement létale s' il s'agit d'une personne atteinte d'une insuffisance rénale sévère, ou si l'injection est pratiquée trop rapidement.

#### 2.2.2.5. *Changements de position :*

Il s'agit de techniques de plus en plus souvent utilisées par les sages-femmes. Ces techniques, dont le docteur B. de GASQUET est à l'origine, a pour but de favoriser la mobilité au cours de travail.

Que ce soit en début de travail ou en cas de stagnation de la dilatation, les différentes positions pouvant être adoptées vont permettre une ouverture des diamètres du bassin, et donc une descente ou une rotation plus efficace de la présentation foetale. On peut citer les positions les plus utilisées en salle d'accouchement: le décubitus latéral (gauche ou droite) avec une jambe hyperfléchie, la position assise, la "position de Rosa"...

### 2.3. Hypertonie :

#### 2.3.1. *Définition :*

L'hypertonie est caractérisée par un défaut de relâchement du muscle utérin et donc une augmentation du tonus de base entre les contractions. Il en existe deux types différents :

- l'hypertonie par contracture, qui est le plus souvent rencontrée dans des situations d'hématome rétro-placentaire. Dans ce cas la valeur du tonus de base est multipliée par 3 ou 4, et on perçoit tout de même des contractions rythmées qui s'ajoutent à cette contracture utérine.

- l'hypertonie par hypercinésie, qui est très souvent induite par une injection inadaptée d'ocytociques, mais dont l'explication peut aussi être la lutte de l'utérus contre un obstacle (disproportion foeto-pelvienne par exemple). Suite à l'hypercinésie, le muscle utérin n'a pas le temps de se relâcher correctement entre les CU, ce qui conduit à l'élévation du tonus de base, et donc à l'hypertonie. [7] Dans ce cas, le col devient souvent rigide et oedématié, et la dilatation admet plus volontiers une stagnation.

### 2.3.2. Principes de traitement :

Dans les cas d'hypertonies par contracture dues à un hématome rétro-placentaire, le seul moyen thérapeutique va être la césarienne en urgence si l'accouchement n'est pas imminent.

Lors d'hypertonies par hypercinésie, il faut d'abord enrayer celle-ci, en stoppant la perfusion d'ocytociques si elle était présente, et en réalisant une APD, si celle-ci n'est pas déjà posée. On utilise également souvent dans cette indication en salle d'accouchement des dérivés nitrés, comme le Natispray® ou le Nitronal®. Leur forte action vasodilatatrice permet une action quasi-instantanée sur l'hypertonie. Enfin si le col est rigide, on peut être amené à utiliser des antispasmodiques, et lever le spasme du col qui est souvent associé.

#### 2.3.2.1. Analgésie Péridurale (APD) :

C'est la plus utilisée des anesthésies loco-régionales pendant le travail obstétrical. Le principe de l'APD est d'interrompre la conduction du message douloureux au niveau des troncs innervant l'utérus, par l'introduction d'anesthésiques locaux dans l'espace péridural au niveau lombaire.

Les indications de l'APD sont nombreuses. Outre le confort maternel, elle peut être indiquée en cas de déclenchement artificiel du travail, d'extraction instrumentale, d'épreuve du travail ou d'utérus cicatriciel, de présentation du siège ou de grossesse gémellaire, ou de pathologie gravidique. Mais l'APD peut aussi être indiquée dans les dystocies cervicales que nous avons décrites précédemment. [3] En effet, elle aurait pour conséquence d'assouplir les cols étant trop rigides voire spasmés.

Il existe aussi des contre-indications à l'APD: le refus de la patiente, la souffrance foetale aiguë, une hémorragie maternelle sévère, une hypovolémie maternelle, des troubles de la coagulation, des infections cutanées au point de ponction, un état de septicémie, ou encore des maladies neurologiques évolutives (comme la sclérose en plaques). [15; 16]

### 2.3.2.2. *Dérivés nitrés* : [14; 17; 18]

#### - pharmacodynamie :

La Trinitrine entre dans la composition de thérapeutiques comme le Nitronal®, ou le Natispray®. Il s'agit en fait d'un dérivé nitré, donneur de monoxyde d'azote (NO), qui est donc vasodilatateur. Cette substance est surtout utilisée en cardiologie, et provoque un relâchement des fibres musculaires lisses suite à la vasodilatation.

#### - indications :

Elles concernent le traitement préventif ou curatif de la crise d'angor, ou de l'oedème aigu du poumon.

#### - contre-indications :

Elles regroupent l'hypersensibilité aux dérivés nitrés, les états de choc, l'hypotension sévère, les cardiomyopathies obstructives, l'infarctus du myocarde, l'hypertension intra-crânienne, et l'allaitement.

#### - grossesse :

En dehors d'une situation aiguë (comme l'hypertonie en est une), l'usage de dérivés nitrés est déconseillé pendant la grossesse.

#### - posologie : (voir Annexe I)

En cas d'hypertonie utérine, il convient de diluer 1 ml d'une amp de 5 ml de Nitronal® (dosée à 1mg/ml) dans 9ml de NaCl à 0,9%. Il faut alors injecter en IVD 2 à 3 ml de cette préparation, injection qui peut être renouvelée en cas de besoin. [15; 19]

On peut aussi utiliser le Natispray®, en administrant 2 bouffées de 0,30mg en sub-lingual lors de l'hypertonie. Cette posologie peut éventuellement être renouvelée si l'hypertonie persiste.

### 2.3.2.3. *Phloroglucinol et Magnésium* :

En cas d'hypertonie, on peut utiliser du phloroglucinol, éventuellement associé à du Magnésium. Les posologies, tout comme lors de stagnation de la dilatation, varient selon les sages-femmes. En général, les posologies varient de la même manière qu'en cas de stagnation de la dilatation.

## 2.4. Hypocinésie :

### 2.4.1. *Définition* :

C'est une dystocie fréquente, surtout dans les cas de distension utérine chez les grandes multipares, les hydramnios, ou encore les grossesses gémellaires, qui serait responsable de 30% des anomalies de la dilatation cervicale [3].

Elle se définit de deux manières différentes :

- par des contractions plus ou moins régulières, mais de fréquence insuffisante (différente selon les stades du travail), et par une durée des CU inférieure à 70 s (secondes).

Cela correspond à une hypocinésie de fréquence.

- par une valeur d' intensité des CU inférieure à 30 mmHg en tocographie interne, qui correspond alors à une hypocinésie d' intensité. [7]

### 2.4.2. *Principes de traitement* :

Le traitement usuel des hypocinésies, qu'elles soient de fréquence ou d'intensité, est le même: la perfusion d'ocytociques, avec un débit initial de 1,5ml/h progressivement augmenté jusqu'à l'obtention d'une bonne dynamique utérine.

## 2.5. Hypercinésie :

### 2.5.1. *Définition* :

Tout comme l'hypocinésie décrite ci-dessus, l'hypercinésie peut se définir de deux manières : [3; 7]

- par des CU trop rapprochées, jusqu'à 6 à 10 par 10 minutes, ce que l'on appelle l'hypercinésie de fréquence,

- par des CU de trop importante intensité, avec une tocographie interne supérieure à 70 mmHg, ce qui correspond à une hypercinésie d' intensité.

Les hypercinésies peuvent être spontanées, ou secondaires à une disproportion foeto-pelvienne, une perfusion d'ocytociques mal dirigée, un hématome rétro-placentaire ou bien encore une infection chorio-amniotique. Elles auront pour conséquence la possible survenue d'une hypertonie secondaire au non-relâchement du muscle utérin, et une altération de la perfusion utéro-placentaire, avec un risque d'hypoxie foetale.

#### *2.5.2. Principes de traitement :*

Les traitements peuvent être multiples : [3]

- on peut utiliser des antispasmodiques, mais dans les faits ils sont de moins en moins utilisés pour cette indication, du fait de leur efficacité discutée.

- on préfère utiliser l'APD, qui a pour effet secondaire d'espacer les CU, et donc de provoquer une hypocinésie iatrogène. Il faut d'ailleurs, paradoxalement, souvent mettre en place par la suite une perfusion d'ocytociques pour rétablir une bonne dynamique utérine.

- si l'hypercinésie se manifeste dans un contexte d'épreuve utérine sur utérus cicatriciel, il faudra alors envisager une césarienne, car ce symptôme est l'un des prodromes de la rupture utérine.

### **3. Droit de prescription des sages-femmes :**

La liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes est fixée chaque année par arrêté du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, et publiée au Journal Officiel de la République Française.

L'arrêté du 12 octobre 2011, publié au Journal Officiel du 20 octobre 2011, [20] et visible en Annexe II, fixe les dispositions suivantes :

- les substances autorisées pour les sages-femmes, en primo-prescription contiennent :
  - les antispasmodiques
  - la nalbuphine (ampoules dosées à 20 mg), la prescription étant réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place par un médecin anesthésiste-réanimateur. La prescription étant limitée au début de travail, et à une seule ampoule par patiente.
  - les médicaments homéopathiques
  - les ocytociques
  - le salbutamol par voie orale ou rectale
  
- en cas d'urgence, et en l'attente du médecin :
  - les dérivés nitrés, selon les protocoles en vigueur

Deuxième partie :

Résultats

# **1. Constat de départ :**

## **1.1. Problématique :**

Comme nous l'avons vu précédemment, les dystocies dynamiques apparaissant au cours du travail sont fréquentes. La question de leur prise en charge thérapeutique est donc une problématique quotidienne rencontrée par les sages-femmes (SF) travaillant en salle d'accouchement. Nous avons pu observer, au cours de nos différents stages, qu'il n'existait pas de protocole clairement pré-établi pour la prise en charge des dystocies, et que les posologies et thérapeutiques utilisées étaient très variées. De plus il nous a semblé que l'utilisation par les SF de thérapeutiques à visée antispasmodique était très fréquente, quelle que soit la région, le niveau de maternité ou l'expérience des professionnels.

Partant de ce constat, une question se pose alors :  
Comment expliquer les connaissances et les pratiques des SF vis-à-vis des thérapeutiques à visée antispasmodique (TVAS) en salle d'accouchement pendant le travail, molécules qu'elles utilisent quotidiennement, sans protocole officiel?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une double enquête, comprenant :

- un questionnaire, destiné aux SF travaillant en salle d'accouchement (Annexe III)
- une grille de recueil de données, à remplir par les SF à chaque fois qu'elles ont prescrit les TVAS pendant le travail. (Annexe IV)

## 1.2. Objectifs et hypothèses :

Les objectifs de cette enquête sont triples :

- Evaluer les connaissances théoriques des SF qui travaillent en salle d'accouchement sur les TVAS dans leur utilisation en obstétrique pendant le travail, avec comme hypothèses de départ :

- les connaissances des SF sur les TVAS et leurs prescriptions s'acquièrent plus de façon empirique lors de leur formation initiale et des stages effectués, que de façon théorique

- les SF ont peu de connaissances théoriques sur le mode d'action des différentes molécules, et les posologies à adopter en cours de travail

- les SF plus jeunes, ou qui se documentent, assistent à des formations diverses, ont plus de connaissances théoriques sur les TVAS que les autres

- Sonder les SF quant aux représentations et convictions qu'elles ont vis-à-vis de ces thérapeutiques :

- bien qu'utilisant régulièrement les TVAS pendant le travail, les SF restent néanmoins lucides sur leur efficacité limitée

- l'influence des personnes rencontrées, durant la formation initiale ou dans le cadre de l'exercice professionnel, reste importante dans le schéma thérapeutique adopté

- Analyser les pratiques des SF sur l'utilisation des TVAS pendant le travail :
  - à leur quasi-unanimité, les SF utilisent les TVAS pendant le travail
  - les SF connaissent les facteurs de la mécanique obstétricale pouvant influencer leur prescription, et en tiennent compte
  - elles intègrent leur prescription à d'autres moyens thérapeutiques
  - il existe une multitude d'utilisation des TVAS selon les SF
  - le niveau d'utilisation de ces thérapeutiques reste élevé, quelque soit le niveau de connaissances, ou l'ancienneté de la SF.

## **2. L'enquête :**

Elle a été réalisée dans le service de la maternité du C.H.U. de la Croix-Rousse, à Lyon, après accord du chef de service, le professeur R.C. Rudigoz, et de la sage-femme cadre de salle d'accouchement, Mme Thevenet.

L'enquête a donc porté sur les accouchements ayant eu lieu dans le service entre le 4 octobre (date de début de l'enquête), et le 4 décembre 2011, et s'est donc déroulée sur 2 mois. Les questionnaires destinés aux sages-femmes ont été distribués durant la même période.

### **2.1. Le questionnaire :** (annexe III)

Il est composé de 11 questions, réparties de la façon suivante :

- les questions 1 et 2 renseignent la région où elles ont réalisé leurs études et l'ancienneté de la SF questionnée, de façon anonyme,
- les questions 3 à 5, puis 10 ont pour objectif de connaître les pratiques des SF quant à l'utilisation des TVAS,
- les questions 6 et 7 vont permettre d'évaluer les connaissances théoriques des SF sur ces thérapeutiques,
- les questions 8, 9 et 11 vont permettre d'analyser les convictions des SF quant à l'efficacité des TVAS pendant le travail, et ce qui influence leur prescription.

Au total, 45 questionnaires ont été distribués, aussi bien en salle d'accouchement, que dans les services de maternité et de grossesses pathologiques. Ont été exclues les SF n'effectuant pas de rotations en salle d'accouchement (pour les questionnaires distribués en maternité ou grossesses pathologiques).

## 2.2. La grille de recueil de données : (annexe IV)

Notre étude est prospective, et porte sur les accouchements ayant lieu dans le service de salle d'accouchement du CHU de la Croix-Rousse durant les deux mois étudiés. Le seul critère d'exclusion a été la césarienne prophylactique, avant mise en travail de la patiente.

La grille est composée de deux parties bien distinctes :

- les cinq premiers items permettent d'obtenir des renseignements généraux sur la patiente (tranche d'âge, parité, terme de la grossesse, nombre de fœtus, mode de début de travail). Ces renseignements restent anonymes.
- le reste de la grille est composé d'un tableau permettant de connaître l'indication de la thérapeutique mise en place, et le schéma prescrit. Sont associés des items permettant de prendre en compte la situation obstétricale au moment de l'administration de la TVAS, et des thérapeutiques éventuellement associées. Le dernier item nous permet d'obtenir des renseignements quant à l'efficacité de la thérapeutique mise en place. Une deuxième colonne étant prévue en cas de deuxième prescription pour la même patiente.

Les grilles devaient initialement être remplies à chaque fois que les SF prescrivaient les TVAS pendant le travail. Ayant des difficultés à remplir ces grilles en temps réel, ce qui leur demandait une charge de travail supplémentaire non négligeable, nous avons décidé de remplir nous-même les grilles pour la dernière période de l'étude.

### **3. Résultats du questionnaire :**

#### **3.1. Taux de réponse :**

Sur les 45 questionnaires distribués, autant en salle d'accouchement qu'en service de grossesses pathologiques ou en maternité, nous en avons recueilli 11. Ce qui correspond donc à un taux de réponse de 24,4%.

#### **3.2. Généralités sur les sages-femmes questionnées :**

##### *3.2.1. Origine géographique :*

<b>lieu d'études</b>	<b>nombre</b>
Rhône-Alpes	3
Autre région française	8
Etranger	0
TOTAL	11

**Tableau 1:** Répartition des SF en fonction de leur lieu d'étude

La majorité des SF questionnées (8 sur 11) a effectué ses études dans une autre région de France (Franche-Comté, Loire-Atlantique, Ile-de-France, Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon, Champagne-Ardennes). Les sages-femmes originaires de la région Rhône-Alpes apparaissent en minorité dans les SF ayant répondu (3 cas sur 11).

##### *3.2.2. Ancienneté :*

<b>Ancienneté</b>	<b>nombre</b>
< 5 ans	4
De 5 à 10 ans	3
> 10 ans	4
TOTAL	11

**Tableau 2:** Répartition des SF en fonction de leur ancienneté

On remarque une répartition quasi équitable des SF ayant répondu à ce questionnaire, au niveau de leur ancienneté.

### 3.3. Pratiques des sages-femmes quant à l'utilisation des TVAS :

#### 3.3.1. *Fréquence d'utilisation :*

<b>Fréquence d'utilisation</b>	<b>nombre</b>
régulière	10
occasionnelle	1
jamais	0
TOTAL	11

**Tableau 3:** Fréquence d'utilisation des TVAS selon les SF

La très grande majorité des SF questionnées (10 sur 11 ), dit utiliser les TVAS de façon régulière pendant le travail.

#### 3.3.2. *Situations cliniques de prescription :*

<b>Situations cliniques de prescription</b>	<b>nombre</b>
dystocie de démarrage, faux-travail	11
stagnation de la dilatation	9
spasme du col	10
hypertonie utérine	9
antalgie	6
travail long	3
autres	0

**Tableau 4:** Situations cliniques pour lesquelles les SF prescrivent les TVAS

Dans la majorité des situations cliniques proposées dans ce questionnaire, les SF disent prescrire les TVAS pour plus de 9 SF sur 11 en cas de dystocie de démarrage, faux-travail, stagnation de la dilatation, spasme du col, hypertonie utérine. Environ la moitié des SF dit également utiliser ces thérapeutiques dans un but antalgique, et un peu plus du quart en cas de travail long.

### 3.3.3. TVAS utilisées par les sages-femmes en salle d'accouchement :

TVAS utilisées	nombre
Spasfon® seul ou associé	11
Natispray® ou Nitronal®	7
Atarax®	9
Péthidine ou Nubain®	4
Salbutamol®	5
autres	1

**Tableau 5:** TVAS utilisées pas les SF

Pour quatre thérapeutiques sur les cinq que nous proposons, on obtient des résultats proches ou nettement supérieurs à la moitié des SF qui les prescrivent. Une SF a cité qu'elle prescrit d'autres thérapeutiques, non citées, qui sont : Adalate®, Loxen®, Tractocile®. Nous n'avons pas étudié ces thérapeutiques, qui sont utilisées dans un but tout autre: le traitement des menaces d'accouchement prématuré.

### 3.3.4. Evolution des prescriptions avec le temps :

Evolution des prescriptions avec le temps	nombre
pas d'évolution	3
vers une plus grande fréquence de prescription	6
vers une plus petite fréquence de prescription	2
TOTAL	11

**Tableau 6:** Modalités d'évolution des prescriptions

Pour plus de la moitié des SF questionnées (6 sur 11), la tendance générale va vers une plus grande fréquence de prescription des TVAS. Pour celles dont la fréquence diminue (2 sur 11), elle l'argumentent par une plus grande précision dans la prescription, et le fait de cibler ces thérapeutiques pour des situations cliniques plus précises. Une SF indique qu'elle utilise plus volontiers des thérapeutiques dites "alternatives" (homéopathie, postures, acupuncture) en début de travail, par rapport aux TVAS.

### 3.4. Connaissances des sages-femmes relatives aux TVAS :

#### 3.4.1. *Principaux moyens d'apport des connaissances :*

<b>apports de connaissances</b>	<b>nombre</b>
apports théoriques de la formation initiale	4
apports théoriques par lectures personnelles	0
apports par expérience clinique et personnelle	6
apports par stages de la formation initiale	7
pratiques de l'équipe du service	6

**Tableau 7:** Moyens d'apports de leurs connaissances que les SF déclarent

Environ un tiers des SF questionnées a déclaré que la majorité de leurs connaissances sur les TVAS provenaient d'apports théoriques acquis lors de leur formation initiale.

Plus de la moitié des SF sondées déclarent que leurs connaissances ont été principalement acquises par leur propre expérience clinique, les stages effectués lors de leur formation initiale, et par les pratiques du service dans lequel elles travaillent actuellement.

#### 3.4.2. *Connaissances théoriques :*

Nous pouvons d'ores et déjà indiquer que la plupart des réactions que nous avons retrouvées face à ce tableau ont été plutôt dubitatives. En effet la plupart des SF, voire même la quasi-totalité ont exprimé le fait qu'elles ne connaissaient pas les réponses, et qu'elles ne se considéraient pas comme performantes sur leurs connaissances en pharmacologie.

Voici les réponses que nous avons obtenues :

En annexe figure le tableau que les SF avaient à remplir. Les réponses attendues sont notées dans les cases correspondantes.

**- concernant la classe pharmaceutique :**

Sur les 11 questionnaires remplis, 5 SF n'ont pas noté la classe pharmaceutique des thérapeutiques proposées pour au moins la moitié de celles-ci. Cela concerne surtout les thérapeutiques suivantes : Natispray®, péthidine, Atarax®.

En ce qui concerne le Spasfon®, on retrouve deux fois la mention "antalgique".

**- concernant le mode d'action :**

- Pour le Spasfon®, 7 SF n'ont pas répondu. Pour les autres réponses, on note les suivantes : "relâche les fibres musculaires", ou "action sur les muscles".
- Pour le salbutamol, 3 SF n'ont pas répondu. On trouve comme réponses : "tocolytique", "utérorelaxant", "relâche les muscles lisses", "agoniste des récepteurs ocytociques".
- Pour le Natispray®, 5 SF n'ont pas répondu. On note comme réponses : "myorelaxant", "relâche les muscles lisses". Cinq SF ont répondu "vasodilatateur".
- Pour la péthidine, 7 SF n'ont pas répondu. On peut citer comme réponses : "antalgique et relâchement du col", "relaxe la patiente", "agit sur les récepteurs à la douleur".
- Pour l'Atarax®, 4 SF n'ont pas répondu. Dans les autres réponses, on peut citer : "relaxe, tranquillise la patiente", "détend", "relaxant", "action centrale", "action sur le système nerveux central".

**- concernant les contre-indications :**

La seule thérapeutique pour laquelle les SF ont toutes répondu est le salbutamol, les contre-indications étant bien reconnues (diabète, pathologies cardiaques, hémorragie...).

En ce qui concerne les autres thérapeutiques, le taux de réponse est plus faible. Neuf SF n'ont pas noté de contre-indication au Spasfon®. La moitié des SF ont répondu en ce qui concerne les autres thérapeutiques.

On peut citer dans les réponse retrouvées : "hypotension", hémorragie" pour le Natispray®, "ARCF" et "allergie" pour la péthidine, "allergie", "glaucome fermé", "bébés fragiles" en ce qui concerne l'Atarax®.

**- concernant les posologies :**

Elles sont toutes différentes selon les SF, et il existe même plusieurs posologies pour une même thérapeutique et une même SF. On peut toutefois préciser que 3 d'entre elles n'ont pas donné de réponses dans cette catégorie.

Dans les réponses reçues, on peut citer le Spasfon®, qui peut être prescrit "à la demande de la patiente", ou encore "pas de surdosage".

**- concernant les voies d'administration :**

Toutes les SF ont répondu à cette catégorie, et elles ont toutes cité les différentes voies d'administration possibles pour les thérapeutiques présentées.

**3.5. Convictions des sages-femmes autour de ces thérapeutiques :**

*3.5.1. Influence quant à la conviction de l'efficacité :*

Notre but était ici de déterminer ce qui, au cours de leurs études ou lors de leur exercice professionnel, a le plus contribué à élaborer la conviction que les SF peuvent avoir en ce qui concerne l'efficacité des TVAS en salle d'accouchement.

Une seule réponse était attendue pour cette question parmi les choix proposés. Cependant la quasi-totalité des SF ont coché plusieurs réponses.

conviction de l'efficacité	nombre
connaissances théoriques de la formation initiale	1
connaissances théoriques par lectures personnelles	1
situations cliniques considérées comme exemple	6
prescriptions de certaines SF rencontrées à tous moments	8

**Tableau 8:** Moyens d'élaboration de la conviction des SF à propos des TVAS

La majorité des SF questionnées déclarent que ce qui a le plus influencé leur conviction de l'efficacité des TVAS est, en premier lieu le suivi de prescriptions de certaines SF (rencontrées en formation initiale ou après), avec 8 SF sur 11. On retient ensuite le deuxième critère d'influence, qui consiste à considérer comme exemple des situations cliniques rencontrées durant leur carrière (6 SF sur 11).

### 3.5.2. Qualificatif de l'efficacité des TVAS selon les sages-femmes :

	pas du tout efficace	peu efficace	moyennement efficace	très efficace	pas de réponse	TOTAL
Spasfon® seul	0	3	7	1	0	11
Spasfon® associé	0	0	4	7	0	11
Natispray® ou Nitronal®	0	0	2	8	1	11
salbutamol	0	0	3	7	1	11
Atarax®	0	3	6	8	0	11
péthidine ou Nubain®	0	0	1	9	5	11

**Tableau 9:** Evaluation des différentes TVAS selon les SF

Pour la plupart des thérapeutiques proposées à l'évaluation dans cette étude, les SF les qualifient de "moyennement efficace" dans 34,8% des cas (si l'on considère toutes les réponses possibles), et de "très efficace" dans 45,5% des cas, en ce qui concerne leur utilisation pendant le travail. Les molécules étudiées sont qualifiées de peu efficaces dans seulement 9% des cas.

Près de la moitié des SF, voire les deux tiers considèrent que le Spasfon® associé à d'autres thérapeutiques, le Nitronal®, et le salbutamol sont très efficace pendant le travail.

Les thérapeutiques qualifiées de moyennement efficaces sont le Spasfon® seul et l'Atarax® pour un peu plus de la moitié des SF questionnées. Un peu moins du tiers des SF qualifient ces mêmes molécules de "peu efficaces".

### 3.5.3. Facteurs influençant la prescription :

Notre but était ici de connaître ce qui, selon les SF, les influence le plus pour leurs prescriptions de TVAS au quotidien, quels sont les éléments qu'elles prennent généralement le plus en compte afin de les établir. Une seule réponse parmi les choix possibles était attendue, mais 6 SF ont donné plusieurs réponses.

Facteurs d'influence	nombre
connaissances de la SF	1
situation clinique: éléments obstétricaux	7
situation clinique: association à d'autres thérapeutiques	5
expérience personnelle	5
pratiques de l'équipe du service	6
produits disponibles dans la pharmacie	1

**Tableau 10:** Facteurs que les SF déclarent comme influençant leurs prescriptions

Les facteurs influençant le plus les SF dans leurs prescriptions sont: la situation clinique, avec les éléments obstétricaux (7 SF sur 11), l'association à diverses autres thérapeutiques (5 SF sur 11), l'expérience personnelle (5 SF sur 11), et les pratiques courantes du service (6 SF sur 11).

## **4. Résultats de la grille de recueil de données :**

### **4.1. Critères d'exclusion et taux de remplissage :**

Sur les 697 accouchements pratiqués lors de la période d'enquête, 68 grilles ont été remplies. Il est important de préciser que sur ce nombre, 30 d'entre elles (44,1%) présentaient au moins deux prescriptions pour la même patiente. Le nombre total de prescriptions étudiées est donc de 109. Le détail des résultats est visible en annexe V.

Le nombre d'accouchements effectués par césarienne programmée, avant la mise en travail de la patiente est de 82. Ce qui nous ramène à un nombre d'accouchements avec potentielle utilisation de TVAS à 615. (88,2 % des accouchements de la période)

A ce point, nous devons faire une distinction entre deux périodes clairement différentes de l'étude :

- au début de l'étude, les SF devaient remplir les grilles à chaque fois qu'elles prescrivaient une TVAS au cours du travail. Mais devant le taux de participation très faible, nous avons décidé de changer de méthode. Durant cette première partie, sur 464 accouchements inclus dans l'étude (césariennes programmées exclues (n=57)), nous avons recueilli 25 grilles. Le taux de prescription est donc de 5,4%.
- dans la deuxième partie de l'étude, nous avons donc rempli nous-même les grilles, en analysant les dossiers obstétricaux (après avoir obtenu l'accord de la cadre du service de salle d'accouchement). Durant cette seconde partie, sur les 150 accouchements inclus dans l'étude, nous avons récolté 43 grilles, correspondant donc à un taux d'utilisation de ces thérapeutiques dans 28,7% des accouchements.

Bien que le taux de prescription soit plus important durant cette phase, il ne peut prétendre être exhaustif de toutes les situations qui ont pu rentrer dans les critères de sélection de cette étude. Nous nous sommes basés sur le registre des naissances, où sont habituellement notées les prescriptions de TVAS lorsqu'elles ont lieu pendant le travail.

Il existe donc une certaine probabilité que des dossiers n'aient pas été complets, et que les prescriptions n'aient pas été notées. Nous avons également trouvé certains accouchements pendant lesquels des TVAS semblaient avoir été prescrites, mais dont aucun détail de la prescription n'était noté dans le dossier.

## 4.2. Caractéristiques de la population étudiée :

### 4.2.1. *Age des patientes :*

âge	nombre	pourcentage	enquête nationale périnatale
<20 ans	0	0,0%	1,4%
21-29 ans	33	48,5%	42,5%
30-39 ans	33	48,5%	51,2%
>40 ans	2	3,0%	5,0%

**Tableau 11:** Age de la population étudiée, comparée à la population générale française

On observe que la population étudiée est formée presque pour moitié par des patientes entre 21 et 29 ans, et pour l'autre moitié par des patientes entre 30 et 39 ans.

En cherchant à comparer les résultats de ces deux études, nous trouvons une valeur du Khi2 à 2,37, pour une valeur seuil de 7,81 si l'on retient une marge d'erreur de 5% comme significative. La différence entre les résultats deux études est donc non significative statistiquement. Ces deux populations sont donc équivalentes au niveau de l'âge des patientes.

### 4.2.2. *Parité :*

parité	nombre	pourcentage	enquête nationale périnatale
primipare	48	70,6%	44%
2ème pare	14	20,6%	35%
3ème pare ou	6	8,8%	23%
TOTAL	68	100,0%	100%

**Tableau 12:** Parité des patientes de la population étudiée, et de la population générale en France

La population est composée par une majorité de primipares, avec plus de 70% des patientes. Les deuxième et troisième pares ou plus sont moins nombreuses, et représentent moins de 30% des patientes.

En comparant les deux études présentées, on obtient une valeur du Khi2 à 16,23 pour

une valeur seuil de 5,99 si l'on considère une marge d'erreur de 5%. La différence entre les deux études est donc significative au niveau de la parité des patientes, avec une sur-représentation de primipares par rapport aux autres patientes dans la population de notre étude.

#### 4.2.3. Terme de la grossesse :

terme	nombre	pourcentage
<37SA	2	2,9%
de 37+1j à 40+3j	47	69,1%
>40+3j	19	27,9%
TOTAL	68	100,0%

**Tableau 13:** Répartition de l'âge gestationnel pour les situations cliniques étudiées

Dans les 68 situations que nous avons étudiées, la majorité des grossesses étaient à terme (plus de 69%). Les termes dépassés étaient présents à hauteur de 28% environ, et les mises en travail prématurées étaient beaucoup moins importantes (moins de 3%).

Au sein de l'enquête périnatale nationale de 2010, on retrouve 18,1% des accouchements ayant lieu après le terme théorique.

#### 4.2.4. Type de grossesse :

Sur les 68 patientes incluses dans l'étude, 100% d'entre elles présentaient une grossesse monofoetale. Nous n'avons eu aucun cas de prescription sur des accouchements de jumeaux durant la période d'étude.

#### 4.2.5. Mode de mise en travail :

travail	nombre	pourcentage	enquête périnatale nationale
spontané	52	76,5%	66,5%
déclenchement	16	23,5%	22,7%

**Tableau 14:** Répartition des modes de mise en travail dans la population étudiée

Dans la population que nous avons étudiée, plus de 76% des patientes ont connu un début de travail spontané, et environ 23% un déclenchement artificiel de travail.

Dans l'enquête périnatale nationale de 2010, on retrouve une part moins importante de mise en travail spontané (66,5%)

La valeur du Khi2 dans le cas ci-dessus est égale à 0,098 pour une valeur seuil à 3,84 si l'on considère une marge d'erreur de 5%. On peut donc dire que les deux populations sont comparables et équivalentes en ce qui concerne le mode de mise en travail.

### 4.3. Situations cliniques lors de la prescription :

#### 4.3.1. Indications thérapeutiques :

Lors du remplissage des grilles, les SF avaient le choix entre plusieurs prescriptions: faux-travail ou dystocie de démarrage, stagnation de la dilatation, spasme du col, hypertonie ou antalgie.

Indication thérapeutique	nombre	pourcentage
Faux-travail, dystocie de démarrage	20	18,3%
Stagnation de la dilatation	5	4,6%
Spasme du col	55	50,5%
Hypertonie	1	0,9%
Antalgie	1	0,9%
Stagnation de la dilatation et spasme du col	13	11,8%
Spasme du col et autre	4	3,7%
Stagnation de la dilatation et autre	3	2,8%
Hypertonie et autre	3	2,8%
Autres	4	3,7%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 15:** Répartition des différentes indications thérapeutiques dans les situations cliniques étudiées

Les principales indications thérapeutiques de TVAS retrouvées dans cette étude sont le spasme du col (un peu plus de 50% des cas), le faux-travail ou dystocie de démarrage (18% des cas), et la stagnation de la dilatation associée au spasme du col ( un peu moins de 12% des cas).

#### 4.3.2. Dilatation cervicale :

dilatation	nombre	pourcentage
inférieure à 3 cm	47	43,1%
De 4 à 8 cm	56	51,4%
plus de 8 cm	6	5,5%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 16:** Répartition des stades de dilatation dans les situations cliniques étudiées

La majorité des prescriptions ont été établies pour une dilatation cervicale inférieure à 3 cm (43%), ou pour une dilatation comprise entre 4 et 8 cm (51%). Les prescriptions intervenant pour une dilatation supérieure à 8 cm sont plus rares: 5,5%.

#### 4.3.3. Etat de la poche des eaux :

état de la poche des eaux	nombre	pourcentage
intacte	25	22,9%
RSM	41	37,6%
RAM	43	39,5%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 17:** Etat de la poche des eaux dans les 109 situations cliniques étudiées

Dans la majorité des cas, la poche des eaux était rompue, soit de façon spontanée (37%), soit de façon artificielle (39%). La part de situations avec une poche des eaux intacte était plus faible (23%).

#### 4.3.4. Hauteur de la présentation foetale :

Hauteur de présentation	nombre	pourcentage
haute et mobile	10	9,1%
amorcée	20	18,4%
fixée	72	66,1%
engagée	7	6,4%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 18:** Hauteur de la présentation foetale au cours des différentes situations cliniques

Dans 66% des situations cliniques étudiées, la présentation foetale était fixée dans le bassin maternel. Dans un peu plus de 18% des cas, la présentation était amorcée. Les présentations hautes, mobiles ou engagées étant moins représentées (respectivement 9% et un peu plus de 6%).

#### 4.3.5. Variétés de position :

variété de position	nombre	pourcentage
OIGA	18	16,5%
OIDA	5	4,6%
OIGP	11	10,1%
OIDP	15	13,7%
OIDT	4	3,7%
OIGT	4	3,7%
OS	2	1,8%
OP	1	0,9%
non renseigné	49	45,0%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 19:** Variétés de position retrouvées dans les 109 situations étudiées

Il nous semble difficile d'inclure ce critère dans notre réflexion, étant donné que près de 45% des grilles n'étaient pas remplies pour cet item. Quant à l'item de fléchissement de la tête foetale, il n'a pas été rempli dans près de 77% des cas (n= 84). Nous choisissons donc de ne pas en tenir compte dans nos résultats. Ces deux critères n'étaient souvent pas renseignés dans les dossiers médicaux, ou la prescription intervenait trop tôt dans le travail pour pouvoir préciser la variété de présentation du fœtus.

#### 4.3.6. Poids foetal estimé :

PFE	nombre	pourcentage
eutrophe	65	95,6%
suspicion de macrosomie	3	4,4%
TOTAL	68	100,0%

**Tableau 20:** Estimation du poids foetal dans les différentes situations

Dans la très grande majorité des situations cliniques incluses dans cette étude (plus de 95% des cas), les fœtus étaient estimés eutrophes au niveau du poids. La part de fœtus présentant une suspicion de macrosomie était beaucoup plus faible (un peu plus de 4% des situations cliniques).

On retrouve la même proportion dans l'étude nationale périnatale de 2010: 92,1% de fœtus eutrophes, et 3,8% de macrosomes.

#### 4.3.7. Dynamique utérine :

dynamique utérine	nombre	pourcentage
hypocinésie	35	32,1%
dynamique normale	72	66,1%
hypercinésie	2	1,8%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 21:** Evaluation de la dynamique utérine dans les situations étudiées

Dans la population étudiée, les deux tiers environ des situations cliniques présentaient une dynamique utérine satisfaisante (environ 66% des cas). Le tiers restant est majoritairement représenté par des situations d'hypocinésie (environ 32% des cas).

#### 4.4. Schéma thérapeutique prescrit :

##### 4.4.1. *Thérapeutiques utilisées :*

thérapeutique utilisée	nombre	pourcentage
Spasfon® seul IV	38	34,9%
Spasfon® + Mag2®	44	40,4%
Spasfon® + Atarax® IM	9	8,3%
Spasfon® seul PO	5	4,6%
Spasfon® suppo	5	4,6%
Nitronal®	3	2,7%
Nubain®	3	2,7%
Mag2® seul	1	0,9%
Spasfon® + Nitronal®	1	0,9%
TOTAL	109	100,0%

**Tableau 22:** Répartition des thérapeutiques utilisées par les SF dans les situations étudiées

Dans la majorité des situations étudiées, les thérapeutiques utilisées ont été le Spasfon® seul en IV (presque 35% des cas), et le Spasfon® IV, associé au Mag2® (un peu plus de 40% des cas).

D'autres thérapeutiques ont été utilisées, avec des fréquences plus faibles: Spasfon® sous d'autres formes galéniques (comprimé, suppo, lyoc), Nitronal®, Nubain®, Mag2®.

#### 4.4.2. Thérapeutiques associées aux TVAS :

thérapeutique associée	nombre	pourcentage
RAM	7	6,4%
homéopathie	0	0,0%
APD	70	64,2%
ocytocine	67	61,5%
changements de position	32	29,4%
autres	2	1,8%

**Tableau 23:** Taux d'utilisation de différentes thérapeutiques associées dans les situations étudiées

Dans plus de 60% des cas, les patientes ont bénéficié d'une APD ou d'une perfusion d'ocytociques. Dans l'enquête périnatale nationale, les chiffres nous rapportent un recours aux ocytociques dans 63,9% des accouchements, et un taux d'APD de 77,8%.

Lorsque nous voulons comparer ces deux populations, nous trouvons une valeur du Khi2 à 0,12 en ce qui concerne l'utilisation du Syntocinon® et une valeur de 4,49 pour le taux d'APD. En prenant une valeur seuil de 3,84 si l'on considère une marge d'erreur de 5%, nous pouvons dire :

- qu'il n'existe pas de différence significative de taux d'utilisation d'ocytociques entre les deux populations, qui sont donc comparables de ce point de vue là,
- qu'il existe une différence statistiquement significative concernant le taux d'APD, avec une proportion moindre dans notre étude.

En ce qui concerne l'ocytocine, nous retrouvons une vitesse moyenne de perfusion de 5,1ml/h sur l'ensemble des prescriptions, avec une fourchette d'administration entre 1,5 et 12ml/h. Nous comptabilisons 29 situations avec une vitesse supérieure ou égale à 6ml/h.

#### 4.4.3. Pratiques des SF en cas de faux-travail, ou de dystocie de démarrage :

	administration	posologie	Thérapeutiques associées	Evolution
<b>Spasfon®+ Atarax® (n=8)</b>	IM (n=7)	1 Amp Spasfon®+0,5 Amp Atarax® (n=5) 1 Amp Spasfon®+0,75 Amp Atarax® (n=1) 1 Amp Spasfon®+1 Amp Atarax® (n=1) 6 Amp Spasfon®+50 mg Atarax P.O. (n=1)	Changement de position (n=1) Aucune (n=6)	non favorable (n=2) soulagement douleur (n=5)
<b>Spasfon® cp (n=4)</b>	PO (n=4)	2*2 cp à 15 min d'intervalle (n=2) 3*2 cp lyoc (intervalle non précisé) (n=1) 2 cp lyoc (n=1)	Aucune (n=3) Marche 1h (n=1)	soulagement douleur (n=2) assouplissement du col (n=1) retour à domicile (n=1)
<b>Spasfon® suppo (n=5)</b>	suppo (n=5)	2 suppos de Spasfon® à 10min d'intervalle (n=3) 1 suppo de Spasfon® (n=1) 3 suppos de Spasfon® à 10min d'intervalle (n=1)	Aucune (n=5)	non favorable (n=1) soulagement douleur (n=3) diminution des CU (n=1)
<b>Nubain® (n=3)</b>	IM (n=3)	0,5 Amp Nubain® (n=2) 1 Amp Nubain® (n=1)	Aucune (n=2) Douche (n=1)	assouplissement du col (n=2) soulagement douleur (n=2) reprise de la dilatation (n=1)

**Tableau 24:** Résumé des pratiques des SF en cas de faux-travail ou dystocie de démarrage au cours des 20 situations décrites

On remarque la multiplicité des modalités d'utilisation des TVAS en cas de faux-travail ou de dystocie de démarrage: 5 thérapeutiques seules ou associées ont été utilisées, avec 11 posologies différentes selon les cas.

Pour cette indication, il existe très peu de thérapeutiques associées (Ocytocine, APD, acupuncture, homéopathie, changements de position...)utilisées par les SF de ce service, dans ces situations.

A la suite de l'utilisation de ces thérapeutiques, les SF relèvent une efficacité dans 85% des cas, avec, dans la majorité des cas, une diminution de la douleur (65%).

#### 4.4.4. Pratiques des SF en cas de stagnation de la dilatation :

	Voie d'administration	Posologie	Thérapeutiques associées	Evolution
<b>Spasfon® seul</b> <b>52,4%</b> <b>(n=11)</b>	IVL (n=11)	6 amp Spasfon® (n=3) 10amp Spasfon® (n=2) 5amp Spasfon® (n=2) 4amp Spasfon® (n=1) 8amp de Spasfon® (n=1) 2amp Spasfon® (n=1) 7amp Spasfon® (n=1)	APD (n=8) Ocytocine (n=10) Changement de position (n=5)	non favorable (n=2) assouplissement du col (n=5) reprise de la dilatation (n=8) descente de la présentation (n=2) soulagement douleur (n=1)
<b>Spasfon®+ Mag2</b> <b>47,6%</b> <b>(n=10)</b>	IVL (n=10)	6 amp Spasfon® + 1 Mag2 (n=3) 5amp Spasfon® + 1 Mag2 (n=2) 8amp Spasfon® + 2 Mag2 (n=1) 3amp Spasfon® + 1 Mag2 (n=1) 10amp Spasfon®+ 1 Mag2 (n=1) 7amp Spasfon® + 3 Mag2 (n=1) 6amp Spasfon® + 1 Mag2/ 3CU (n=1)	RAM (n=2) APD (n=9) Ocytocine (n=9) Changement de position (n=5)	non favorable (n=3) assouplissement du col (n=4) reprise de la dilatation (n=7) descente de la présentation (n=2)

**Tableau 25:** Résumé des pratiques des SF en cas de stagnation de la dilatation dans les 21 situations étudiées

En cas de stagnation de la dilatation, 2 thérapeutiques différentes ont été utilisées, et nous avons recensé 14 posologies distinctes. La moyenne du nombre d'ampoules de Spasfon® administrées est de 6,2 amp par prescription.

Pour cette indication, on remarque que les TVAS sont très souvent associées à d'autres thérapeutiques: APD dans 81% des cas, ocytocine à plus de 90%, changements de position dans plus de 47% des cas.

L'évolution de la situation clinique suite à la prescription n'a pas été jugée favorable dans près de 24% des cas. On remarque tout de même qu'il a existé une reprise de la dilatation dans plus de 71% des cas, un assouplissement du col dans près de 43% des cas, et une descente de la présentation dans 19% des situations.

#### 4.4.5. Pratiques des SF en cas de spasme du col :

	Voie d'administration	Posologie	Thérapeutiques associées	Evolution
<b>Spasfon® seul (n=33)</b>	IVL (n=29) IVD (n=3) P.O. (n=1)	10 amp de Spasfon® (n=13)	RAM (n=3) APD (n=26) Ocytocine (n=26) Changements de position (n=8)	Non favorable (n=3) Assouplissement du col (n=20) Reprise de la dilatation (n=12) Descente de la présentation (n=5)
		5 amp de Spasfon® (n=7)		
		6 amp de Spasfon® (n=6)		
		8 amp de Spasfon® (n=1)		
		7 amp de Spasfon® (n=1)		
		4 amp de Spasfon® (n=1)		
		2 amp de Spasfon® sur 2 CU (n=2)		
		3 amp de Spasfon® sur 3CU (n=1)		
		3*2cp Spasfon® lyoc/15min (n=1)		
<b>Spasfon® + Mag2® (n=38)</b>	IVL (n= 35) IVD (n=3)	6 amp Spasfon®+ 1 amp Mag2 (n=10)	RAM (n=2) APD (n=32) Ocytocine (n=32) Changements de position (n=16)	Non favorable (n=10) Assouplissement du col (n=24) Reprise de la dilatation (n=20) Descente de la présentation (n=11) Autres (n=4)
		10 amp Spasfon®+ 1 amp Mag2 (n=6)		
		7 amp Spasfon®+ 3 amp Mag2 (n=5)		
		5 amp Spasfon®+ 1 amp Mag2 (n=9)		
		3 amp Spasfon®+ 1 amp Mag2 (n=2)		
		4 amp Spasfon®+ 1 amp Mag2 (n=2)		
		8 amp Spasfon®+ 2 amp Mag2 (n=1)		
		3 amp Spasfon®+ 1 amp Mag2/3CU (n=1)		
		2 amp Spasfon®+1 amp Mag2/4CU (n=1)		
		6 amp Spasfon®+1 amp Mag2/3CU (n=1)		
<b>Mag2 seul (n=1)</b>	IVD (n=1)	1 amp de Mag2/ 2CU	aucune	Assouplissement du col (n=1)

**Tableau 26:** Résumé des pratiques des SF en cas de spasme du col dans les 72 situations étudiées

En cas de spasme du col, 3 thérapeutiques différentes ont été utilisées par les SF, avec 20 posologies différentes. La moyenne du nombre d'ampoules de Spasfon® administrées par prescription est de 6,6 ampoules, dans cette indication.

Les thérapeutiques associées aux TVAS sont très largement utilisées en cas de spasme du col: l'APD (plus de 80% des cas), l'ocytocine (plus de 80% des cas), les changements de position (un peu plus de 33%), et la RAM (environ 7% des cas). On remarque également une tendance à l'augmentation de la vitesse de perfusion d'ocytocine quand les doses d'antispasmodiques augmentent.

En ce qui concerne l'évolution des situations cliniques, on remarque un assouplissement dans 62,5% des situations, une reprise de la dilatation dans 44,4% des cas, et une descente de la présentation dans presque 21% des cas. L'évolution a été jugée non favorable dans 13 situations (18% des cas).

#### 4.4.6. Pratiques des SF en cas d'hypertonie :

	Voie d'administration	Posologie	Thérapeutiques associées	Evolution
<b>Nitronal® seul (n=3)</b>	IVD (n=3)	3*2 cc Nitronal® (n=1) 3 cc Nitronal® (n=1) 2*2 cc Nitronal®/2CU (n=1)	APD (n=3) ocytocine (n=1) Changements de position (n=1)	Non favorable, césarienne pour ARCF (n=1) Reprise d'une dynamique utérine normale (n=2)
<b>Nitronal®+ Spasfon® (n=1)</b>	IVD+ ML (n=1)	2*3 cc Nitronal®+ 5 amp Spasfon®	Changements de position (n=1)	Assouplissement du col Descente de la présentation Reprise d'une dynamique utérine normale

**Tableau 27:** Pratiques des SF en cas d'hypertonie dans les 4 situations décrites

En cas d'hypertonie, on remarque que deux thérapeutiques (ou association de telles) ont été utilisées, avec 4 posologies différentes, pour les quatre situations étudiées. L'usage de Spasfon® a été utilisé dans une situation sur les quatre.

L'usage de dérivés nitrés a été associé à la présence d'une APD dans 3 cas sur 4, et à des changements de position dans la moitié des situations.

Nous avons retrouvé un retour à une dynamique utérine normale dans 3 situations sur 4, avec une amélioration du RCF, et un assouplissement du col décrit dans une des situations. L'évolution n'a pas été favorable dans un cas, avec des anomalies du RCF, qui ont conduit à la réalisation d'une césarienne en urgence.

#### 4.4.7. Prescription des TVAS à visée antalgique :

Nous n'avons eu qu'une seule situation en début de travail dont l'indication des TVAS décrite par la SF était purement l'antalgie. Cette indication a souvent été rattachée aux dystocies de démarrage ou faux-travail, dont le traitement peut parfois être identique, celui-ci comportant en effet une large part de soulagement de la douleur.

Dans cette situation, donc, la SF a prescrit 1 amp de Spasfon®+ 0,5 amp d'Atarax® en IM. Aucune autre thérapeutique n'était associée, et l'évolution de la situation a été jugée favorable, puisque la visée antalgique a été atteinte.

#### 4.4.8. *Autres indications :*

Nous avons retrouvé quatre situations cliniques dans lesquelles des TVAS ont été prescrites, mais dont l'indication ne correspondait à aucune de celles présentées ci-dessus.

- 2 situations de ralentissements profonds ont conduit à la prescription de :

8 amp de Spasfon® en IVL dans un cas,

4 amp de Spasfon® et 1 amp de Mag2® sur 2 CU en IVD pour la deuxième situation.

Dans les deux cas, la patiente bénéficiait d'une APD et d'une perfusion d'ocytociques.

L'évolution a été jugée favorable dans les deux cas, avec une descente de la présentation dans un cas, et une reprise de la dilatation avec une installation rapide pour l'accouchement dans le deuxième cas.

- 1 situation a fait état d'une dilatation lente en début de travail (non étiquetée dystocie de démarrage), qui a conduit à la prescription de 5 amp de Spasfon® et 1 amp de Mag2® en IVL. Il n'y avait aucune thérapeutique associée à celle-ci, et l'évolution a été favorable, puisque la dilatation a repris son cours normal.

- enfin la dernière indication était une dynamique utérine anarchique pendant le travail, qui a conduit à la prescription d'une ampoule de Spasfon® en IVD sur une CU. La patiente bénéficiait d'une APD et d'une perfusion d'ocytocine. L'évolution de la situation a été favorable, puisque nous avons noté par la suite une meilleure dynamique utérine.

3ème partie :

Analyse et discussion

Suite à l'enquête que nous avons réalisée, il convient désormais de confronter nos résultats aux différents objectifs et hypothèses émis au début de ce travail. Nous pourrions ainsi apporter des éléments de réponse à la problématique soulevée : "Qu'en est-il des connaissances et des pratiques des SF vis-à-vis des TVAS en salle d'accouchement pendant le travail, molécules qu'elles utilisent quotidiennement, sans protocole officiel?"

Afin d'établir le bilan de cette enquête, nous verrons tout d'abord quelles en ont été les contraintes et les difficultés. Puis nous analyserons dans un second temps les connaissances théoriques des SF quant aux TVAS. Nous verrons ensuite ce qu'il en est de leurs représentations et convictions vis-à-vis de ces thérapeutiques, avant de terminer par une analyse de leurs pratiques au quotidien en salle d'accouchement.

## **1. L'enquête :**

### **1.1. Les limites :**

Cette enquête, réalisée au sein de la maternité du CHU de la Croix-Rousse à Lyon, reste, de ce fait purement locale. Aussi faut-il d'ores et déjà dire qu'elle ne peut, à elle seule, représenter la généralité des pratiques et des connaissances des SF vis-à-vis des thérapeutiques à visée antispasmodique.

De plus, cette enquête porte sur l'analyse de 109 prescriptions de SF. On ne peut donc pas garantir que ce résultat soit exhaustif de l'ensemble des prescriptions de TVAS durant la période étudiée.

Le nombre de questionnaires remplis par les SF peut également être considéré comme une limite à cette étude, étant donné que nous n'avons obtenu que onze réponses (soit un taux de réponses de 24,4%). Les résultats ne sont donc pas représentatifs de la population de sages-femmes au sein du service, et à fortiori de la population générale de sages-femmes.

Enfin, il convient de rajouter que nous avons réalisé dans ce travail une enquête d'observation, et que la grande diversité des prescriptions et des thérapeutiques utilisées va de ce fait limiter les conclusions de l'étude. Nous ne pourrions notamment pas conclure quant à l'efficacité d'une thérapeutique par rapport à une autre, étant donné qu'elles ne sont en tous points pas comparables

## 1.2. Les biais :

Concernant les grilles de recueil de données, nous pouvons considérer qu'il existe plusieurs biais. Tout d'abord le fait que nous ayons changé de méthode de remplissage dans la dernière période d'enquête. Il existe donc un biais de sélection dans les dossiers inclus dans l'enquête.

Lors de la première partie, tous les dossiers de patientes ayant reçu des thérapeutiques à visée antispasmodique n'ont pas été inclus, car le taux de prescription était de 5,4% des accouchements, un chiffre qui nous paraît très éloigné de la pratique réelle des SF.

Lors de la deuxième partie, nous avons rempli les grilles en recherchant le détail des prescriptions dans les dossiers médicaux. Le taux de prescription retrouvé était alors de 28,7% des accouchements. Ce chiffre, bien qu'apparaissant plus réaliste, paraît quand même relativement faible. On peut donc légitimement penser que certains dossiers, donc certaines prescriptions, n'ont pas été notées sur la main courante et donc non retrouvées lors de notre recherche.

Concernant les questionnaires, il existe un biais de sélection, tout comme les grilles de recueil de données. En effet, bien que les questionnaires aient été distribués à la quasi-totalité des SF du service, seules 11 réponses ont été obtenues. On peut donc penser que les SF ayant répondu sont peut-être celles qui se sentent le plus à l'aise avec le sujet.

On peut également prendre en compte la véracité des réponses obtenues. Dans le cas des questionnaires, il faudra aussi tenir compte du fait que les SF avaient accès à certaines sources d'informations (VIDAL par exemple), pouvant biaiser les réponses concernant leurs connaissances théoriques sur les thérapeutiques étudiées dans cette étude.

## **2. Les connaissances des sages-femmes sur les TVAS :**

### **2.1. Apport des connaissances :**

La réponse la plus retrouvée concernant ce sujet a été l'apport de connaissances lors des stages effectués lors de la formation initiale (7 SF sur 11). Plus de la moitié des SF (6 SF sur 11) déclarent également que leurs connaissances ont été apportées par leur expérience clinique et personnelle. On retrouve le même pourcentage de SF qui tiennent compte des pratiques du service dans lequel elles travaillent.

L'apport de connaissances par les cours théoriques lors de la formation initiale apparaît moins important.

Il existe donc un rôle très important des situations cliniques, des SF rencontrées lors de la formation initiale, et de l'exercice professionnel pour l'élaboration des connaissances.

Des cours de pharmacologie sont nécessairement dispensés dans toutes les écoles de sages-femmes. Mais il apparaît que le socle de connaissances des sages-femmes à ce sujet est plus volontiers construit sur des expériences cliniques et des rencontres personnelles, du moins pour les thérapeutiques étudiées dans ce travail.

Notre hypothèse de départ de trouve donc validée, les connaissances des SF concernant les TVAS s'acquièrent plus de façon empirique que théorique.

### **2.2. Connaissances théoriques :**

Le questionnaire a pu nous renseigner sur les connaissances théoriques brutes des SF questionnées du service.

Quelles que soient les catégories (classe pharmaceutique, mode d'action, contre-indications, posologies), nous avons toujours remarqué des réponses manquantes pour une

partie des SF (presque la moitié des SF ayant répondu à chaque fois).

Parmi les réponses retrouvées, on note de nombreux termes imprécis : "détend", "relaxe la patiente", relâchement du col". L'usage de ces termes est le reflet des connaissances des SF à propos de ces thérapeutiques, connaissances que l'on peut donc légitimement qualifier d'imprécises (pour les SF ayant répondu au questionnaire).

Au niveau des posologies à adopter au cours du travail, les réponses sont multiples. Nous retrouverons ces résultats plus tard, dans l'analyse des pratiques et des prescriptions.

En réalité, nous pensons que les SF ont répondu en fonction des posologies qu'elles utilisent personnellement au quotidien, et n'ont pas raisonné en tant que posologie la plus adaptée pendant le travail.

Il apparaît cependant nécessaire de préciser qu'il n'existe aucun protocole ou recommandation concernant les prescriptions de TVAS pendant le travail, sauf en ce qui concerne les dérivés nitrés. Même si certaines des études sur les TVAS ont été évaluées avec des posologies plus précises [19; 21; 22], aucune uniformisation des pratiques n'est clairement admise. Les SF se basent principalement sur les différentes situations cliniques et sur les prescriptions qu'elles ont engendré, qu'elles considèrent donc à titre d'exemple.

Au niveau des contre-indications aux TVAS, le taux de réponses des SF a globalement été assez faible. Tout comme les modes d'action, les réponses apportées restent assez imprécises, voire inexistantes pour certaines thérapeutiques.

On peut donc dire que les SF ont peu de connaissances théoriques, ou alors des connaissances imprécises sur les TVAS qu'elles utilisent quotidiennement, notre hypothèse de départ se trouve donc confirmée. Il convient néanmoins de rester lucide sur le nombre de réponses obtenues, qui nous permettent de dégager une certaine tendance, mais ne peuvent être généralisées à une population totale de SF.

Devant le peu de questionnaires récupérés, nous avons demandé à plusieurs sages-femmes les raisons de ce manque de réponse. Les conclusions ont été que la plupart des SF se sentaient "ébahies" selon leurs propres termes, devant les cases blanches du tableau à remplir. Cela explique en partie le faible taux de réponses pour la plupart des catégories proposées. On

peut se questionner sur l'outil d'enquête, qui était vraisemblablement trop compliqué, ou qui n'a peut-être pas réussi à mettre suffisamment les SF en confiance pour qu'elles se trouvent confrontées à leurs propres connaissances théoriques.

Lors de l'enquête, nous n'avons pas ressenti de réelle motivation de la part des SF pour remplir ce questionnaire. Outre le fait que cela leur demandait une certaine concentration pour le remplissage, on peut légitimement se demander si les SF avaient réellement envie de se confronter à ce sujet.

En effet, tout porte à croire que les personnes interrogées, bien qu'elles utilisent ces thérapeutiques quotidiennement, ont souvent du mal à s'exprimer sur le sujet, et à se confronter directement à leurs connaissances. Ceci est d'autant plus vrai qu'il s'agit de connaissances majoritairement acquises de façon empirique et personnelle, donc peu formalisées et peu précises.

Ont-elles du mal à répondre à des questions sur ce sujet car elles savent, consciemment ou non, que leurs connaissances sont plutôt empiriques, et donc moins scientifiques que pour d'autres aspects de leur profession?

### 2.3. Influence de l'ancienneté de la sage-femme :

Sur les onze questionnaires reçus, nous avons obtenu un panel de SF de différentes anciennetés, allant d'une obtention de diplôme en 1987 pour la plus ancienne, à un diplôme obtenu en 2010 pour la plus récente.

Nous avons pu remarquer que pour les réponses obtenues, les connaissances n'étaient pas forcément liées à l'ancienneté de la SF. Cela n'a pas été vérifié pour les deux extrêmes (diplôme en 1987 et 2010), avec des réponses tout de même plus précises pour la SF ayant été diplômée plus récemment. Mais les autres réponses ont contredit cette tendance, avec des disparités visibles, sans lien avec le nombre d'années d'expérience de la SF. Nous pouvons expliquer ce phénomène par le taux de participation faible des SF, qui ne nous a pas permis de croiser les résultats de façon quantitative.

Il ne semble par conséquent pas exister de lien direct entre l'ancienneté de la SF et son niveau de connaissances sur les TVAS utilisées en salle d'accouchement. Comment expliquer cette différence?

On peut penser que le principal facteur reste l'intérêt pour le thème abordé. Les SF n'ayant pas répondu ne connaissaient peut-être pas les réponses, n'avaient plus souvenirs de leurs cours de pharmacologie, ou bien n'avaient pas d'intérêt pour le sujet de ce mémoire.

Comme nous l'avons dit plus haut, peut-on avancer le fait qu'il soit délicat pour les SF d'aborder ce sujet des TVAS pendant le travail? L'usage de ces thérapeutiques, bien que quotidien, n'en reste pas moins controversé. Nombreuses sont les personnes, y compris les SF, pensant qu'elles n'ont pas prouvé leur efficacité. Pour la plupart, elles restent de "petits moyens" utilisés en salle d'accouchement, moyens s'adaptant à chaque situation, mais échappant à tout protocole, ou tentative d'uniformisation des pratiques.

### **3. Convictions et représentations des SF vis-à-vis des TVAS :**

Ce sont les réponses des SF aux questionnaires qui vont nous permettre d'analyser ces paramètres.

#### **3.1. Facteurs influençant les convictions :**

Huit SF sur onze ont déclaré lors de cette étude que leur conviction par rapport à l'efficacité des TVAS pendant le travail provenait essentiellement de prescriptions de certaines SF, considérées comme exemplaires, et donc reproduites pour une situation clinique donnée.

Six SF sur onze ont également déclaré comme important le rôle de certaines situations cliniques personnelles, qui ont participé à l'élaboration de leur conviction sur l'efficacité de ces thérapeutiques.

Les connaissances théoriques, quelles que soient leurs origines, occupent une place secondaire dans les réponses apportées.

Ces observations nous confortent dans l'idée énoncée plus haut dans l'analyse des connaissances des SF. Celles-ci, pour le sujet étudié, semblent accorder plus de poids et d'importance à l'apprentissage empirique de leurs prescriptions de TVAS. Leurs connaissances théoriques et scientifiques concernant l'élaboration de leurs convictions, semblent figurer au second plan.

On peut supposer que le fait qu'il n'existe pas de protocole spécifique pour la prescription de ces thérapeutiques pendant le travail joue un rôle important, voire déterminant, dans la confiance que les SF ont de leurs connaissances empiriques sur ces molécules. Nous aborderons ce point plus en détail, lorsque nous analyserons les pratiques des SF que nous avons observées lors de notre enquête.

Au final, il apparaît que les convictions sur les TVAS pendant le travail se transmettent de SF en SF, majoritairement de façon individuelle et personnelle, et de manière informelle. On peut penser que cela peut expliquer l'imprécision des connaissances théoriques que nous avons constatée.

### 3.2. Efficacité des TVAS pendant le travail :

Près de la moitié des SF, voire les deux tiers considèrent que le Spasfon® associé à d'autres thérapeutiques, le Nitronal®, et le salbutamol sont très efficaces pendant le travail.

Les thérapeutiques qualifiées de moyennement efficaces sont le Spasfon® seul et l'Atarax® pour un peu plus de la moitié des SF questionnées. Un peu moins du tiers des SF qualifient ces mêmes molécules de "peu efficaces".

Comme nous l'avons vu dans l'exposé de nos résultats, la moitié des SF qualifient les TVAS de "très efficaces". Et seulement une SF sur les onze considère que ces thérapeutiques sont peu efficaces durant le travail.

Que peut-on conclure de ces résultats?

Tout d'abord, il nous semble important de rappeler que les études sur le sujet retrouvent des résultats discordants quant à l'efficacité de certaines des TVAS étudiées ici. Certaines [18; 22; 23; 24] les créditent d'une efficacité très importante. D'autres, au contraire, ne retrouvent pas d'efficacité plus importante que le placebo [15; 25].

Au sein de l'étude que nous avons mise en place, le taux d'efficacité global déclaré par les SF des TVAS prescrites au cours du travail, pour toutes les indications, est de plus de 80%. Pour toutes ces situations, les SF ont déclaré, ou noté dans le dossier, qu'il existait une amélioration de la situation clinique après l'administration de la thérapeutique en question.

Les résultats des grilles de recueil de données sont donc concordants avec les réponses des SF au questionnaire, quant à l'efficacité des TVAS au cours du travail, puisque l'on retrouve une évolution favorable dans plus de 80% des situations.

Ceci apparaît comme étant contradictoire avec ce que nous pensions au début de ce travail, concernant la lucidité des SF quant à l'efficacité des TVAS pendant le travail.

Il apparaît ici nécessaire de faire une distinction au sein des TVAS étudiées dans cette étude. D'une part nous avons des thérapeutiques que l'on peut qualifier de relativement puissantes, comme la péthidine, le salbutamol, le Nitronal®. Ces molécules, qui sont des antispasmodiques ou antalgiques majeurs ont vu leur efficacité prouvée dans un certain nombre d'études.

D'autre part, on peut classer le Spasfon®, le Mag2® et l'Atarax® comme étant des thérapeutiques moins puissantes, dont l'efficacité reste discutée selon les études que l'on prend en considération.

En général, les SF ont majoritairement classé les thérapeutiques du premier groupe comme étant plus efficaces que celles du second. La seule exception est celle du Spasfon® associé, qui est considéré comme étant très efficace.

Il est logique de retrouver une grande conviction d'efficacité pour les thérapeutiques plus puissantes que nous avons citées plus haut. Leur mode d'action et leur efficacité ont été maintes fois prouvés. Les SF ont donc des bases scientifiques qui leur permettent d'être convaincues de l'efficacité de ces thérapeutiques, dont l'usage se retrouve donc légitimé par les résultats de ces études.

Le questionnement est plus complexe en ce qui concerne les autres thérapeutiques, dites moins puissantes, pour lesquelles les SF restent plus perplexes quant à leur efficacité, mais dont le taux de satisfaction de la part de celles-ci reste tout de même important. On peut notamment évoquer le Spasfon®, pour lequel l'efficacité pendant le travail est jugée comme majoritairement très bonne, quand bien même elle reste discutée, voire même réfutée dans certaines études. Tout semble indiquer que la plupart des SF considèrent cette thérapeutique comme un produit très fiable et efficace pendant le travail, alors que des travaux tendent à réfuter cela [25].

On peut dire qu'il s'agit du même phénomène que pour l'acquisition des connaissances en ce qui concerne les convictions et les représentations que les SF ont des thérapeutiques étudiées.

Ainsi, la rencontre avec certaines SF convaincues de l'efficacité des produits qu'elles utilisent, va influencer leurs collègues ou les étudiants avec lesquels elles travaillent. Ces derniers considéreront comme acquis ces convictions et représentations qu'ils auront pu apprendre au cours de leur stage ou de leur exercice professionnel.

Cette exemplarité concernant les convictions autour des TVAS va de surcroît se trouver renforcée dans les cas où la pratique clinique va rejoindre et légitimer les représentations qui ont pu être présentées.

## **4. Pratiques des SF pendant le travail :**

Nous avons évalué les pratiques des SF concernant les TVAS en salle d'accouchement grâce à nos deux outils d'enquête : le questionnaire et les grilles de recueil de données. Le questionnaire nous a permis d'obtenir des renseignements généraux sur les prescriptions des SF, tandis que les grilles ont permis une étude plus complète des prescriptions dans des situations cliniques précises.

### **4.1. Généralités sur l'utilisation des TVAS par les SF :**

#### *4.1.1. Fréquence d'utilisation :*

La question relative à ce sujet dans le questionnaire a montré que 10 SF sur 11 déclarent utiliser des TVAS de façon régulière pendant le travail. La SF restante déclare les utiliser également, mais de façon plus occasionnelle.

Donc toutes les SF ayant répondu au questionnaire déclarent utiliser ces thérapeutiques pendant le travail. Notre hypothèse de départ se trouve par conséquent validée, le taux d'utilisation des TVAS par les SF est très élevé en salle d'accouchement.

De plus la majorité des SF ont répondu dans le questionnaire qu'en général leur tendance à la prescription allait vers une augmentation de la fréquence avec l'expérience.

Ces observations concordent avec ce que nous avons dit plus haut en ce qui concerne les représentations et les convictions que les SF ont vis-à-vis de ces thérapeutiques. En effet, nous avons vu l'importance des modèles rencontrés au cours de leurs études ou de leur carrière pour l'élaboration des connaissances et des convictions que les SF ont des TVAS. Il apparaît donc logique qu'ayant toujours vu utiliser celles-ci avec une grande fréquence, pendant leurs études ou leur exercice professionnel, elles reproduisent le même schéma.

Au début de ce travail, nous avons formulé une hypothèse concernant la fréquence d'utilisation des TVAS par rapport à l'ancienneté de la sage-femme. Nous proposons alors le fait que le taux de prescription restait élevé, quel que soit le nombre d'années d'exercice professionnel des SF. Nous venons juste de préciser que 10 SF sur 11 déclarent utiliser ces thérapeutiques régulièrement.

Dans l'énoncé de nos résultats, nous avons vu qu'en terme de nombre d'années d'exercice, toutes les SF étaient représentées dans notre échantillon. Nous pouvons donc conclure que notre hypothèse se trouve de ce fait validée. Il semble donc que la fréquence d'utilisation des TVAS ne soit pas influencée par le nombre d'années d'exercice des SF, du moins en ce qui concerne notre échantillon.

#### 4.1.2. *TVAS utilisées par les SF :*

De la même manière que pour la qualification de l'efficacité des TVAS par les SF, il convient ici de répartir ces thérapeutiques en deux groupes distincts.

D'une part des thérapeutiques que l'on peut qualifier de "puissantes", comme le salbutamol ou la péthidine, que les SF déclarent utiliser de façon plus occasionnelle. D'autre part les thérapeutiques qui, de façon générale sont considérées comme moins puissantes, comme le Spasfon® ou l'Atarax®, que les SF déclarent utiliser à la quasi-unanimité.

Nous avons vu précédemment que d'une façon générale, les SF avaient des connaissances théoriques relativement imprécises sur les différentes thérapeutiques pour lesquelles nous les avons interrogées.

On peut ici établir un lien avec l'argument que nous avons détaillé dans le paragraphe précédent concernant la fréquence d'utilisation des TVAS. En effet, nous avons retrouvé dans l'analyse des grilles de recueil de données que les thérapeutiques que nous qualifions de moins puissantes sont plus fréquemment utilisées, et l'utilisation empirique de ces dernières ne se trouve que renforcée. Les TVAS plus puissantes, conduisant de ce fait à plus d'effets secondaires, sont moins utilisées, et moins connues des SF.

Nous avons vu l'importance de l'apprentissage empirique concernant l'utilisation des TVAS pendant le travail. Donc les SF ne les ayant pas vues utiliser fréquemment auront naturellement tendance à le reproduire, d'où les chiffres que nous avons retrouvés dans notre questionnaire.

#### 4.1.3. Prescription et responsabilité :

Nous avons ajouté en annexe II l'arrêté du Journal Officiel fixant la liste des médicaments que les SF sont autorisées à prescrire.

Parmi la liste des thérapeutiques que nous avons étudiées dans ce travail, deux d'entre elles peuvent nous amener à nous questionner sur les pratiques des SF.

Les dérivés nitrés, tout d'abord, qui ne sont utilisables qu'en situation d'urgence, selon le protocole en vigueur et en l'attente du médecin. Il apparaît qu'en réalité, cette prescription est respectée, car il s'agit toujours d'une situation d'hypertonie nécessitant une prise en charge urgente.

L'aspect plus problématique est celui de l'Atarax®, pour lequel les SF n'ont pas le droit de prescription. On remarque tout de même qu'il est très fréquemment utilisé, et en pratique la prescription n'est que très rarement, voire jamais discutée et décidée par un médecin. Se pose donc ici la question de la responsabilité de la SF qui prescrit cette thérapeutique pendant le travail, alors qu'elle n'en a légalement pas le droit.

Cette remarque concorde avec ce que nous avons pu dire précédemment concernant les convictions des SF vis-à-vis des TVAS. Ces thérapeutiques, souvent assimilées à de "petits moyens" considérés comme inoffensifs, sont parfois prescrites, à tort, avec une certaine légèreté. Cela permet donc d'expliquer pourquoi les SF peuvent régulièrement prescrire une thérapeutique pour laquelle elles n'ont pas de connaissances précises, et qu'elles n'ont pas le droit de prescrire.

Dans la pratique, on remarque tout de même que cette molécule est utilisée de façon adéquate, pour des situations précises, et avec des posologies adaptées.

#### 4.2. Ce qui influence les pratiques des SF :

La dernière demande du questionnaire était plus axée sur la pratique des SF, et avait pour but de déterminer ce qui, selon elles, influençait le plus leurs pratiques au quotidien.

L'élément le plus retrouvé est la situation clinique, et les divers critères obstétricaux qui la caractérisent. Viennent ensuite les pratiques et habitudes du service dans lequel elles travaillent.

L'expérience personnelle de situations rencontrées ne se situe qu'à un second plan.

Cette dernière observation est plutôt contradictoire avec tout ce que nous avons pu développer jusqu'à présent. Il semble ici que les connaissances empiriques des SF, importantes pour l'élaboration de leurs convictions sur les TVAS, occupent une place moins décisive que leurs connaissances scientifiques, pour la décision du schéma thérapeutique choisi. Le raisonnement clinique apparaît alors prépondérant.

Ce qui signifie, pour la population de SF questionnées, que la clinique et les éléments scientifiques concrets prévalent lorsqu'il s'agit d'établir leurs prescriptions de TVAS pendant le travail. Notre hypothèse se trouve donc validée, et les SF tiennent bien compte des éléments obstétricaux, à une place primordiale, dans l'élaboration de leurs prescriptions.

Nous aboutissons ici à un paradoxe. D'une part les prescriptions de TVAS des SF pendant le travail sont en partie basées sur la clinique, et des éléments scientifiques. D'autre part les schémas thérapeutiques choisis ainsi que les posologies reposent essentiellement sur des représentations et convictions majoritairement empiriques.

C'est ce que nous allons maintenant éclaircir, en analysant les prescriptions des SF.

### 4.3. Analyse des prescriptions des SF :

#### 4.3.1. *Multiplicité des prescriptions :*

Dans la partie précédente, rendant compte des résultats de notre questionnaire, nous avons pu voir que pour les différentes indications étudiées, les thérapeutiques utilisées et les posologies étaient multiples.

Comment peut-on expliquer ce phénomène?

Que ce soit en salle d'accouchement ou dans tout service hospitalier, les prescriptions médicamenteuses sont très encadrées, et répondent à des protocoles précis et spécifiques à chaque situation clinique.

Mis à part le Nitronal®, pour lequel le réseau Aurore a instauré un protocole spécifique pour l'utilisation en salle d'accouchement, il n'existe rien de comparable pour les autres TVAS que nous avons étudiées dans ce travail.

On pourrait donc penser qu'il serait envisageable d'utiliser ces thérapeutiques de toutes les façons possibles, sans que cela ne puisse conduire à des effets indésirables ou même dangereux. Bien que des études aient démontré l'innocuité de certaines des molécules que nous avons étudiées (notamment le phloroglucinol), il n'en reste pas moins que certaines TVAS ne sont pas dépourvues de tout effet indésirable. Les dérivés morphiniques provoquent un aplatissement du RCF, le salbutamol peut entraîner des effets indésirables cardiaques, et l'hydroxyzine un état de somnolence maternel.

Ces thérapeutiques sont le plus souvent utilisées avec une certaine surveillance, par exemple avec l'enregistrement du RCF après injection de dérivés morphiniques. Mais cette dernière n'est pas toujours réalisée de façon systématique, et il n'existe par exemple pas toujours une surveillance de la fonction cardiaque lors de la prescription de salbutamol en début de travail.

Suite à ces constatations, nous sommes donc en mesure de nous demander ce qui pourrait expliquer de telles pratiques.

Nous avons déjà discuté plus haut dans cette analyse des convictions des SF à propos des thérapeutiques décrites. Il existe très certainement un lien très fort entre les convictions des SF, les représentations qu'elles ont de ces TVAS, et leurs pratiques effectives.

Ainsi, comme nous l'avons déjà démontré, l'exemplarité de certaines prescriptions ou situations cliniques occupe un rôle majeur dans l'élaboration du schéma thérapeutique des SF.

Ce simple fait peut suffire à expliquer la multiplicité des thérapeutiques et posologies que nous avons pu observer au cours de l'enquête. En effet, les SF déclarent qu'elles ont tendance à reproduire les prescriptions qu'elles ont déjà pu observer. Il s'agit en fait ici d'une spirale sans fin. Chaque SF prescrit donc ces thérapeutiques en fonction de son propre parcours, personnel et singulier. Il est donc logique de retrouver des prescriptions qui, de la même manière, se trouvent singulières, polymorphes, et quelque part personnelles aussi.

Peut-on cependant déclarer comme recevables, scientifiques et valides des prescriptions dépendant du parcours professionnel singulier du prescripteur et des représentations des thérapeutiques qu'il administre?

#### 4.3.2. *Impact des représentations :*

Là encore, il s'agit de dissocier les TVAS que l'on peut qualifier de puissantes, par rapport à celles dont les effets indésirables sont nettement moins marqués.

Il n'est pas rare d'entendre en salle d'accouchement une SF dire qu'elle va administrer du Spasfon® à la patiente dont elle a la charge, en expliquant que "ça ne peut pas faire de mal". Cette idée se retrouve dans les réponses aux questionnaires que nous avons obtenues. De nombreuses SF n'ont pas noté de contre-indications ou d'effets indésirables pour cette thérapeutique. Les médecins, eux, sont parfois sceptiques quant à l'efficacité de cette molécule pendant le travail.

Tout semble laisser croire que le Spasfon® serait comme un "petit moyen" utilisé par les SF pendant le travail, dont on sait qu'il ne produit pas d'effets indésirables majeurs, même

à forte dose [22], et qu'il peut donc être utilisé de nombreuses manières, même si son mode d'action et sa véritable efficacité ne sont pas clairement identifiés.

Un autre aspect nous semble intéressant à soulever. Certaines des thérapeutiques étudiées (notamment le Spasfon® et le Nitronal® ou Natispray®) sont des molécules dont l'indication première n'était aucunement liée à l'obstétrique. Le Spasfon® possède des propriétés très utilisées en gastro-entérologie, et les dérivés nitrés font partie des molécules prescrites en cardiologie.

On pourrait penser que ces origines permettraient à ces thérapeutiques d'acquérir une certaine importance et donc une attention particulière, du fait qu'elles ne sont pas utilisées dans leur spécialité originelle. C'est le cas pour les dérivés nitrés, qui ne sont utilisés qu'en cas d'urgence, et avec parcimonie.

Mais ce n'est pas le cas du Spasfon®, pour lequel nous allons expliciter plus longuement la situation. En effet, il reste pour les SF une thérapeutique d'usage facile et non nocif pour la mère comme pour le fœtus [21], qui ne possède pas de contre-indication, et dont l'efficacité peut être jugée comme satisfaisante pendant le travail.

Pourrait-on extrapoler, à ce titre, et avancer le fait qu'il soit parfois considéré comme un "remède miracle" en obstétrique? Il est permis de le penser lorsque l'on observe les indications de certaines prescriptions, et les modes de choix des posologies administrées, qui ne sont pour la plupart pas clairement définis.

Dans tous les cas, les représentations que nous avons citées à propos des TVAS nous permettent d'expliquer le fort taux d'utilisation de ces thérapeutiques en salle d'accouchement, et le fait que les SF l'utilisent de façon très personnelle, et avec des posologies très variables (jusqu'à 20 ampoules pendant le travail pour une même patiente, dans les situations que nous avons étudiées).

Les posologies utilisées par les SF sont extrêmement variables, et s'inscrivent dans un schéma plus complexe, avec des associations de TVAS à d'autres moyens thérapeutiques.

### 4.3.3. Association à d'autres thérapeutiques :

Nous avons vu au cours de notre enquête que le taux d'utilisation des thérapeutiques associées aux TVAS pendant le travail était très important (plus de 60% des prescriptions au total en ce qui concerne l'APD et l'ocytocine). On note également que des changements de position ont été pratiqués dans presque un tiers des cas.

Ces remarques nous permettent donc de valider notre hypothèse de départ, concernant l'utilisation des thérapeutiques associées aux TVAS pendant le travail, et l'importance de leur fréquence d'administration par les SF.

De plus, nous avons trouvé un recours moins important à l'APD que dans la population générale française, et une utilisation comparable des ocytociques, mais à des doses relativement importantes. Les TVAS sont donc plus souvent utilisées lorsqu'il n'y a pas d'APD. Il semble aussi qu'en observant les prescriptions des SF, il existe un certain lien entre la quantité de TVAS administrée (notamment le Spasfon® seul ou associé au Mag2®), et la vitesse de la perfusion d'ocytocine. Ainsi, plus la quantité de Spasfon® prescrite est importante, plus il semble que la vitesse de perfusion d'ocytocine soit importante. La quasi-totalité des prescriptions pour lesquelles la vitesse de Syntocinon® était importante ont été associées à des doses importantes de Spasfon® (plus de 6 ampoules par perfusion).

Que peut-on analyser à partir de ces observations?

Certaines études [22; 23] ont déjà démontré que l'usage des TVAS pendant le travail comportait de nombreux avantages, et ne présentait pas d'effets indésirables majeurs sur le fœtus ni sur la mère, en particulier pour le Spasfon®.

Il convient cependant de tenir compte de la tendance que nous avons pu dégager de notre étude. Certes le Spasfon® à lui seul ne comporte pas de risques pour la mère et l'enfant, mais il faut tenir compte des thérapeutiques qui vont être associées, et des doses qui vont être prescrites.

Ainsi, il a déjà été démontré que l'usage de quantités importantes d'ocytocine pendant le travail augmentait le risque de survenue d'une hémorragie de la délivrance [26]. Il paraît donc important de rester prudent sur les doses de TVAS que les SF peuvent prescrire au cours du travail. Nous avons observé au cours de notre étude que l'utilisation de TVAS était souvent concomitante à l'usage de doses importantes d'ocytocine. Notre échantillon étant restreint, nous ne pouvons que dégager la tendance du groupe étudié, et il convient de rester prudent vis-à-vis de cette conclusion, que l'on ne saurait généraliser à la population générale.

Notre impression initiale était de dire que certaines des TVAS étudiées, que l'on pourrait qualifier de moins puissantes, n'avaient aucun effet indésirable sur le plan obstétrical. Nous avons choisi de laisser de côté les TVAS plus puissantes, dont les effets indésirables sont mieux pris en considération, et dont l'utilisation est de ce fait plus parcimonieuse.

A la lumière des résultats que nous venons de discuter, il apparaît qu'il convient de nuancer cette idée.

Les TVAS, et en particulier le Spasfon®, qu'il soit associé ou non, ne sont pas totalement anodins et nécessitent donc une attention particulière à chaque prescription, au même titre que toute autre thérapeutique.

On peut dès lors se questionner sur la légitimité d'une information éclairée aux SF travaillant en salle d'accouchement sur les TVAS pendant le travail.

La remise en question constante de nos connaissances et de nos pratiques est une part très importante de notre métier, afin de pouvoir offrir aux patientes les meilleurs soins possibles à la lumière de connaissances actualisées.

Le but de cette information serait dans un premier de temps une prise de conscience de leurs pratiques et leurs connaissances sur le sujet.

Le second but serait de leur apporter un éclairage nouveau sur les conséquences possibles de l'utilisation de ces thérapeutiques qu'elles considèrent majoritairement comme

inoffensives (d'où les posologies extrêmement variées et les connaissances imprécises que nous avons retrouvées au cours de notre étude).

Cette prise de conscience sur leurs pratiques et leurs connaissances ne pourrait être que bénéfique pour les SF, et s'inscrirait naturellement dans l'objectif et l'obligation de formation continue qu'elles doivent respecter tout au long de leur exercice professionnel.

## CONCLUSION

Comme nous l'avons démontré dans ce mémoire et comme nous avons déjà tous eu l'occasion de le remarquer sur le terrain, les TVAS sont très largement utilisées au quotidien en salle d'accouchement.

Notre double enquête dans le service de salle d'accouchement au CHU de la Croix-Rousse a permis d'appréhender les pratiques et les connaissances des SF vis-à-vis de ces thérapeutiques, et leur utilisation pendant le travail.

Elle a mis en évidence que les connaissances théoriques des SF sur ces thérapeutiques étaient globalement imprécises, et que leurs pratiques étaient majoritairement fondées sur des connaissances et des convictions élaborées de façon empirique.

Il apparaît donc que les schémas thérapeutiques prescrits sont multiples, liés à la situation clinique et à l'expérience personnelle de la sage-femme.

Les études sur le sujet que nous avons abordé restent rares, et quelque peu anciennes. Suite à l'analyse des pratiques et des connaissances des SF que nous avons effectuée dans ce mémoire, il nous apparaît légitime de proposer une information complète et éclairée à ces professionnels, et de tenter de parvenir à un protocole qui permettrait une certaine uniformisation des pratiques dans ce domaine.

La formation continue et la remise en question permanente de nos connaissances nous paraît un élément essentiel du métier de sage-femme, et semble le moyen le plus efficace pour permettre l'évolution des pratiques, qui sont par définition en perpétuel changement dans le domaine médical.

# Références bibliographiques

- [1] CHICHOUX F. , L'utérus non gravide, nov. 2008
- [2] COLASSON F., KAMINA P., COURTOIS P., DE TOURRIS H., Les tocolytiques, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1980; 9: 377-388
- [3] LANSAC J., MARRET H., OURY JF., Pratique de l' Accouchement, Ed. MASSON, 4ème édition, 2006; 553 pages
- [4] GENTIL S. Etude comparative de l' efficacité du Spasfon® utilisé en perfusion ou en flash intra-veineux lors des stagnations de la dilatation en cours de travail, *mémoire d'étudiante sage-femme*, Limoges, 1999: p. 2-6
- [5] QUEROL N, L'accouchement normal, déc 2009
- [6] CABROL D., PONS J.C., GOFFINET F., Traité d' obstétrique, Ed. FLAMMARION, 2003; p. 751-761
- [7] MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J., Précis d' Obstétrique, Ed. MASSON, 6è édition, 1995; p. 301-338
- [8] PIERRE F., BERTRAND J., Mémento Obstétrique, Ed. MALOINE, 2ème édition, 2009; p.348
- [9] SCHAUBERGER C.W., False labor, *Obstetric and Gynecology*, 1986; 68: 770-772
- [10] TREISSER A., BREART G., BLUM F., JOUHET P., Dystocie de démarrage du travail: Evaluation des différentes thérapeutiques, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1981; 10: 91-8
- [11] RUDICH J.P., CHEYNIER J.M., Les dystocies de démarrage et leur traitement par un bêta-sympatho-mimétique, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1978; 7: 87-99

- [12] BARRIER J., Dyscinésies du début de travail, *Thèse de Médecine*, Paris, 1955
- [13] THOULON J.M., Dystocie cervicale et dystocie dynamique, déc. 2010
- [14] VIDAL 2011, dictionnaire pharmacologique
- [15] CHO S.H., LEE H., ERNST E., Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010; 117: 907-20
- [16] Club d' Anesthésie- Réanimation Obstétricale (CARO), sous la présidence de MERCIER F.J., Protocoles en anesthésie et analgésie obstétricales, Ed. ELSEVIER MASSON, 2010; p. 65; 39-43
- [17] LEPERCQ J., HAREL V., La trinitrine en obstétrique, *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*, publiées par PHILIPPE H. J., Vigot, Paris, 1997: 283-93
- [18] VIVANCO M.P., Etude sur le Lénital Spray® en tant qu'antispasmodique durant le travail en obstétrique, *Dossiers de l' Obstétrique*, 1996; 240: 18-20
- [19] Protocole du réseau Aurore, Nitronal® et tocolyse, 2004
- [20] *Journal Officiel de la République Française*, Arrêté du 12 octobre 2011, fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes,
- [21] TABASSUM S. et al., Phloroglucinol for acceleration of labour: double-blind, randomised controlled trial, *J Pak Med Assoc*, 2005; 55: 270-73
- [22] HOURCABIE J., AMBONVILLE C., ALBALAT F., BECAT A., De l'intérêt de la perfusion rapide de Spasfon® à haute dose dans les dystocies dynamiques et anomalies de la dilatation, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1976; 5 (6): 847-8

- [23] MORIN P., ABBOU S., BARBIER M.C., STRICH-MOUGENOT C., Action du phloroglucinol-phloroglucinol triméthyl éther sur l'évolution de 40 dystocies dynamiques, *Revue française de gynécologie*, 1975; 70; 4; 287-90
- [24] WEE M.Y.K., TUCKEY J.P., THOMAS P., BURNARD S., The Intramuscular Diamorphine (ID) versus Intramuscular Pethidine (IP): A two- centre randomised double-blind controlled trial comparing ID and IP for labour analgesia, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2011; 11: 51
- [25] TALEB AHMED L., MEROUANA A., et al., Les antispasmodiques en obstétrique: mythe ou réalité, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1982; 11: 281-4
- [26] DRIESSEN M. et al., Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony after vaginal delivery: factors associated with severity, *Obstetrics and Gynecology*, 2011; 117 (1): 21-31

# Bibliographie

• *livres:*

- CABROL D., PONS J.C., GOFFINET F., Traité d'Obstétrique, Ed. FLAMMARION, 2003; p. 751-761
  
- Club d'Anesthésie-Réanimation Obstétricale (CARO), sous la présidence de MERCIER F.J., Protocoles en anesthésie et analgésie obstétricales, Ed. ELSEVIER MASSON, 2010; p. 65; 39-43
  
- LANSAC J., MARRET H., OURY JF., Pratique de l'Accouchement, Ed. MASSON, 4ème édition, 2006; p. 12-13; p. 15-16
  
- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J., Précis d'Obstétrique, Ed. MASSON, 6è édition, 1995; p. 301-338;
  
- PIERRE F., BERTRAND J., Mémento Obstétrique, Ed. MALOINE, 2ème édition, 2009; p.348
  
- VIDAL 2011, dictionnaire pharmacologique, 2632 pages
  
- WARREN R., Sir ARULKUMARAN S., Best practice in Labour and Delivery, Ed. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, 2009; p. 24-42

• **articles:**

- BLONDEL B., KERMARREC M. (INSERM U.953), Enquête Nationale Périnatale 2010: Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, mai 2011
  
- BOTTOMS S.F., HIRSCH V.J., SOKOL R.J., Medical management of arrest disorders of labor: A current overview, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1987; 156: 935-9
  
- CHENG Y.W. et al., Duration of the second stage of labour in multiparous women: maternal and neonatal outcomes, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007; 196: 585.e1-585.e6
  
- CHENG Y.W., HOPKINS L.M., CAUGHEY A.B., How long is too long: Does a prolonged second stage of labour in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004; 191: 933-8
  
- CHO S.H., LEE H., ERNST E., Acupuncture for pain relief in labour: a systematic review and meta-analysis, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2010; 117: 907-20
  
- COLASSON F., KAMINA P., COURTOIS P., DE TOURRIS H., Les tocolytiques, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1980; 9: 377-88
  
- DAELS J., Usage du Spasfon® en obstétrique, *La gazette médicale*, 1969; 4: 1-7
  
- DRIESSEN M. et al., Postpartum hemorrhage resulting from uterine atony aftervaginal delivery: factors associated with severity, *Obstetrics and Gynecology*, 2011; 117 (1): 21-31
  
- HOULNE F. et al., Action du phloroglucinol/phloroglucinol-triméthyléther sur l'évolution du travail chez 50 parturientes, *L'Ouest Médical*, 1965; 18: 843-44
  
- HOURCABIE J., AMBONVILLE C., ALBALAT F., BECAT A., De l'intérêt de la perfusion rapide de Spasfon® à haute dose dans les dystocies dynamiques et anomalies de la dilatation, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1976; 5 (6): 847-8

- *Journal Officiel de la République Française*, Arrêté du 12 octobre 2011, fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes
  
- LEPERCQ J., HAREL V., La trinitrine en obstétrique, *Mises à jour en gynécologie et obstétrique*, publiées par PHILIPPE H. J., Vigot, Paris, 1997: 283-93
  
- LOPES P., STURBOIS G., BREART G., SUREAU C., Effets de l'administration intraveineuse de spasmavérine sur l'activité utérine au cours du travail, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1977; 6: 271-4
  
- MARPEAU L., SERGENT F., MANSON F., VERSPYCK E., EURIN D., Mécanismes des stagnations de la dilatation en phase active du travail, *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2002; 30: 282-5
  
- MORIN P., ABBOU S., BARBIER M.C., STRICH-MOUGENOT C., Action du phloroglucinol-phloroglucinol triméthyl éther sur l'évolution de 40 dystocies dynamiques, *Revue française de gynécologie*, 1975; 70; 4; 287-90
  
- *Protocole du réseau Aurore*, Nitronal® et tocolyse, 2004
  
- RUDICH J.P., CHEYNIER J.M., Les dystocies de démarrage et leur traitement par un bêta-sympatho-mimétique, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1978; 7: 87-99
  
- SCHAUBERGER C.W., False labor, *Obstetric and Gynecology*, 1986; 68: 770-772
  
- SCIALOM A., Utilisation des symptômes locaux dans la recherche des remèdes de dystocie, *Dossiers de l' Obstétrique*, 1991; 187: 13-14
  
- TABASSUM S. et al., Phloroglucinol for acceleration of labour: double-blind, randomised controlled trial, *J Pak Med Assoc*, 2005; 55: 270-73

- TALEB AHMED L., MEROUANA A., et al., Les antispasmodiques en obstétrique: mythe ou réalité, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1982; 11: 281-4
  
- TOURNAIRE M. et al., Influence de la péthidine sur l'activité utérine et la dilatation cervicale lors du travail spontané, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1980; 9: 261-6
  
- TREISSER A., BREART G., BLUM F., JOUHET P., Dystocie de démarrage du travail: Evaluation des différentes thérapeutiques, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 1981; 10: 91-8
  
- VIVANCO M.P., Etude sur le Lénital Spray® en tant qu'antispasmodique durant le travail en obstétrique, *Dossiers de l' Obstétrique*, 1996; 240: 18-20
  
- WEE M.Y.K., TUCKEY J.P., THOMAS P., BURNARD S., The Intramuscular Diamorphine (ID) versus Intramuscular Pethidine (IP): A two- centre randomised double-blind controlled trial comparing ID and IP for labour analgesia, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2011; 11: 51
  
- WILLIAM W. et al., Analgesia in obstetrics: The effect of analgesia on uterine contractility and fetal heart rate, *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1967; 98: 832-46

• **cours:**

- CHICHOUX F., L'utérus non gravide, nov. 2008
  
- QUEROL N., L'accouchement normal, déc 2009
  
- THOULON J.M., Dystocie cervicale et dystocie dynamique, déc. 2010

• **thèses:**

- BARRIER J., Dyscinésies du début de travail, *Thèse de médecine présentée à Paris*, 1955
  
- DELANOY B., Analgésie lors du travail de l'accouchement et utilisation de la Nalbuphine. A propos d'une étude prospective sur 35 naissances avec approche pharmacocinétique, *Thèse de médecine présentée à Lyon*, 1993; p. 22-23; 88-90
  
- GLEHEN D., A propos du traitement de la menace d'accouchement prématuré par l'éthanol et le Salbutamol, *Thèse de médecine présentée à Lyon*, 1975; p. 27-32
  
- SERET P., L'accouchement prématuré à la clinique Claude Bernard de 1973 à 1976: apport des bêtamimétiques, *Thèse de médecine présentée à Lyon*, 1977: p. 9; p. 24-25
  
- STEWART R.W., Les dystocies de démarrage, essai de traitement par les bêtamimétiques, *Thèse de médecine présentée à Paris*, 1974

• **mémoires:**

- GENTIL S. Etude comparative de l'efficacité du Spasfon® utilisé en perfusion ou en flash intra-veineux lors des stagnations de la dilatation en cours de travail, *mémoire d'étudiante sage-femme*, Limoges, 1999
  
- SURGEY G., L'ocytocine : quelle limite le soignant doit-il connaître pour qu'elle reste l'hormone de l'amour?, *mémoire d'étudiante sage-femme*, Bourg-en-Bresse, 2009

# Annexes

Annexe I:  
Protocole Aurore sur l'utilisation du Nitronal®

## NITRONAL® et TOCOLYSE

### 1. PRESENTATION

Ampoule de 5mg de NITRONAL® dans 5 ml, soit 1 mg par ml

### 2. INDICATIONS :

- f* Hypertonie au cours d'une césarienne
- f* Rétention sur tête dernière dans les sièges
- f* Relâchement utérin pour manœuvre interne
- f* Hypertonie au cours du travail
- f* Rétention placentaire...

### 3. MÉTHODE :

) **S'assurer que la patiente est équipée :**

- f* d'une voie veineuse périphérique
- f* d'un Ringer Lactate 500 ml
- f* d'un cardioscope, si possible
- f* d'une surveillance tensionnelle toutes les 2 minutes

Ö solution à 50 µg de trinitrine par ml

) **Administer 100 à 150 µg, soit 2 à 3 ml en IVD, renouvelable après 1 à 2 minutes**

) **La tocolyse est rapidement obtenue, délai d'action 1 minute, sans effet cardio-vasculaire maternel important ni interruption de la cinétique utérine**

) **Durée d'action : 3 minutes**

) **NB 1 : En attendant de pouvoir disposer de la voie IV, on peut utiliser NATISPRAY® fort à 0,3 mg : 2 bouffées soit 600 µg**

) **NB 2 : Ne pas oublier que la référence en tocolyse reste l'AG avec fortes concentrations d'halogénés halothane 0,25 à 0,5%, isoflurane > 0,75% + intubation**

# Annexe II

## Décret établissant la liste des thérapeutiques pouvant être prescrites par les SF

20 octobre 2011

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 27 sur 124

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

NOR : *ETSH1127804A*

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4 ;  
Vu l'avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé en date du 20 septembre 2011,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Les annexes I et II du présent arrêté fixent la liste des médicaments par classes thérapeutiques que les sages-femmes peuvent prescrire, d'une part à la femme, d'autre part à l'enfant, et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

Pour chaque classe thérapeutique, la sage-femme doit tenir compte du résumé des caractéristiques du produit prévu à l'article R. 5121-21 du code de la santé publique, et notamment des indications, contre-indications éventuelles et des données relatives à la grossesse et l'allaitement.

Toute commande de médicaments à usage professionnel ou toute prescription doit être rédigée conformément aux dispositions réglementaires.

**Art. 2.** – L'annexe III du présent arrêté fixe la liste des médicaments classés comme stupéfiants que les sages-femmes peuvent prescrire à leurs patientes et qu'elles peuvent se procurer pour leur usage professionnel.

**Art. 3.** – L'arrêté du 17 octobre 1983 modifié fixant la liste des examens radiologiques, de laboratoire et de recherche que les sages-femmes peuvent prescrire est abrogé.

L'arrêté du 3 octobre 1988 fixant la liste des instruments que peuvent employer les sages-femmes est abrogé.

L'arrêté du 23 février 2004 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes est abrogé.

**Art. 4.** – La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté et de ses annexes, qui seront publiés au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 12 octobre 2011.

Pour le ministre et par délégation :  
Par empêchement de la directrice générale de  
l'offre des soins :  
*Le sous-directeur des ressources humaines  
du système de santé,*  
R. LE MOÏG

ANNEXES

ANNEXE I

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

A. – En primo-prescription :

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

Antisécrétoires gastriques :

- antihistaminiques H<sub>2</sub>, 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.

Antiémétiques.

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.

## ANNEXE II

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

- 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 III

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.

Annexe III  
Questionnaire de l'enquête

1. Vous avez effectué vos études:

- dans la région Rhône-Alpes
- dans une autre région française, si oui laquelle? .....
- à l'étranger, si oui dans quel pays? .....

2. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme d'état? .....

3. L'utilisation des thérapeutiques à visée antispasmodique pendant le travail est pour vous:

- régulière
- occasionnelle
- vous n'en utilisez pas

4. Dans quelles situations cliniques utilisez-vous les thérapeutiques à visée antispasmodique en salle d'accouchement? (*plusieurs réponses possibles*)

- dystocie de démarrage, ou faux-travail
  - stagnation de la dilatation en cours de travail
  - spasme du col
  - hypertonie utérine
  - antalgie
  - travail long
  - autre(s):
- .....

5. Quelles thérapeutiques à visée antispasmodique utilisez-vous en salle d'accouchement? (*plusieurs réponses possibles*)

- Spasfon®, seul ou associé ( Mag 2®, Calcium, Primpéran®)
  - Natispray®
  - Atarax®
  - Péthidine®, ou Nubain®
  - Salbutamol®
  - autre(s):
- .....

6. Diriez-vous que la majorité de vos connaissances sur les thérapeutiques à visée antispasmodique proviennent: *(1 seule réponse)*

- d'apports théoriques et scientifiques acquis durant votre formation initiale
- d'apports théoriques liés à des lectures scientifiques personnelles dans ce domaine
- d'apports basés sur votre expérience clinique et personnelle
- de stages effectués lors de votre formation initiale
- des pratiques de l'équipe dans laquelle vous travaillez

7. Pourriez- vous donner pour chacune des thérapeutiques suivantes la classe pharmaceutique du produit, son mode d'action, ses éventuelles contre-indications, la posologie à adopter, ainsi que la (les) voie(s) d'administration possible(s):

	Classe pharmaceutique	Mode d'action	Contre-indication(s)	Posologie	Voie d'administration
Spasfon®	antispasmodique	Lève le spasme des muscles lisses	Hypersensibilité à un constituant		Cp, Lyoc suppositoire, IV, IM
Salbutamol®	βmimétique	Stimule les récepteurs β2 des muscles lisses, donc inhibe les CU	Cardiopathies, HTA, pré-éclampsie, infection, hémorragie		Suppositoire, IV
Natispray®	Dérivé nitré	vasodilatateur	État de choc, hémorragie, hypotension		IV, sublingual
Péthidine®	Dérivé morphinique	Action sur le système nerveux central	Insuffisance respiratoire, rénale, convulsions		IM
Atarax®	Anxiolytique Antihistaminique	Anticholinergique, donc inhibe les CU	allergie		Cp, IM

Les posologies étant différentes selon les SF.

8. Qu'est-ce qui, à votre avis, a le plus influencé votre conviction sur l'efficacité de ces thérapeutiques jusqu'à aujourd'hui? ( 1 seule réponse)

- des connaissances théoriques et scientifiques acquises lors de votre formation initiale
- des connaissances théoriques acquises par les biais de lectures scientifiques personnelles
- des situations cliniques de votre propre expérience, considérées à titre " d'exemple"
- l'influence de prescriptions de certaines sages-femmes rencontrées pendant vos études ou dans le cadre de votre exercice professionnel

9. Quel qualificatif donneriez-vous à l'efficacité des différentes thérapeutiques suivantes:

	Pas du tout efficace	Peu efficace	Moyennement efficace	Très efficace
Spasfon® seul				
Spasfon® associé (Mag 2®, Ca, Primpéran®...)				
Natispray®				
Salbutamol®				
Atarax®				
Péthidine®				

10. Votre pratique d'utilisation de ces thérapeutiques a-t-elle évolué avec les années et l'expérience?

- non
- si oui, plutôt
  - avec une plus grande fréquence de prescription
  - avec une moins grande fréquence de prescription, et dans ce cas pourquoi? .....
  - .....

11. Au final, qu'est-ce qui, selon vous, influence le plus votre choix dans la prescription de ces thérapeutiques? (*1 seule réponse*)

- vos connaissances
- la situation clinique, si oui:  des éléments obstétricaux
- l'association à d'autres thérapeutiques, médicamenteuses

ou non

- votre expérience personnelle
- les pratiques courantes de l'équipe dans laquelle vous travaillez
- les produits disponibles dans la pharmacie du service
- autre(s), précisez:

.....

Annexe IV  
Grille de recueil de données

1. *âge de la patiente:*

- < 20 ans                       21- 29 ans                       30-39 ans                       > 40 ans

2. *parité:*

- primipare                       2ème pare                       3ème pare ou plus

3. *terme de la grossesse:*

- < 37 SA                       entre 37 SA+1j et 40 SA+3j                       > 40 SA+ 3j

4. *type de grossesse:*

- simple                       multiple

5. *mode de début de travail:*

- spontané                       déclenchement, si oui, indication:  
.....



# Annexe V

## Résultats de la grille de recueil de données

n° grille	âge	parité	terme	type grossesse	travail	indication		dilatation	pdE	hauteur prés	variété prés	PFE	dyn. utérine	thpq	voie adm	posologie	thpq assoc			évolution																
						1	2										3	ram	homi	apd	syn	pos	non	ass	dilat	desc	dir									
1	1	2	1	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	3	5	1amp Spaston+ 0,5amp atarax	0	0	0	5	0	0	0	0	24	0										
2	2	2	2	2	1	0	3	0	0	2	0	1	1	2	2	10 amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	3	4	5	0	0	21	22	23	0	0								
3	3	1	2	1	1	0	3	0	0	1	3	0	1	2	1	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	4	0	0	0	21	0	0	0	0	0							
4	3b	3	1	2	1	0	3	0	0	1	3	0	1	2	2	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	4	0	0	0	21	0	0	0	0	0							
5	3t	3	1	2	1	0	3	0	0	1	3	0	1	2	2	7 amp Spaston+ 3amp Mag2 ds RL	0	0	3	4	0	0	0	21	0	0	0	0	0							
6	4	2	2	2	1	1	0	0	0	1	3	0	2	1	4	2* 3cp à 15 min d'intervalle	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0						
7	5	3	1	3	1	2	0	2	3	0	5	0	1	2	2	8 amp spaston+ 2 amp Mag2	0	0	3	4	0	0	0	0	21	22	23	0	0							
8	5b	3	1	3	1	2	0	2	3	0	5	0	1	2	2	10 amp Spaston	0	0	3	4	0	0	0	0	21	22	23	0	0							
9	6	2	1	3	1	1	0	3	0	0	3	1	0	1	2	10 amp Spaston	0	0	3	4	0	0	0	0	21	0	23	0	0	0						
10	7	2	1	2	1	1	0	0	0	0	1	0	2	3	5	1amp Spaston+ 0,5amp atarax	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0						
11	7b	2	1	2	1	1	0	0	0	1	1	0	2	7	5	1amp Nubain (20 mg)	0	0	0	0	6	0	0	0	21	22	0	24	0	0						
12	8	2	1	2	1	1	0	3	0	0	4	0	1	2	2	6amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	0	4	5	0	0	0	21	22	23	0	0	0						
13	9	3	2	2	1	1	0	0	0	1	2	0	1	3	5	1amp Spaston+ 0,75 amp Atarax	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	0					
14	10	2	1	2	1	1	0	3	0	0	3	0	1	1	2	10 amp Spaston	1	0	0	4	5	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0					
15	11	3	2	2	1	2	0	3	0	0	4	0	1	2	2	3amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	0					
16	12	2	1	2	1	1	0	3	0	0	3	0	0	2	2	5 amp Spaston	0	0	0	4	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0				
17	13	3	1	2	1	1	0	2	0	0	4	0	1	2	2	5amp Spaston + 1amp Mag2	1	0	3	0	0	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0				
18	14	3	1	2	1	2	0	3	0	0	3	1	0	1	2	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	4	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0				
19	15	2	1	2	1	2	0	3	0	0	1	0	1	2	1	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0			
20	16	3	3	2	1	1	0	0	0	1	2	0	1	4	3	2* 2cp à 15 min d'intervalle	0	0	0	0	6	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0			
21	16b	3	3	2	1	1	0	3	0	0	2	0	1	2	2	6amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	0	4	5	0	0	0	0	22	23	0	0	0	0	0	0			
22	17b	2	1	3	1	1	0	3	0	0	3	0	1	2	2	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	1	0	3	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
23	17b	2	1	3	1	1	0	3	0	0	3	0	1	2	2	7 amp Spaston+ 3amp Mag2 ds RL	1	0	3	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
24	18	2	2	3	1	0	1	0	0	0	1	0	1	4	3	3* 2 cp de Spaston lyoc	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	0	0			
25	19	3	1	3	1	2	0	3	0	0	4	0	1	2	1	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
26	19b	3	1	3	1	2	0	3	0	0	4	0	1	2	1	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
27	19t	3	1	3	1	2	0	3	0	0	4	0	1	2	2	7 amp Spaston+ 3amp Mag2 ds RL	0	0	3	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
28	20	2	1	1	1	2	0	3	0	0	3	0	1	2	1	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	4	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
29	21	4	2	2	1	2	0	3	0	0	4	0	1	2	1	10 amp Spaston dans 500cc Ringer	0	0	3	4	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
30	21b	4	2	2	1	2	0	3	0	0	4	0	1	2	2	7 amp Spaston+ 3amp Mag2 ds RL	0	0	3	4	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
31	22	2	1	2	1	1	0	2	3	0	3	1	1	2	1	4 amp Spaston	0	0	3	4	0	0	0	0	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0		
32	23	4	1	2	1	1	0	0	0	0	3	0	0	1	7	0,5 amp de Nubain (10mg)	0	0	0	0	0	0	0	0	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
33	24	2	1	2	1	1	0	3	0	0	3	1	0	1	2	5 amp Spaston	0	0	3	4	5	0	0	0	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0		
34	24b	2	1	2	1	1	0	3	0	0	4	1	0	1	1	2 amp Spaston sur 2 CU	0	0	3	4	5	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
35	25	2	3	2	1	2	0	3	0	0	1	0	1	2	2	10 amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	0	4	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
36	25b	2	3	2	1	2	0	3	0	0	2	0	1	2	1	2 amp Spaston sur 2 CU	1	0	0	4	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
37	26	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	3	1amp Spaston+ 0,5amp atarax	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
38	26b	2	1	3	1	0	1	0	0	0	1	0	0	2	7	0,5 amp Nubain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	
39	26t	2	1	3	1	0	0	3	0	0	3	0	0	2	1	5 amp Spaston	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	27	3	3	2	1	1	0	3	0	0	3	1	0	1	2	3amp Spaston+ 1amp Mag2 sur 3CU	0	0	3	4	0	0	0	0	21	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
41	28	3	1	3	1	2	0	2	3	0	3	0	1	2	2	6amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	3	4	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	29	3	1	2	1	1	0	3	0	0	3	0	0	1	1	5 amp Spaston	0	0	3	4	0	0	0	0	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43	29b	3	1	2	1	1	0	0	3	0	3	0	1	2	2	5 amp Spaston+ 1amp Mag2	0	0	3	4	5	0	0	0	21	0	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0

44	3	1	2	1	1	0	0	3	0	0	1	3	3	0	0	1	1	2	2	4-amp Spasfon+ 1amp Mag2	6	0	3	4	0	0
45	3	1	2	1	1	0	0	3	0	0	2	3	3	0	0	1	1	2	2	6amp Spasfon	0	0	3	4	0	0
46	3	1	2	1	1	0	0	3	0	0	2	3	3	2	1	1	2	2	2	4-amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
47	3	1	2	1	1	0	0	3	0	0	2	3	3	3	2	1	2	1	1	3amp Spasfon sur 3CU	0	0	3	4	0	0
48	3	2	2	1	1	0	0	3	0	0	2	3	3	2	0	1	1	2	2	5-amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
49	3	2	1	3	1	2	0	2	0	0	2	3	3	3	0	0	1	2	1	3*2amp Spasfon+1amp Mag2 / 3CU	0	0	3	4	0	0
50	3	1	3	1	2	0	0	3	0	0	3	3	4	1	2	1	2	1	2	6amp Spasfon	0	0	3	4	0	0
51	3	1	3	1	2	0	0	3	0	0	2	3	3	6	0	1	2	2	2	5-amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
52	3	2	1	2	1	1	0	3	0	0	2	3	3	6	0	1	2	2	2	5-amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
53	3	2	1	2	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	2	1	5	4	2 suppos de Spasfon	0	0	0	0	0	0
54	3	2	1	2	1	1	0	2	3	0	2	3	3	4	0	2	1	2	2	8 amp Spasfon ds 500cc Ringer	0	0	3	4	0	0
55	3	2	1	2	1	1	0	2	3	0	2	3	3	5	1	2	2	2	2	3amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
56	3	2	1	2	1	1	0	2	3	0	2	3	3	5	1	2	2	1	2	7 amp Spasfon ds G5	0	0	3	4	0	0
57	3	1	2	1	1	1	0	2	0	0	2	2	3	6	1	1	1	1	2	5-amp Spasfon	0	0	3	4	0	0
58	3	2	1	3	1	1	0	0	3	0	2	1	2	0	0	1	2	2	1	4 amp Spasfon+ 1amp Mag2 sur 2CU	0	0	3	4	0	0
59	3	2	1	3	1	1	0	0	3	0	2	1	2	0	0	1	1	4	3	3*2 cp de Spasfon lycoc /15min	0	0	3	4	0	0
60	3	2	1	3	1	1	0	0	3	0	2	3	3	4	1	1	2	2	2	6amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
61	3	2	1	3	1	1	0	0	3	0	2	3	4	7	0	1	2	2	2	6amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	0	0	0
62	3	2	1	2	1	1	0	0	3	0	2	2	3	2	0	1	2	2	1	2 amp Spasfon+ 1amp Mag2 /4CU	0	0	3	0	0	0
63	3	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	2	5	4	2 suppos de Spasfon	0	0	0	0	0	0
64	3	1	2	1	1	1	0	0	3	0	2	3	3	4	2	1	1	1	2	6amp Spasfon	0	0	3	4	0	0
65	3	1	3	1	1	1	0	2	0	0	1	2	2	0	0	1	1	2	2	2-amp Spasfon	0	0	0	0	0	0
66	3	1	3	1	1	1	0	2	3	0	1	2	2	0	0	1	2	2	2	6amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
67	3	1	3	1	1	1	0	0	4	0	2	2	3	1	1	1	3	6	1	3* 2cc Nitronal	0	0	3	0	0	0
68	3	3	3	1	2	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	5	4	1 suppo Spasfon	0	0	0	0	0	0
69	3	2	1	2	1	1	0	0	0	5	0	1	2	0	0	1	2	3	5	1amp Spasfon+ 0.5amp atarax	0	0	0	0	0	0
70	3	2	1	2	1	1	0	0	3	0	1	2	2	3	0	1	2	2	2	10 amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
71	3	2	1	2	1	1	0	0	3	0	1	2	2	4	0	1	2	2	2	10 amp Spasfon+ 1amp Mag2 ds RL	0	0	3	4	0	0
72	3	1	2	1	2	2	0	0	3	0	2	2	3	7	0	1	2	2	2	7 amp Spasfon+ 3amp Mag2 ds RL	0	0	3	4	0	0
73	3	2	3	1	1	1	0	0	3	0	2	2	3	1	1	1	2	2	2	5 amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
74	3	2	3	1	1	1	0	2	3	0	2	2	3	1	1	1	2	1	2	10 amp Spasfon ds RL	0	0	3	4	0	0
75	3	1	1	1	2	2	0	0	3	0	1	2	3	0	0	1	2	2	2	10 amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	0	0	0
76	3	3	3	1	2	2	0	0	3	0	1	3	3	0	0	1	2	1	2	6amp Spasfon	0	0	0	4	0	0
77	3	3	3	1	2	1	0	0	3	0	1	3	3	0	0	1	2	2	2	5 amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	0	4	0	0
78	3	2	1	2	1	1	0	0	3	0	2	3	3	3	1	1	2	2	2	5 amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
79	3	2	1	2	1	1	0	0	0	0	2	3	3	1	1	1	2	1	1	1amp Spasfon pdt 1CU	0	0	3	0	0	0
80	3	2	1	3	1	1	1	0	0	0	1	1	3	0	0	1	1	5	4	3suppos Spasfon toutes les 10min	0	0	0	0	0	0
81	3	1	3	1	1	1	0	0	0	0	1	1	3	0	0	1	1	3	2	6amp Spasfon+ 50mg Atarax	0	0	0	0	0	0
82	3	1	3	1	1	1	0	2	3	0	2	2	3	4	1	1	2	2	2	10 amp Spasfon+ 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
83	3	2	2	1	1	1	0	2	0	0	1	1	2	0	0	1	2	2	2	5 amp Spasfon+ 1amp Mag2	1	0	2	4	0	0
84	3	1	2	1	1	1	0	0	3	0	2	2	3	0	0	1	2	2	2	5amp Spasfon + 1amp Mag2	0	0	3	4	0	0
85	3	2	2	1	1	1	0	0	4	0	3	2	4	8	1	1	3	6	1	2cc Nitronal + sur 2CU	0	0	2	0	0	0
86	3	2	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	4	3	3	2cc Nitronal lycoc	0	0	0	0	0	0
87	3	2	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	3	5	1amp Spasfon+ 0.5amp atarax	0	0	0	0	0	0
88	3	2	1	2	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	3	5	1amp Spasfon+ 0.5amp atarax	0	0	0	0	0	0



## **RESUME**

**Objectifs** : Evaluer les connaissances, les convictions et les représentations des sages-femmes vis-à-vis des thérapeutiques à visée antispasmodique en salle d'accouchement. Analyser les pratiques des sages-femmes en ce qui concerne ces thérapeutiques.

**Méthode** : Il s'agit d'une double enquête auprès des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement dans le CHU de la Croix-Rousse. L'étude se compose d'une part de questionnaires individuels destinés aux sage-femmes, et d'autre part de grilles de recueil de données à compléter lors de chaque prescription de thérapeutiques à visée antispasmodique pendant le travail.

**Résultats** : Les sages-femmes ont des connaissances théoriques imprécises sur les thérapeutiques à visée antispasmodique. Leurs connaissances et convictions à ce propos sont acquises majoritairement de façon empirique. Il existe de ce fait une multitude d'utilisations et de posologies dans ce domaine.

**Conclusion** : Il paraît légitime de proposer une information claire, précise et complète aux sages-femmes en ce qui concerne les thérapeutiques étudiées. La mise en place d'un protocole concernant ces prescriptions semblerait utile afin d'uniformiser ces pratiques.

**Titre** : Thérapeutiques à visée antispasmodique en salle d'accouchement: analyse des pratiques et des connaissances des sages-femmes.

**Mots-clés** : thérapeutiques à visée antispasmodique, travail, dystocies dynamiques

**Adresse de l'auteur** : TESTON Solenn  
59, Rue du Dauphiné  
69003 Lyon