



HAL
open science

Pratique actuelle de l'amniotomie et influence sur le déroulement du travail

Marie Le Breton

► **To cite this version:**

Marie Le Breton. Pratique actuelle de l'amniotomie et influence sur le déroulement du travail : étude comparative, durant l'année 2010, au sein d'hôpitaux de niveau I, II et III. Médecine humaine et pathologie. 2011. hal-01882198

HAL Id: hal-01882198

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01882198>

Submitted on 26 Sep 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

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

École de Sages-femmes de Metz

Université Henri Poincaré, Nancy I

*Pratique actuelle de l'Amniotomie et Influence
sur le déroulement du travail*

Etude comparative, durant l'année 2010, au sein d'hôpitaux de
niveau I, II et III

Mémoire présenté et soutenu par

Marie LE BRETON

Née le 22 Février 1988

Promotion 2007-2011

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier ma famille et mes amis proches qui m'ont aidés et soutenus moralement dans cette aventure qu'est le mémoire de fin d'études.

Un tout remerciement particulier à mes ami(e)s étudiant(e)s sages-femmes de promotion. Tous dans la même galère mais tous toujours présents et solidaires les uns pour les autres.

Pour finir, je remercierai tous les gens que je n'ai pas cité mais qui, pourtant, ont participé de près comme de loin à la réalisation et l'aboutissement de ce projet.

Merci à vous.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
PARTIE 1: Physiologie obstétricale, technique et recommandations de l'amniotomie..	4
1. AMNIOTOMIE : MELANGE DE THEORIE ET DE PRATIQUE	5
1.1. Principe de l'amniotomie	5
1.1.1. Définition.....	5
1.1.2. L'amniotomie : un geste ancien.....	7
1.1.3. Technique de l'amniotomie.....	8
1.1.4. Mécanismes et intérêts de la poche des eaux pendant le travail.....	10
1.2. L'amniotomie dans sa pratique.....	11
1.2.1. Les indications de l'amniotomie.....	11
1.2.2. Les contre-indications de l'amniotomie.....	12
1.2.3. Précautions à prendre avant de réaliser une amniotomie.....	13
1.2.4. Les conséquences de la rupture artificielle de la poche des eaux.....	14
2. ENCADREMENT DE L'AMNIOTOMIE	16
2.1. De quoi est-il question en France ?.....	16
2.2. Cas particulier de l'Angleterre et de la Belgique.....	17
2.3. Dans le reste du monde.....	18
PARTIE 2 : Pratique de l'amniotomie et incidence sur le déroulement du travail selon le moment de rupture.....	19
1. METHODOLOGIE.....	20
1.1. Présentation de l'étude.....	20
1.1.1. La problématique.....	20
1.1.2. Les objectifs.....	20
1.1.3. Les hypothèses.....	20
1.2. Méthodologie de l'enquête.....	20
1.2.1. Nature, lieux et durée d'étude.....	20
1.2.2. Outil d'enquête.....	22
1.2.3. Population.....	22
1.2.4. Les biais.....	23

2.	RESULTATS DE L'ETUDE.....	24
2.1.	Selon les différents lieux de maternité.....	24
2.1.1.	Renseignements généraux le jour de l'admission.....	24
2.1.2.	Le travail.....	25
2.1.3.	L'accouchement.....	28
2.1.4.	L'état de l'enfant à la naissance.....	30
2.2.	Selon le moment où l'amniotomie a été réalisée.....	30
2.2.1.	Le travail.....	30
2.2.2.	L'accouchement	33
2.2.3.	L'état de l'enfant à la naissance.....	33
	PARTIE 3 : D'un état des lieux à une pratique plus réfléchie de l'amniotomie.....	34
1.	ANALYSE DES RESULTATS.....	35
1.1.	Pratique de la RAPE en salles de naissances.....	35
1.1.1.	Le moment opportun pour réaliser une amniotomie.....	35
1.1.2.	Incidence sur la durée du travail.....	36
1.2.	Déroulement du travail en salles de naissances.....	37
1.2.1.	L'analgésie péridurale.....	37
1.2.2.	Les ocytotiques.....	38
1.2.3.	Surveillance du rythme cardiaque fœtal.....	38
1.3.	L'accouchement.....	39
1.3.1.	Mode d'accouchement.....	39
1.3.2.	Etat de l'enfant à la naissance.....	40
2.	L'AMNIOTOMIE SOUVENT PRATIQUEE MAIS EN THEORIE DISCUTEE..	41
2.1.	Pratiques de Sage-femme.....	41
2.1.1.	Pratiques médicales de la sage-femme en rapport avec l'image de la profession.....	41
2.1.2.	Pratique de la Sage-femme en fonction de l'activité du service.....	42
2.2.	La médicalisation du travail.....	42
3.	POUR UNE PRATIQUE MOINS SYSTEMATISEE DE L'AMNIOTOMIE.....	44
	CONCLUSION.....	46
	BIBLIOGRAPHIE.....	47
	ANNEXE.....	51

INTRODUCTION

L'amniotomie est un geste médical aux intérêts multiples, fréquemment réalisé par les sages-femmes lors du travail. Son indication s'avère très variable et dépend étroitement des contextes et situations cliniques.

Bien que couramment mise en œuvre de nos jours, l'amniotomie n'en est pas moins une technique très ancienne. En effet, au temps des matrones, même si sa dénomination médicale actuelle n'existait pas encore, le geste à proprement parler de l'amniotomie était déjà pratiqué.

Le principe de réalisation étant resté fondamentalement similaire à celui de l'époque, ce sont essentiellement les indications médicales consistant à rompre une poche des eaux qui ont, elles, en revanche, évoluées au rythme des progrès et des découvertes de la médecine. Cela a d'ailleurs alimenté de nombreuses études remettant plus ou moins en cause certaines indications de l'amniotomie ainsi que l'impact qu'elles pourraient avoir sur la mère et le fœtus.

Au cours de ma formation de sage-femme, j'ai constaté à plusieurs reprises que la réalisation de l'amniotomie était plus souvent le fruit de l'habitude que de la réflexion médicale. Je me suis alors interrogée sur la conduite à tenir face à la décision de rompre ou non une poche des eaux.

Il me semble effectivement important qu'une sage-femme, utilisant ses connaissances théoriques acquises, développe son sens clinique, sa capacité d'écoute, d'analyse et de réflexion propre à chaque situation clinique. La prise en charge obstétricale n'en sera que plus adaptée aux besoins réels du travail et à ceux du couple mère-enfant.

Dans un premier temps, ce mémoire s'attachera à appréhender l'amniotomie selon une perspective générale, en définissant son principe, en l'abordant sur le plan pratique puis en rappelant les principales recommandations encadrant cette technique. J'exposerai ensuite les résultats de mon étude rétrospective qui a été réalisée sur trois hôpitaux de niveaux différents, sur la base de 150 dossiers sélectionnés selon des critères précis. Pour finir, l'analyse et l'interprétation des résultats conduiront à quelques pistes de réflexions concernant la pratique de l'amniotomie.

PARTIE 1

**Physiologie obstétricale
Technique et recommandations de
l'amniotomie**

1. AMNIOTOMIE : MELANGE DE THEORIE ET DE PRATIQUE

L'amniotomie, ou encore la rupture artificielle de la poche des eaux (RAPE), est l'un des gestes obstétricaux les plus couramment réalisés par la sage-femme en salle de naissances et ce, au cours du travail. Cependant, il convient de ne pas banaliser un acte dont la réalisation conduira à une situation obstétricale irréversible. Nous allons, de ce fait, définir et approfondir ce sujet qu'est l'amniotomie afin d'en avoir une connaissance suffisante pour permettre d'avoir une meilleure maîtrise du sujet et ainsi de sa pratique.

1.1. Principe de l'amniotomie

1.1.1. Définition

La poche des eaux est la matrice dans laquelle va se développer le fœtus, baignant dans le liquide amniotique. Elle est constituée de deux membranes : externe et interne, qui sont respectivement le chorion et l'amnios.

Le chorion, qui apparaît dès les 13-14ème jours de gestation, est une membrane transparente et résistante, en contact direct avec le bouchon muqueux qui obture le canal cervical. L'amnios, quant à lui, est présent dès le 8^{ème} jour de grossesse, après l'implantation de l'œuf dans l'endomètre. Egalement transparent, il se caractérise par une très haute résistance et forme la cavité amniotique. Tapissant la face interne du placenta, il engaine également le cordon ombilical.

Un certain abus de langage, utilisé au quotidien dans le milieu médical, est notable et il convient de l'éclaircir. En obstétrique, on parle de membranes pendant la grossesse et de poche des eaux uniquement au cours du travail.

Selon le dictionnaire de Gynécologie-Obstétrique français-anglais [1], l'amniotomie est définie comme étant « *une rupture artificielle des membranes de l'œuf*

[réalisée] à l'aide d'un perce-membrane, long instrument à bout perforant introduit à travers l'orifice du col utérin ».

F. Baudelocque, quant à lui, définit la poche des eaux comme « *une hernie de l'amnios et du chorion, c'est-à-dire des membranes fœtales, au travers de l'orifice utérin aux lèvres duquel elle transmet excentriquement l'effort développé par la contraction utérine* » [21]. Elle est alors assimilée à un agent de dilatation. Pour cette raison, l'auteur préconise de la préserver le plus longtemps possible.

Remarque : à noter que rompre artificiellement une poche des eaux sur un col non effacé peut être la cause d'une lenteur de progression du travail, notamment au niveau de la dilatation.

L'amniotomie peut être dite précoce, c'est-à-dire réalisée relativement tôt durant le travail. Mais le sens donné à cette expression n'est pas clairement défini. En l'absence d'une définition précise, la comparaison de diverses études semble délicate à effectuer. Les anciens pratiquants de l'obstétrique conseillaient de ne la réaliser qu'une fois la phase de latence terminée ; Autrement dit, sur un col effacé avec une dilatation suffisamment avancée d'au moins 5 cm. Friedman avait alors déterminé que pour 35% des dilatations lentes et 30% des arrêts de la dilatation, une amniotomie précoce avait été effectuée [4]. D'autres études menées dénotaient pour critères d'amniotomie précoce une dilatation inférieure à 6 cm. Un large essai randomisé au Royaume-Uni a été réalisé dans le but d'éclaircir ce point []. Il en est ressorti que, dans le groupe d'amniotomie précoce, la rupture se faisait à 5,1cm et dans celui de l'amniotomie tardive, elle avait lieu à 6,7cm. Les résultats obtenus ne sont pas apparus suffisamment significatifs pour que les auteurs soient parvenus à en tirer une distinction tranchée.

Concernant la RAPE tardive, la rupture est donc pratiquée au-delà du critère choisi pour celle dite précoce. Au sein des amniotomies tardives trouvent leurs places les ruptures tempestives *idest* réalisées à dilatation complète.

1.1.2. L'amniotomie : un geste ancien

A l'inverse de notre société actuelle où l'accouchement est un moment de la vie de la femme « hyper médicalisé », elles mettaient autrefois au monde leur enfant chez elles, sans le recours de la moindre technologie et enseignements issus de la recherche médicale. Le travail précédant la naissance, tout comme la grossesse, n'était pas suivi. Preuve en est les matrones (et sages-femmes par la suite) n'effectuaient quasiment pas de touchers vaginaux au long du travail et celui-ci pouvait durer des jours et des jours.

Par ailleurs, au temps des matrones, pour faire sortir l'enfant lorsque la femme était en travail, ces dernières appuyaient sur le ventre des mères, réalisaient des « *massages répétés, frictions énergétiques accompagnées de bourrades dans le dos* » [15] dans le but d'accentuer les contractions utérines et ainsi accélérer la venue au monde de l'enfant. En effet, dans l'esprit de l'accoucheuse, le retard ou la non survenue imminente du bébé ne pouvait provenir que d'une faiblesse de celui-ci. Il fallait donc lui forcer la nature. La poche des eaux bombant dans le vagin était assimilée à une « *vessie de cochon qu'on aurait remplie d'eau* » [15]. Malgré son élasticité et son agrandissement sous l'effet des contractions utérines et de l'augmentation des pressions intra-utérines, la poche des eaux ne se rompait pas forcément d'elle-même. C'est pourquoi il arrivait régulièrement que la matrone présente pour l'accouchement la déchire avec une épingle, ou bien à l'aide de la paire de ciseaux qui était accrochée à sa ceinture. Au fil du temps, il a été préconisé aux sages-femmes de ne plus utiliser d'objets pouvant blesser la mère et l'enfant et d'autres méthodes ont dès lors été employées telles que le cure dent en bois, ou un pincement de deux doigts à l'aide des ongles. Mais la technique la plus efficace et la plus souvent utilisée pour réaliser une bonne incision de la poche des eaux était un gros morceau de sel [15].

Malgré la pression de l'église sur la profession, les croyances, recettes et magies persistaient chez les sages-femmes. Parmi elles et concernant les membranes, il était de coutume de faire tremper une fleur de Jéricho dans l'eau, ceci étant un symbole d'ouverture... La poche des eaux se percerait et l'accouchement aurait lieu lorsque la rose serait éclosée... [21].

La pratique de la rupture artificielle de la poche des eaux au cours du travail a ensuite, au fur et à mesure des siècles, été condamnée par les accoucheurs du XIX^{ème}

siècle, l'argument avancé étant le risque de compliquer ultérieurement le travail si l'enfant ne sortait pas du ventre de sa mère dans les minutes suivant l'amniotomie. Les obstétriciens d'autrefois professaient un respect quasi sacré de l'intégrité de la poche des eaux, au point que sa rupture n'était souhaitée qu'à dilatation complète. Pour eux, l'intégrité ovulaire garantissait à la fois contre les infections mais aussi contre le traumatisme fœtal. De par l'arrivée de nouvelles technologies et l'hyper médicalisation de l'accouchement, ces pratiques ont été révolues.

1.1.3. Technique de l'amniotomie

Après avoir défini de la rupture artificielle de la poche des eaux, nous allons en voir la technique. Une fois l'indication d'amniotomie posée par la sage-femme (et l'ensemble des règles d'hygiène respectées), le geste obstétrical de rupture peut être réalisé. Plusieurs instruments peuvent être employés pour ce faire.

Le plus couramment utilisé est un perce-membrane stérile autrement appelé amniotome (visualisé ci-dessous), à usage unique ou non.



Image 1 : perce-membranes réutilisable

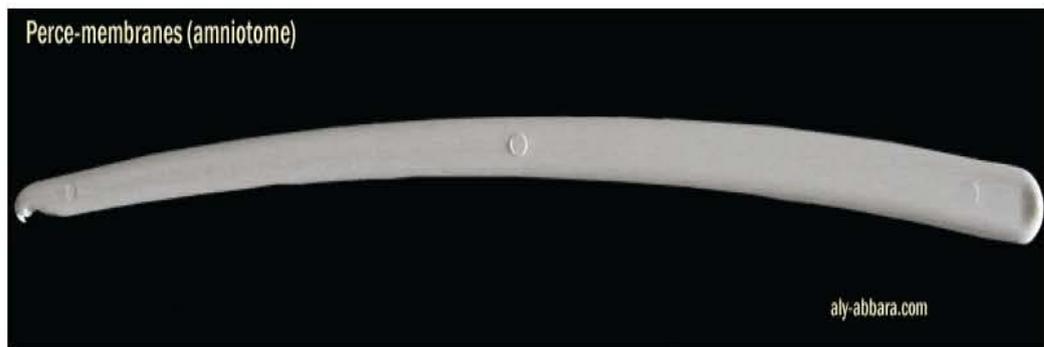


Image 2 : amniotome à usage unique

D'autres méthodes telles qu'une demi-pince Kocher, une aiguille ou un cathéter ont également leur place dans l'amniotomie.

Remarque : A noter que la rupture peut se pratiquer sous un amnioscope, avec l'aide d'une pince spécifique à griffes.

Malgré un vaste choix de l'outil de rupture, la technique de l'amniotomie reste fondamentalement la même depuis la description qui en a été faite. La sage-femme pratique un toucher vaginal de manière à ce que l'extrémité de son index et de son médius soient au contact du pôle inférieur de l'œuf, c'est-à-dire au contact des membranes à travers l'orifice cervical ayant atteint un certain degré de dilatation. De son autre main, la professionnelle saisit le perce-membrane, le fait glisser parallèlement entre ses deux doigts afin de protéger les tissus des voies génitales de la femme. La rupture de la poche des eaux est souvent réalisée au décours d'une contraction utérine, ce phénomène favorisant le bombement de la poche des eaux sous l'effet de la pression intra-utérine et facilitant ainsi la rupture; mais elle peut également être réalisée en dehors d'une contraction, notamment dans un contexte d'hydramnios.

Lorsqu'elle estime le moment opportun, la sage-femme pousse légèrement l'instrument afin que l'extrémité de celui-ci dépasse le bout des doigts et soit au contact des membranes. Un mouvement de rotation est alors effectué dans le but de « gratter » les membranes ou bien alors de provoquer une simple pression sur la poche pour en provoquer l'ouverture, la plus fine possible, afin d'en contrôler son écoulement. La sage-femme apprécie l'abondance et la couleur du liquide amniotique s'écoulant. Les doigts de la sage-femme, encore en place au niveau vaginal, peuvent alors apprécier l'évolution et le bénéfice de cette rupture en examinant le col de la femme.

1.1.4. Mécanismes et intérêts de la poche des eaux au cours du travail

G. Mauquest de la Motte expose que « *si l'usage des eaux (dans lesquelles l'enfant baigne) est d'une grande utilité à la mère et à l'enfant pendant le temps de la grossesse, elles ne sont pas moins avantageuses pour faciliter l'accouchement* » [14].

D'une part, pendant le travail, la poche des eaux protège l'enfant durant les contractions utérines et facilite les modifications cervicales (telles que la maturation du col, son effacement et sa dilatation) grâce à son rôle de coin-dilatateur. La poche des eaux permettrait également l'étirement préalable du périnée.

D'autre part, la poche amniotique amoindrit la force de pression que les contractions utérines provoquent et améliore, en conséquence, le seuil de tolérance du fœtus vis-à-vis de la force utérine contractile. La contraction utérine exerce donc une pression sur le segment inférieur et sur le fœtus par l'intermédiaire du liquide amniotique. Or, les liquides étant incompressibles, ils transmettent intégralement toute leur pression.

La poche des eaux est assimilée à un agent de dilatation. Lors d'une contraction, le corps utérin chasse une quantité du liquide amniotique vers le segment inférieur et le gonfle. A membranes rompues, l'enfant est, de ce fait, à chaque contraction, propulsé vers le pôle inférieur de l'utérus.

Le fait de rompre artificiellement la poche des eaux va entraîner, dans la suite du travail, une application directe de la présentation de l'enfant sur le col utérin, permettant ainsi, au niveau mécanique, une dilatation plus rapide. La rupture de la poche des eaux entraîne également une libération locale d'acide arachidonique (se trouvant dans le liquide amniotique) et une synthèse de prostaglandines qui vont stimuler le myomètre et accroître l'activité contractile utérine (l'effet est plus marqué chez les patientes multipares que chez des primipares). La libération de ces hormones lors de la rupture explique pourquoi, lorsqu'une femme ressent des contractions utérines et qu'elle rompt spontanément la poche des eaux, elle perçoit celles-ci de manière plus intenses et plus douloureuses.

C'est pourquoi, lorsqu'une analgésie péridurale est souhaitée par la patiente, celle-ci est fréquemment proposée et posée avant la réalisation de la rupture artificielle de la poche des eaux, et ce, dans le but de soulager la femme face à l'algie qu'engendrent les contractions utérines, de plus en plus croissante après la RAPE.

1.2. L'amniotomie dans sa pratique

L'amniotomie vient d'être perçue d'un point de vue théorique, nous allons maintenant l'étudier dans sa pratique. Il va sans dire qu'une fois la rupture de la poche des eaux réalisée, il est de la responsabilité de la sage-femme et du corps médico-légal de noter cette rupture sur le tracé de l'enregistrement cardio-tocographique fœtal ainsi que sur le partogramme. Seront notés également l'heure de la rupture, la couleur et l'abondance du liquide amniotique, les conditions locales dans lesquelles l'amniotomie a été réalisée ainsi que tout élément notable particulier étant survenu durant celle-ci.

1.2.1. Les indications de l'amniotomie

Rompre la poche des eaux n'est pas un geste à banaliser, même s'il est fréquemment réalisé au quotidien par les sages-femmes. Pour pratiquer ce geste obstétrical, il convient aux professionnels (le)s d'en poser les indications.

La pratique de l'amniotomie est réalisée en première intention en tant que traitement thérapeutique face à une anomalie de la dilatation, autrement dit lors d'une dilatation inférieure à un centimètre par heure chez une patiente primipare (cela sous entend aussi que la patiente soit en phase active de travail avec une dilatation suffisamment avancée et que la dystocie soit caractérisée par un délai d'attente suffisant d'au moins deux heures). L'amniotomie est donc un traitement efficace lors de dystocies dynamiques est en résoudrait 50%. Selon L. Cardozo, 30% des patientes présentant une dystocie dynamique répondraient de façon positive à une amniotomie seule, c'est-à-dire non associée à l'utilisation d'ocytocine, avec de meilleurs résultats chez les primipares [4].

L'amniotomie peut également être réalisée pour d'autres raisons médicales. Dans le cadre d'une grossesse physiologique, les indications posées en sa faveur peuvent être un(e) :

- Dystocie mécanique
- Nécessité d'étudier le pH fœtal ou de mettre en place un capteur d'oxymétrie au niveau du pôle céphalique du fœtus
- Déclenchement du travail
- Direction du travail
- Correction d'une présentation vicieuse au cours de la dilatation
- Hémorragie pendant le travail
- Dilatation complète si la rupture ne s'est pas faite d'elle-même avant
- Placenta praevia
- Hématome rétro placentaire

Il est intéressant de souligner que, pour une femme en travail, le simple fait de rompre, par la sage-femme, de manière artificielle la poche des eaux implique, en obstétrique, la notion de travail dirigé. La direction de ce travail du fait de l'amniotomie peut également être associée, ou pas, à l'utilisation intraveineuse d'ocytociques.

Les ocytociques sont composés d'ocytocine, pouvant être synthétisées. Ce sont des utéro toniques accentuant la force contractile de l'utérus et permettant de régulariser ainsi les contractions utérines. A l'instar de l'amniotomie, les ocytociques constituent, eux aussi, une méthode de direction active du travail, puisqu'agissant sur la contractilité utérine.

1.2.2. Les contre-indications de l'amniotomie

Tout geste médical présente des contre-indications et l'amniotomie ne fait pas exception. Ces dernières peuvent être absolues ou relatives, les secondes étant plus nombreuses.

Les contre-indications absolues sont les présentations transversales et obliques [23].

Quant aux *contre-indications relatives*, elles sont multiples, bien souvent appréhendées aux cas par cas des situations cliniques.

En cas de présentation du siège ou de la face, il est préférable de respecter la poche des eaux le plus longtemps possible (rôle de coin-dilatateur). Il en est de même pour les patientes atteintes du VIH (limite des risques de transmission).

Le cas particulier de l'hydramnios sera explicité dans le paragraphe des précautions à prendre concernant l'amniotomie et non dans celui de ses contre-indications.

1.2.3. Précautions à prendre avant de réaliser une amniotomie

Malgré la fréquence importante de rupture de poche, il convient de ne pratiquer ce geste qu'après avoir pris, au préalable, certaines précautions. Un enregistrement cardiotocographique fœtal doit être mis en place, si ce n'était pas le cas précédemment, afin de surveiller le bien-être de l'enfant ainsi que sa tolérance à la rupture. Concernant l'hygiène, le professionnel est appelé à se laver les mains avant le geste et pourra également réaliser une toilette périnéale, voir vaginale.

Par ailleurs, devant une présentation encore haute et mobile, il est vivement recommandé, si la réalisation d'une amniotomie est nécessaire, de s'entourer d'autres membres de l'équipe médicale. La sage-femme, au préalable, aura pris la précaution de poser une voie veineuse périphérique chez la patiente, et en aura vérifié la perméabilité. La patiente sera, de préférence, installée en position de Trendelenburg, alors que le fond utérin sera maintenu par une personne qualifiée, dans le but de favoriser artificiellement l'application de la présentation fœtale sur le col utérin et ainsi de limiter le risque de procidence du cordon ombilical lors de la rupture.

Des précautions similaires seront requises en cas de RAPE chez une patiente ayant un hydramnios. La position Trendelenburg sera également adoptée dans ce cas et une rupture à l'aide d'un cathéter ou d'une aiguille plutôt que d'un perce-membrane pourra être privilégiée afin de limiter et contrôler l'abondance de l'écoulement de liquide amniotique. Cela permet, d'autre part, de minimiser le risque de procidence du cordon ombilical.

1.2.4. Les conséquences de la rupture artificielle de la poche des eaux

Sous l'effet de la gravité ainsi que du changement de pressions qui s'opère, les conséquences de la rupture sont doubles. Sont notables :

- Un effet dynamique permettant un meilleur contact entre le col et la présentation du mobile fœtal ;
- Un effet pharmacologique de par la libération de prostaglandine endogène.

La conjonction de ces deux phénomènes assure alors une contractilité utérine régulière et efficace, permettant ainsi une dilatation brillante associée à une progression du mobile fœtal dans le bassin.

Si le but de la rupture était à visée thérapeutique, son bénéfice devra apparaître dans les deux heures suivant celle-ci avec une amélioration des conditions obstétricales, autrement dit une descente de la présentation fœtale sollicitant mieux le col et entraînant ainsi la reprise d'une progression satisfaisante de la dilatation.

L'acte même de rompre la poche des eaux durant le travail produit une accélération de l'évolution globale du travail et permet ainsi d'en diminuer la durée totale. De nombreuses études ont d'ailleurs été réalisées sur ce sujet, toujours dans le cadre de travaux spontanés ; plusieurs spécialistes se sont penchés sur le sujet tels que William Fraser et Brisson-Carrol [2]. Ils ont réunis les données des sept études similaires (toutes portant sur l'amniotomie précoce lors d'un travail spontané), dans le but d'obtenir un échantillon suffisamment large constitué de 3000 personnes afin que les conclusions tirées soient réellement représentatives de la population générale. Les essais montrent ainsi une réduction de la durée du travail (de 0,6 à 2,3 heures) et une tendance à l'augmentation des césariennes (OR 1,21), sans avoir d'impact sur la fréquence des extractions instrumentales voie basse. L'amniotomie précoce réduirait, dans cette étude, la fréquence des scores d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes (OR 0,51), sans avoir d'autres effets sur la morbidité néonatale.

O' Driscoll a, lui aussi, travaillé sur l'amniotomie précoce dans les années 1970. Il a pour ce faire recommandé de pratiquer de manière systématique la rupture artificielle de la poche des eaux une heure après l'admission en salle de naissance et ce,

quels que soient la dilatation et le niveau de présentation du fœtus. Les résultats ont mis en évidence une augmentation considérable de décélération de type 1 du rythme cardiaque fœtal.

D'autres études ou méta-analyses ont également été menées et aboutissent aux conclusions suivantes :

* La méta-analyse de R. Smyth a étudié l'amniotomie pratiquée seule, dans le but de raccourcir le travail (normal ou prolongé). En général, il n'y a pas de résultats significatifs concernant la mère et l'enfant, si ce n'est une diminution du travail dysfonctionnel [30];

* L'étude de N. Johnson montre que la RAPE réduirait le travail de 60 à 120 minutes chez la plupart des primipares. Elle serait sans effet chez les multipares, mais induirait une tendance à l'augmentation des césariennes (OR 1,9) et du nombre de toucher vaginal pendant le travail [19];

* L'étude de F. Goffinet montre, quant à elle, une augmentation significative des anomalies du rythme cardiaque fœtal après la réalisation de l'amniotomie et, surtout, un accroissement des césariennes pour souffrance fœtale aigüe [16];

* Une étude contrôlée de C. Schwarz a eu pour résultats une augmentation considérable de décélération de type 1 du rythme cardiaque fœtal après réalisation d'une amniotomie précoce [12];

* L'étude de L. Sadler ne montre aucune réduction du taux de césarienne, mais une diminution de la durée de dilatation (240 minutes avec amniotomie contre 290 minutes sans) et du travail prolongé (RR 0,39). Il n'y aurait également pas d'impact sur l'état néonatal de l'enfant à la naissance [29].

2. ENCADREMENT DE L'AMNIOTOMIE

2.1. De quoi est-il question en France ?

Comme cela a déjà été souligné, l'amniotomie est un geste très largement réalisé au quotidien dans notre profession. Acte obstétrical et, par la même, médical, elle entre dans le cadre de procédures hospitalières (selon la définition de l'Haute Autorité de Santé (HAS), et de la loi du 13 août 2004, une procédure est « *une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus* ». A la différence du protocole, qui lui, est défini comme un descriptif de techniques à appliquer et de consignes à observer).

En France, des organismes spécifiques encadrent et protègent la pratique médicale. L'HAS en fait partie. Toutefois, concernant l'amniotomie, aucune recommandation n'est édictée pour un travail spontané. En cas de déclenchement du travail, la réalisation d'une amniotomie précoce associée à l'utilisation d'ocytocique en perfusion intraveineuse est en revanche encouragée [18].

A l'inverse, le Conseil National de Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) se positionne par rapport à la pour la rupture artificielle de la poche des eaux sur un travail spontané [8]. Il est déconseillé « *de réaliser une amniotomie précoce et systématique en début de travail parce qu'elle induit plus fréquemment des anomalies du RCF à type de ralentissements variables et tardifs* ». En revanche, la direction active du travail qu'est la rupture artificielle de la poche des eaux, plus ou moins associée à une perfusion d'ocytocine, « *est indiquée dans les situations d'anomalie de la dilatation cervicale ou de progression de la dilatation* ». En cas d'indication d'un travail dirigé ou déclenché, il est recommandé par le CNGOF « *d'utiliser de faibles doses d'ocytociques tout en respectant des délais d'augmentation de 30 minutes afin d'éviter la survenue d'une hyperactivité utérine et les troubles du RCF* ».

Le référentiel métier, autre pilier concernant la profession de sage-femme, n'évoque pas spécifiquement la pratique de l'amniotomie [6]. Elle est toutefois sous-entendue lorsqu'il s'agit de donner « *à la parturiente une information adaptée sur le déroulement du travail pour lui faciliter sa décision et en réévaluant la conduite à tenir*

en cas de diagnostic de dystocies dynamiques ou mécaniques, d'anomalie du RCF, d'anomalie du liquide amniotique ».

2.2. Cas particuliers de l'Angleterre et de la Belgique

⇒ en Angleterre :

En Angleterre, la profession de sage-femme est encadrée par le Royal College of Midwives (RCM). Concernant la pratique de l'amniotomie lors d'un travail spontané, des lignes de conduite ont été édictées. Définissant clairement le caractère non physiologique de ce geste obstétrical, et ce, allant à l'encontre du rôle physiologique de la profession de sage-femme, le RCM préconise, depuis 1997, de ne plus pratiquer la rupture artificielle de la poche des eaux de façon routinière et de la réserver aux femmes dont la progression du travail est anormale [].

⇒ en Belgique :

En Belgique, tout ce qui présente un rapport, ou touche à la santé est régi par le KCE (correspondant en français au centre fédéral d'expertise des soins de santé).

En octobre 2010, le KCE s'est réuni et de nouvelles recommandations de bonnes pratiques pour l'accouchement à bas risque sont parues [24]. Une partie est consacrée à la pratique de l'amniotomie et ils y inscrivent que « la rupture artificielle, routinière ou systématique de la poche des eaux n'est pas recommandée quand le travail évolue normalement ». Il est également précisé qu' « après information correcte et accord de la parturiente, il est acceptable dans des circonstances spécifiques, de tenter d'accélérer le travail en perçant la poche des eaux, ceci en combinaison à une perfusion d'ocytocine et à un support continu par un professionnel ».

2.3. Dans le reste du monde :

A l'échelon mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) constitue la référence en termes de recommandations médicales. Cette institution, créée en 1948, traite de la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique.

Un article issu de la bibliothèque de santé génésique de l'OMS [27] et révisé en date du 5 janvier 2009 portait sur l'usage de l'amniotomie en vue de raccourcir la durée du temps de travail. Les auteurs de cet article ont identifiés des études portant sur l'amniotomie seule et jugées pertinentes au regard du registre de Cochrane. L'échantillon de la population était de 4893 patientes. Deux groupes ont été formés : un ayant recours à la RAPE, l'autre non. Les résultats sont les suivants :

- aucune réduction significative de la durée du premier stade de travail ;
- augmentation d'accouchement par césarienne dans le groupe ayant eu une amniotomie, mais la différence n'est statistiquement significative ;
- aucune réduction significative de la durée du deuxième temps de travail dans les deux groupes.

En conclusion, face à l'amniotomie lors d'un travail spontané, l'OMS se positionne en classant l'amniotomie précoce systématique pendant le premier stade de travail dans la catégorie C. (classification qui renferme les gestes pour lesquels on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent).

PARTIE 2

Pratique de l'amniotomie et incidence sur le déroulement du travail selon le moment de rupture

1. METHODOLOGIE

1.1. Présentation de l'étude

1.1.1. La problématique

L'amniotomie est un geste de plus en plus banalisé par le milieu médical, de par sa fréquence quotidienne. Il n'en reste pas moins que cet acte obstétrical comporte ses risques et conséquences sur le travail.

Qu'en est-il alors de la pratique actuelle de l'amniotomie par les sages-femmes et quelles influences possède ce geste selon le moment de rupture sur la suite du déroulement du travail ?

1.1.2. Les objectifs

- observer la pratique actuelle de l'amniotomie en salle de naissances.
- évaluer l'incidence de l'amniotomie lors du travail, selon sa précocité ou non.

1.1.3. Les hypothèses

- l'amniotomie est réalisée précocément lors du travail
- l'amniotomie diminue la durée totale de travail.
- l'amniotomie, si elle est réalisée précocement, peut nuire au bien-être fœtal et engendrer une extraction fœtale d'urgence.

1.2.Méthodologie de l'enquête

1.2.1. Nature, lieux et durée d'études

J'ai choisi de réaliser une étude rétrospective sur 150 dossiers médicaux archivés dans 3 maternités d'hôpitaux publics de niveaux différents, 50 dossiers par établissements. Il s'agit de :

- la maternité de l'hôpital Saint Charles de Toul (niveau I) :

Le service de salles de naissances de cette maternité est constitué de 2 salles d'accouchements. En 2010, le nombre de naissances a été de 647. Le taux de péridurale était de 75 %, celui des déclenchements de 11% et le taux de césarienne de 13%.

- la maternité du Centre Hospitalier Régional de l'hôpital Bel Air, de Thionville (niveau II B) :

La salle de naissances de cet hôpital comprend 2 salles de pré-travail et 6 salles de travail. En 2010, 2506 naissances ont eu lieu. Les statistiques précisent que 2063 sont des accouchements voie basse (extraction instrumentale comprise). Le taux de péridurale était de 78,22% et celui des césariennes de 17,25%. Le taux de déclenchements n'a pas été renseigné.

- la maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de l'hôpital René Dubos, de Cergy-Pontoise (niveau III)

Dans cet hôpital, il existe 4 salles de pré-travail (dont 2 doubles) et les salles d'accouchements sont au nombre de 8. Durant l'année 2010, 4408 naissances ont eu lieu. Le nombre d'accouchement par voies basses est de 3321. En ce qui concerne les statistiques, le taux de péridurale a été de 59% et celui des césariennes d'environ 24%. Le taux de déclenchement était de 27%.

J'ai choisi ces maternités pour la diversité de leur pratique.

L'étude a été réalisée sur des patientes ayant accouché durant l'année 2010. J'ai fait le choix de cette année 2010 car cela permettait de réaliser une étude la plus récente possible et qui soit ainsi véritablement représentative de la pratique actuelle de l'amniotomie. Cela permettait également d'avoir les statistiques de chaque établissement sur une année complète. Mon enquête a donc débuté en janvier 2010 dans les trois lieux de recueil et s'est arrêtée une fois les 50 dossiers obtenus dans chaque

structure. Je l'ai donc finie en mars 2010 pour l'hôpital de Pontoise, au mois de mai pour l'hôpital Bel Air et août pour celui de Toul.

J'ai rencontré quelques difficultés à effectuer mon étude sur Pontoise en raisons d'imprévus liés à la sortie des dossiers archivés et ai du, afin d'y parvenir, retourner plusieurs fois sur ce lieu pour la terminer. Les autres lieux d'études ne m'ont pas posé de problèmes particuliers devant la proximité de leurs situations par rapport à mon logement et également par le fait que je ne dépendais pas de personnes extérieures pour sortir et consulter les dossiers médicaux archivés sur place.

1.2.2. Outil d'enquête

J'ai créé un recueil de données, basé sur des éléments extraits des dossiers médicaux, et constitué principalement de 4 parties (annexe):

- renseignements généraux sur la patiente et sa grossesse au jour de l'admission
- le travail (avec réalisation d'un partogramme)
- l'accouchement
- l'état de l'enfant à la naissance

1.2.3. Population

Cinquante dossiers ont été sélectionnés par lieux d'études afin que les comparaisons réalisées entre les niveaux hospitaliers soient représentatives et transposables à la population générale contractant les mêmes critères. Ces critères de sélection pour lesquels les dossiers ont été retenus sont les suivants :

- grossesse physiologique
- grossesse singleton
- primipare
- travail spontané (déclenchement exclus)
- sous analgésie péridurale pendant le travail
- membranes intactes lors de l'admission en salle de naissances
- présentation céphalique

1.2.4. Les biais

Deux biais ont été rencontrés durant mon enquête.

Ayant accès aux dossiers médicaux, je me suis aperçue que de nombreux renseignements y étaient absents. Il y a donc eu un important biais d'interprétation à ce niveau, c'est pourquoi j'ai dû abandonner quelques pistes, telles que la durée totale de travail (ne sachant pas à quelle heure précisément il avait débuté), la présence ou non d'une bosse séro-sanguine chez le nouveau-né ou encore la variété de présentation de l'enfant ainsi que son niveau d'engagement dans le bassin maternel durant le travail ; ces données étant très souvent absentes des partogrammes ou des dossiers médicaux, il m'était impossible de les analyser et interpréter. Ces points ne seront donc pas abordés durant ce travail de recherche.

Cet élément a été le biais majeur de l'étude.

Un second biais est apparu durant cette étude ; un biais de sélection cette fois-ci, par rapport à la population ciblée. On peut émettre l'hypothèse que les résultats peuvent être différents si l'étude avait porté sur des multipares et non uniquement sur des primipares. Il en est de même en ce qui concerne l'analgésie péridurale, si les patientes n'avaient pas eu recours à cette analgésie durant le travail.

2. RESULTATS DE L'ETUDE

2.1.Selon les différents niveaux de maternité

2.1.1. Renseignements généraux sur la patiente et sa grossesse le jour de l'admission

➤ Age

	< 20 ans	20-25 ans	25-35 ans	> 35 ans	Total
Niveau I	2	11	35	2	50
Niveau II	3	13	34	0	50
Niveau III	3	13	34	0	50
Total					150

Tableau 1 : âge des patientes selon les 3 lieux d'études

➤ Terme

	37 SA	38 SA	39 SA	40 SA	41 SA	Terme dépassé
Niveau I	3	1	9	26	11	0
Niveau II	2	9	12	20	7	0
Niveau III	0	5	13	21	11	0

Tableau 2 : terme des patientes selon les 3 lieux d'études

L'âge gestationnel correspond donc à des grossesses à terme, non dépassé.

➤ Hauteur utérine

Ce critère ne sera pas exploré en raison d'un défaut de renseignement dans les dossiers médicaux des 3 hôpitaux. On constatera, pour simple information, que la majorité de la population pour laquelle nous avons collecté des données se situait à 32-33 cm, hauteur utérine toute à fait physiologique pour une grossesse à terme.

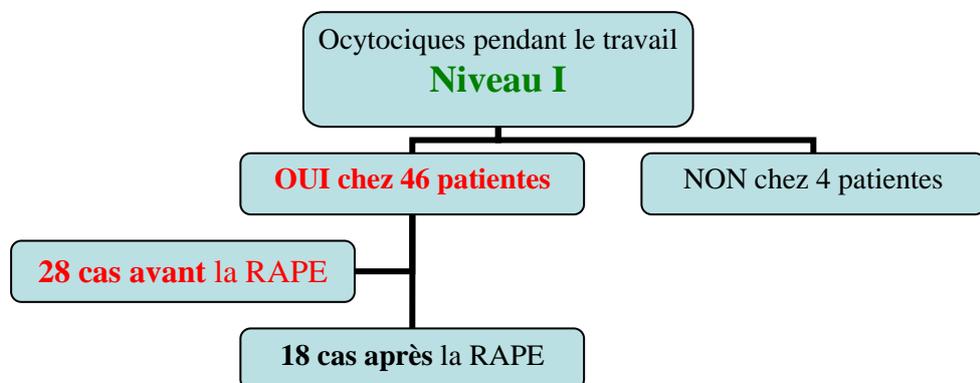
2.1.2 Le travail

➤ Pose d'APD selon la RAPE

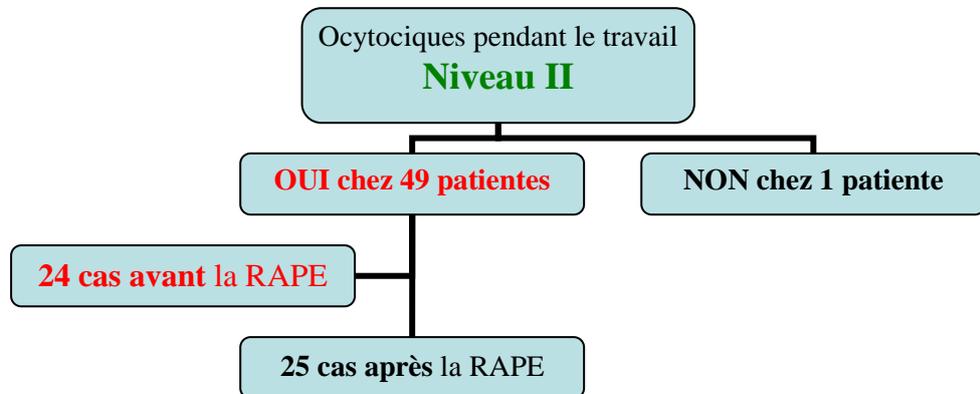
	Moyenne	Médiane
Niveau I	-43,14	-37,5
Niveau II	-37,2	-30
Niveau III	-75,5	-60

Tableau 3 : délai, en minutes, entre la pose de péridurale et l'amniotomie selon les populations

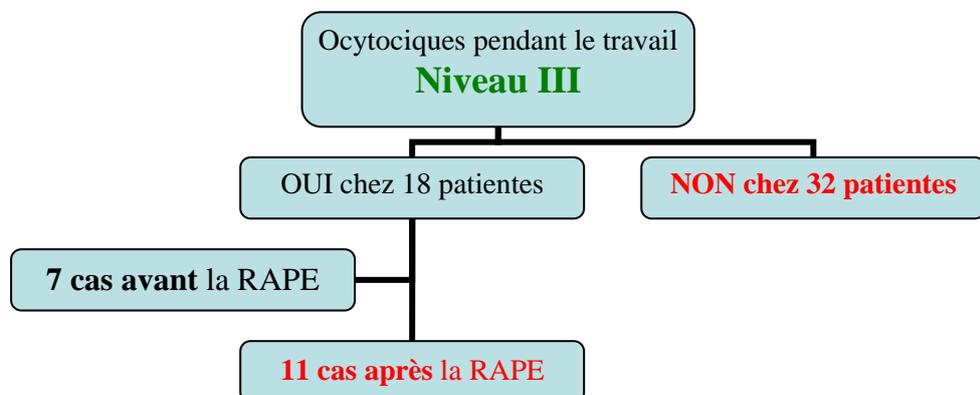
➤ Utilisation d'ocytociques pendant le travail



On constate que plus de 9/10^{ème} des patientes en niveau 1 ont eu des ocytociques au cours de leur travail dont un peu moins de la moitié avant la rupture artificielle de la poche des eaux.



La quasi-totalité de la population de niveau II a eu des ocytociques durant le travail, dont presque la moitié avant l'amniotomie.



En niveau III, plus de 6/10^{ème} des patientes **n'ont pas reçu** d'ocytocique durant la totalité de leur travail. Lorsque des ocytociques ont été utilisés, plus de la moitié n'ont été administré qu'après rupture artificielle de la poche des eaux.

➤ Dilatation lors de la RAPE

	Moyenne	Médiane
Niveau I	6,92	7
Niveau II	6,2	6
Niveau III	7,02	7

Tableau 4 : moyenne de dilatation lors de la RAPE selon les lieux d'études

➤ Niveau d'engagement lors de la RAPE

Pour les 3 populations, la moyenne de la rupture artificielle de la poche des eaux se situe lorsque la présentation céphalique est fixée.

➤ Durée de travail après la RAPE

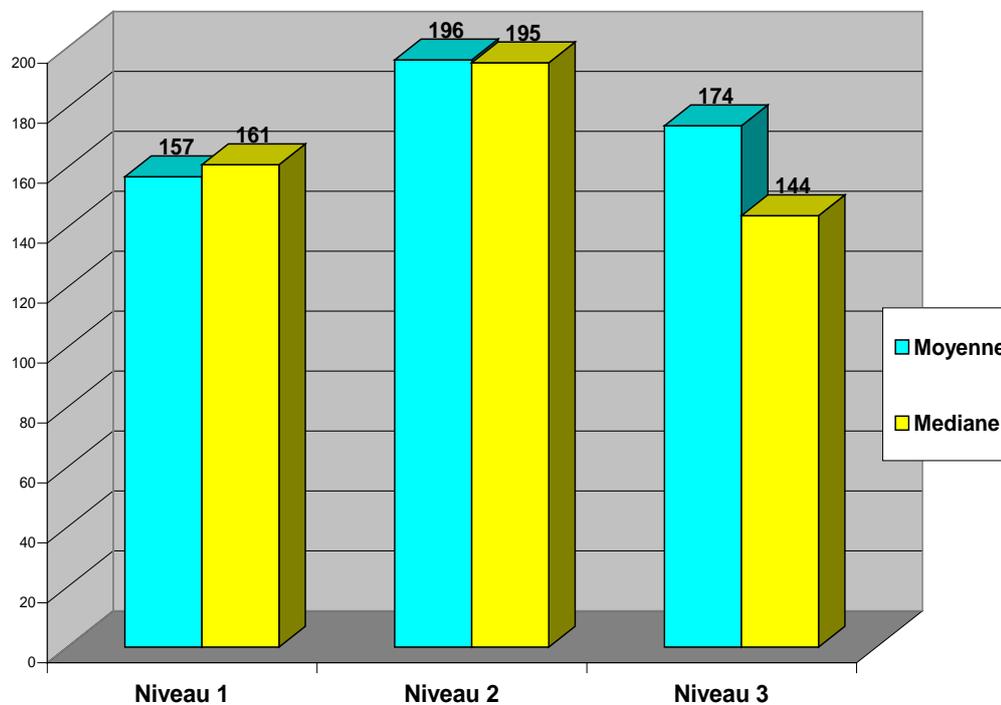


Figure 1: durée du travail, en minutes, après la RAPE.

2.1.3 L'accouchement

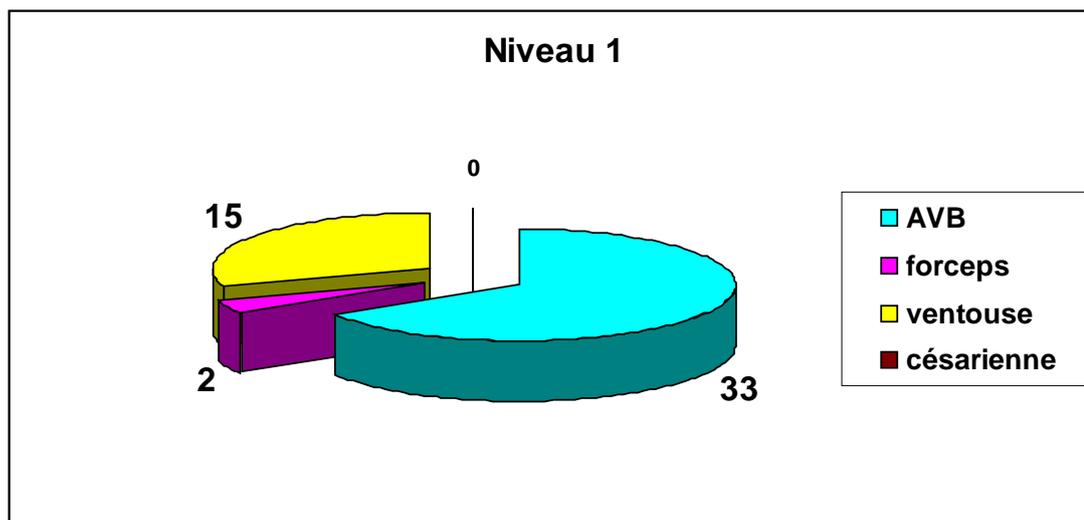


Figure 2: mode d'accouchement en niveau I

La totalité de la population de niveau I a accouché par voie basse, dont 17 cas grâce à une aide instrumentale. Les 2 forceps qui ont été réalisés avaient pour motif une insuffisance des efforts expulsifs maternels. En ce qui concerne les ventouses :

- 6 ont eu pour indication une insuffisance des efforts expulsifs maternels (IEE) ;
- 6 pour altération du rythme cardiaque fœtal (ARCF), dont 1 associée à un liquide amniotique teinté ;
- 3 pour stagnation de la présentation fœtale.

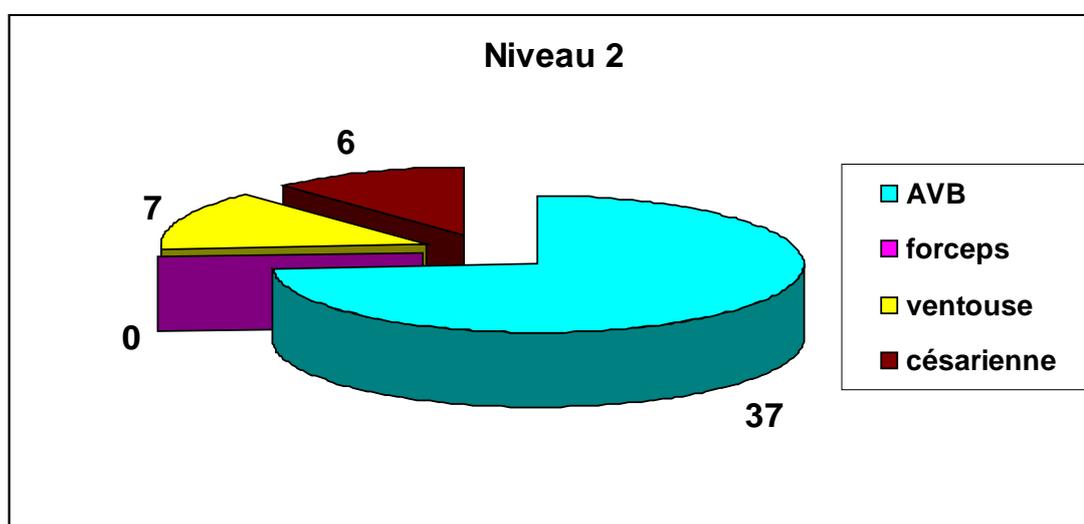


Figure 3 : mode d'accouchement en niveau II

En ce qui concerne leur accouchement, environ 1/10^{ème} des patientes de niveau II ont été césarisées d'urgence. La moitié de ces interventions a été décidée sur altération du rythme cardiaque fœtal, plus au moins associé à un liquide amniotique teinté voir méconial ; l'autre moitié a été réalisée pour stagnation du travail (dilatation ou progression).

Pour les patientes ayant accouchées voie basse, 7 accouchements se sont fait à l'aide d'une ventouse :

- 3 réalisées pour ARCF dont 3 associées à des liquides amniotiques teintés ;
- 2 pour IEE ;
- 2 pour non progression de la présentation fœtale.

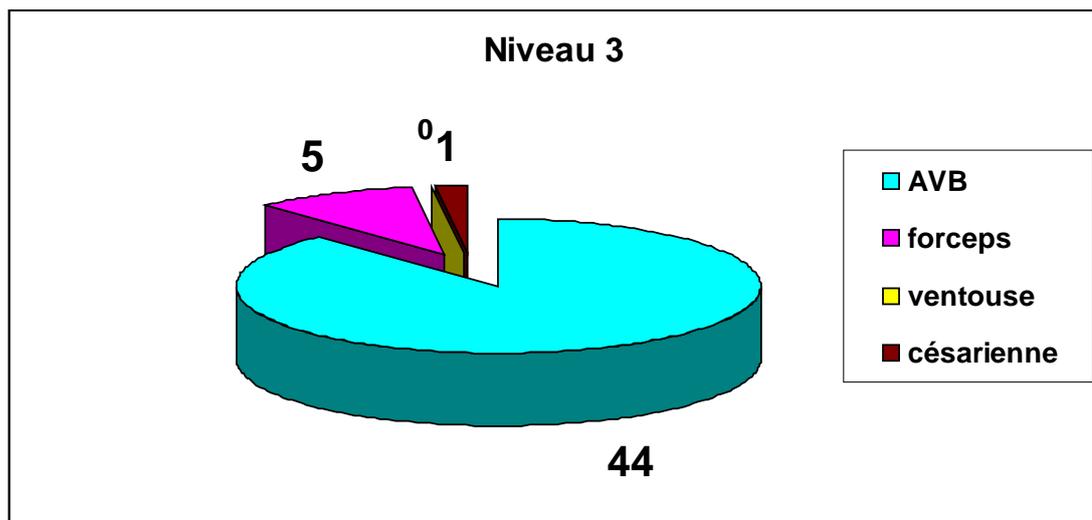


Figure 4 : mode d'accouchement en niveau III

Une seule césarienne en urgence a été effectuée en niveau III pour altération du rythme cardiaque fœtal. Quant au reste des accouchements par voie basse, 5 ont été réalisés à l'aide d'instruments (forceps). Les indications étaient les suivantes :

- 4 pour stagnation de la présentation dont 2 également associés à une ARCF
- 1 pour ARCF seule

2.1.4 Etat de l'enfant à la naissance

Poids	< 2500 g	2501-3000g	3001-3500g	3501-4000g	> 4000g
Niveau I	1	16	17	15	1
Niveau II	1	11	19	14	5
Niveau III	0	13	24	10	3

Tableau 5 : nombre de bébés selon les catégories de poids et selon les niveaux de maternités

Concernant le score d'Apgar, ce critère sera étudié dans le chapitre suivant, en fonction de l'amniotomie et non en fonction du lieu d'études.

2.2 Selon le moment où l'amniotomie a été réalisé :

J'ai choisi de faire une comparaison de plusieurs critères en fonction du moment où l'amniotomie a été pratiqué afin d'avoir un aperçu de son incidence sur le travail selon le moment de sa réalisation, plus ou moins précoce.

J'ai décidé de classer toutes les patientes qui auraient eu une rupture artificielle de la poche des eaux lors d'une dilatation inférieure ou égale à 5 cm au sein d'un groupe appelé amniotomie précoce. Celles qui, en revanche, auraient eu une RAPE à partir de 6 cm font partie du groupe des amniotomies tardives.

2.2.1 Le travail

➤ La RAPE

Sur 150 dossiers, et donc 150 patientes, 43 amniotomies précoces ont été pratiquées (tous niveaux confondus) ce qui correspond à 28,65% de la population d'études. A l'inverse, 107 dossiers font partis du groupe des amniotomies tardives, autrement dit 71,35% de la population.

➤ Répartition des groupes de RAPE selon les niveaux d'hôpitaux

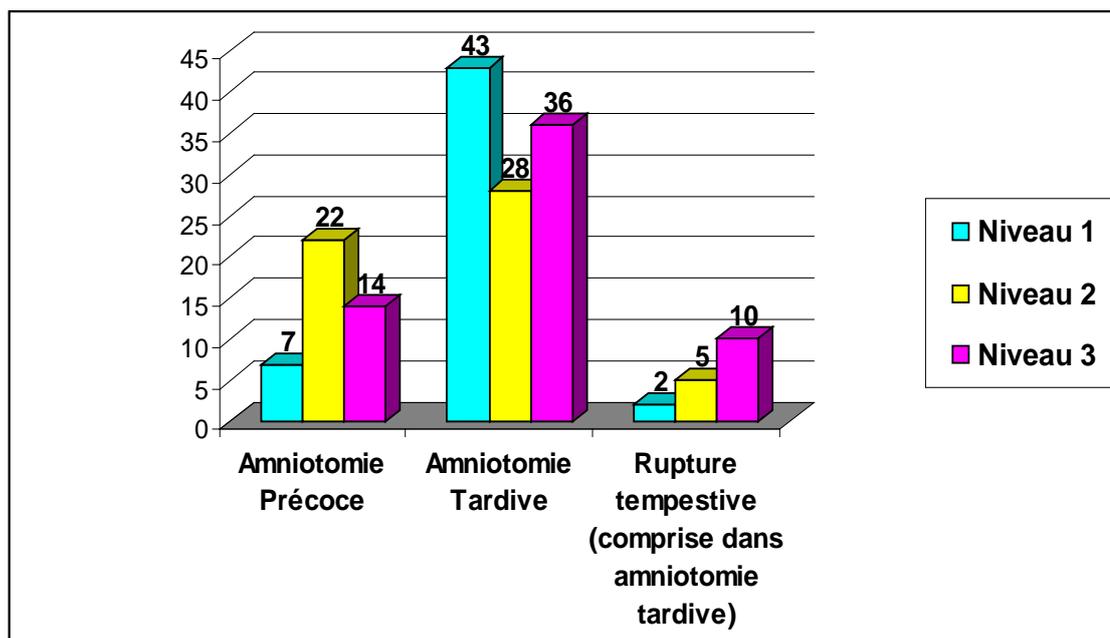


Figure 5 : comparaison des 2 groupes d'amniotomie selon les niveaux

➤ Durée entre les différents événements du travail

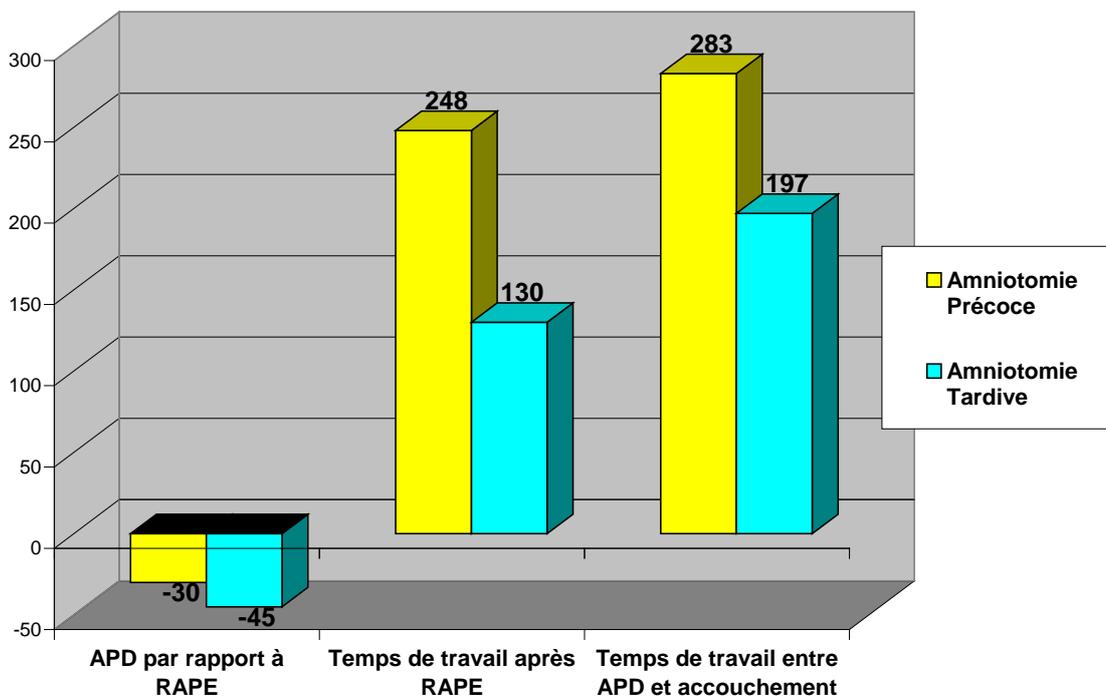
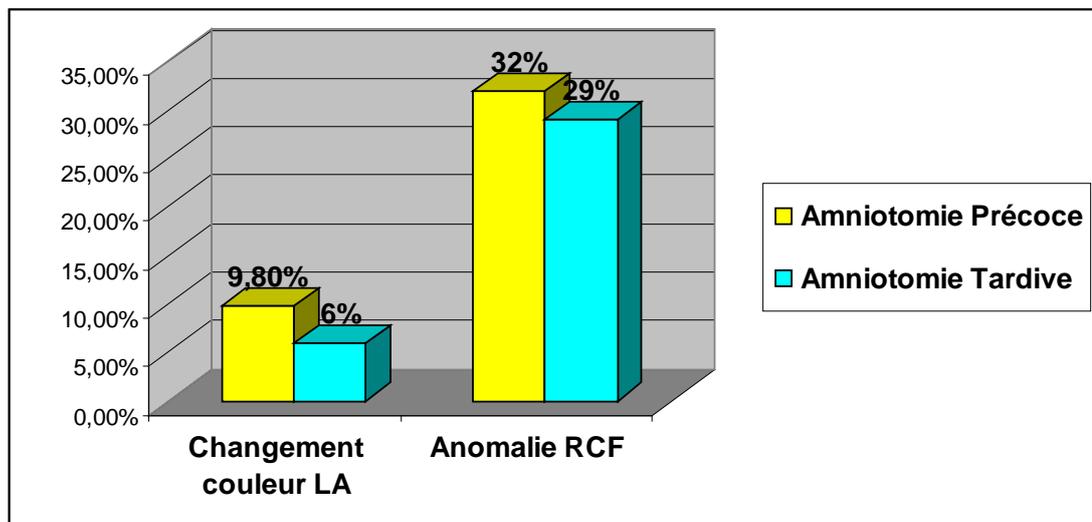


Figure 6 : médianes des durées, en minutes, des divers événements du travail

➤ Utilisation d'ocytociques

Si l'on se base sur l'utilisation d'ocytociques selon le moment de RAPE et non plus selon les niveaux des maternités, il se trouve que les ocytociques ont été employé à 88% dans le groupe des amniotomies précoces, contre 70% dans celui des ruptures tardives.

➤ Liquide amniotique et RCF



➤ Présentation fœtale après RAPE

Pour l'ensemble de la population, 22% des partogrammes inclus dans les dossiers médicaux ne comportent pas de renseignements sur ce critère d'étude.

Concernant le reste de l'échantillon, 60% du groupe des amniotomies précoces se présentaient par le sommet après la RAPE, contre 72 % dans celui des amniotomies tardives. Par ailleurs, le pourcentage des présentations céphaliques en bregma étaient de 17 % lors d'une RAPE précoce et seulement de 7% lors d'une rupture tardive.

2.2.2. L'accouchement

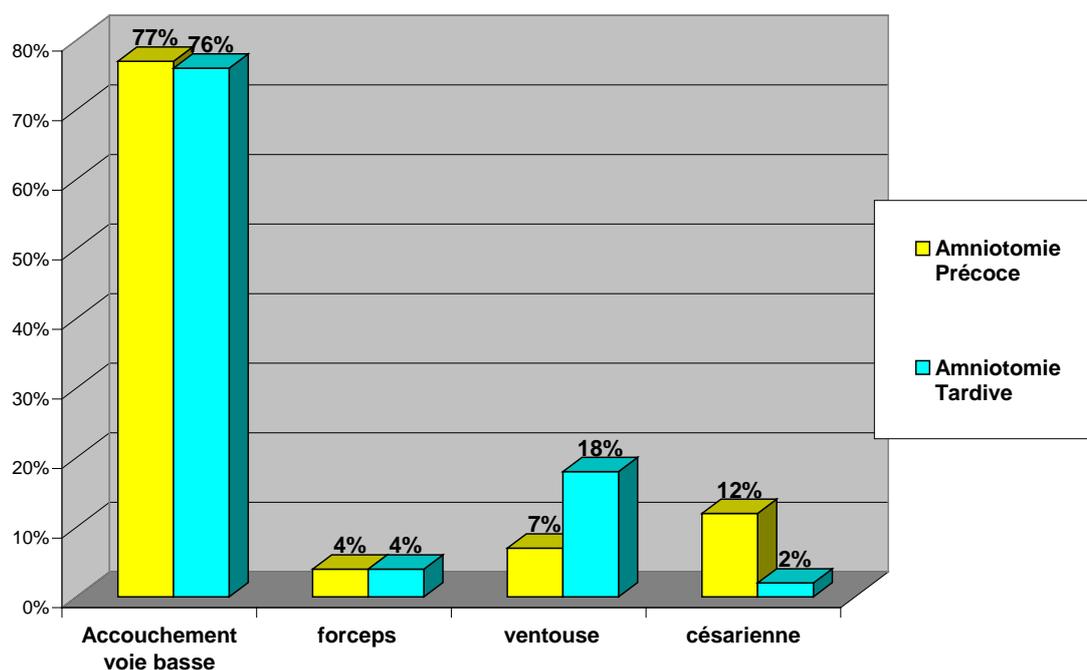


Figure 7 : pourcentage des différents modes d'accouchement selon le type d'amniotomie

2.2.3. L'état de l'enfant à la naissance

En ce qui concerne le score d'Apgar, les moyennes relevées à 1 minute de vie sont les suivantes :

- 8,9 dans le groupe des amniotomies précoces
- 9,0 dans le groupe des amniotomies tardives

Les médianes (identiques dans les 2 groupes) s'établissent à 9.

Les moyennes relevées à 10 minutes de vie sont les suivantes :

- 9,8 pour les ruptures précoces
- 9,9 pour les tardives

La médiane des 2 groupes se situent donc à 10. A noter que dans le groupe des amniotomies tardives, il est observé un score d'apgar inférieur à 7 à 10 minutes de vie dans l'hôpital de niveau II.

PARTIE 3 :

**D'un état des lieux à une pratique
plus réfléchie de l'amniotomie**

1. ANALYSE DES RESULTATS D'ETUDE

1.1. La pratique de la RAPE en salle de naissances

Elle est réalisée couramment par la sage-femme lorsque, pour un travail spontané chez une patiente, la poche des eaux est encore intacte lors de l'installation en salle.

Au sein de cette enquête, les renseignements généraux concernant les patientes et leur grossesse le jour de l'admission étant sans différences significatives dans les 3 lieux d'études, ces données ne seront pas exploitées davantage.

1.1.1. Le moment opportun pour réaliser une amniotomie

Les amniotomies ont tendances à être réalisées en phase active de travail, après une dilatation avancée d'au moins 6 cm et une présentation fœtale céphalique fixée et ce, dans l'ensemble des lieux de recueil de données. Les résultats précédemment obtenus appuient le fait que, dans chaque niveau de maternité, les ruptures artificielles de la poche des eaux sont réalisées tardivement, après une dilatation d'au moins 6 cm. En effet, la moyenne de dilatation la plus faible concerne l'établissement de niveau II pour lequel le résultat est de 6,2 avec une médiane à 6, autrement dit, une moyenne supérieure au seuil de dilatation du groupe des amniotomies précoces.

Dans l'établissement de niveau I, la fréquence d'amniotomies précoces représente un peu moins d'un quart de la population. Effectivement, c'est l'hôpital qui en réalise le moins avec un taux de 7 patientes ayant eu une RAPE précoce durant le travail sur 50. Pour la maternité de niveau II, la pratique de ce geste concerne près de la moitié de l'échantillon : 22 patientes ont eu une amniotomie précoce contre 28 pour une rupture tardive et le positionne au premier rang en terme de fréquences. Le niveau III, pour sa part, se distingue par l'importance des ruptures dites tempestives, qui s'établissent au 1/5^{ème} de l'échantillon. L'intégrité de la poche des eaux y apparaît le plus longtemps respectée, sous réserve que le travail progresse de façon physiologique (autrement dit au minimum d'1cm/heure pour chez une primipare) et sans anomalies associées. Une amniotomie est-elle vraiment nécessaire lorsque le travail est eutocique et progresse physiologiquement pour une primipare, même avec une vitesse de dilatation égale à 1cm/h ?

Sur les 150 dossiers étudiés, 71,35% auront eu une RAPE tardive contre 28,65% une précoce. Concernant ces dernières, et en l'absence d'indications médicale, il est permis de s'interroger sur le caractère éventuellement prématuré de l'installation en salles de naissances.

La première hypothèse : « L'amniotomie est réalisée précocement lors du travail » ressort donc, de façon générale, infirmée.

1.1.2. Incidence sur la durée du travail

The Cochrane collection a réalisé une recherche regroupant 14 études [18], impliquant une population totale de 4893 femmes. Les résultats n'ont pas réellement souligné de différence et n'ont pas été en faveur d'un raccourcissement de la durée de la 1^{ère} étape de la phase active du travail.

Se basant sur de multiples études réalisées par W. Fraser et Brisson-Carrol [2], l'impact de l'amniotomie sur le temps de travail a été démontré. En effet, cette pratique permettrait de réduire de 0,6 à 2,3heures la durée de travail. Pour N. Johnson, la rupture artificielle de la poche des eaux chez une parturiente primipare abaisserait la durée du travail de une à deux heures [20].

L. Sadler a également travaillé sur l'incidence de l'amniotomie chez les primipares [30]. Il avait comparé 2 populations : un groupe de primipare pour lequel une amniotomie avait été réalisé pendant le travail, l'autre pour lequel la rupture avait été spontanée car tempestive. Il s'était basé sur une durée totale de travail dans le groupe « sans amniotomie » de 290 minutes. Pour l'étude réalisée, chaque hôpital des 3 niveaux de maternités ont obtenus des résultats inférieurs à ceux trouvés par L. Sadler lors d'un travail spontané sans amniotomie réalisée.

Or, sur l'ensemble des observations retenues pour les maternités de Toul, Thionville et Cergy-Pontoise, le délai moyen le plus long relevé entre la RAPE et l'accouchement a été observé en niveau II et s'élève à 196 minutes. Dans les autres établissements, celui-ci était de 157 minutes en niveau I et de 174 en niveau III. Pour analyser ces résultats, il faut également prendre en compte le délai APD-accouchement. En effet, cette durée est longue en niveau II car l'évolution de la dilatation du col lors de

la RAPE y est moins avancée que dans les autres structures. Le temps de progression du travail sera alors forcément allongé.

Il est pourtant intéressant de constater que, lors des comparaisons des groupes amniotomie précoce et tardive, le temps de travail entre la pose d'APD et l'accouchement sont respectivement de 283 minutes et de 197 minutes. Une différence de 86 minutes est obtenue en faveur du groupe des amniotomies tardives. Par ailleurs, l'amniotomie précoce ne peut pas conclure à un allongement du temps de travail puisque l'indication de RAPE n'est pas connue.

Devant une contradiction des études préexistantes ainsi que d'un manque de données suffisantes de l'étude réalisée pour être concluante, la deuxième hypothèse : « l'amniotomie diminue la durée totale de travail » n'est donc pas en mesure d'être affirmée ou infirmée.

1.2. Déroulement du travail en salles de naissances

1.2.1. L'analgésie péridurale

Considérant l'étude réalisée précédemment, les moyennes du délai entre la pose de péridurale et la RAPE dans les 3 hôpitaux se sont révélées négatives ; autrement dit, les moyennes indiquent que, dans l'ensemble, la rupture artificielle de la poche des eaux n'a été réalisée qu'une fois une analgésie péridurale mise en place. Malgré tout, il semble intéressant de préciser que dans les établissements de niveau I et II, 3 amniotomies ont été pratiquées dans les 2 hôpitaux respectifs sans qu'une analgésie pour la patiente n'ait été mise en place.

En ce qui concerne la durée entre la pose de l'analgésie péridurale et le moment de RAPE, elle s'établit à une moyenne de 75,5 minutes en niveau III, 37,2 minutes en niveau II et 43,14 minutes en Niveau I. L'attente d'une efficacité optimale de l'APD avant le geste de rupture est un critère important à prendre en compte. L'apaisement de la patiente face aux algies pelviennes peut également avoir son incidence sur l'évolution du travail et permettre un avancement bénéfique du travail. Ce délai d'attente est alors le plus adapté en niveau III, pour lequel le taux de péridurale est de 59% seulement.

L'étude présente ne permet pas de préciser si les femmes ont pu se mobiliser durant leur travail. Cependant, l'utilisation massive par les patientes de l'analgésie

péridurale ainsi que la position horizontale (ou tout du moins le peu de mobilisation) qu'elle impose pour la suite du travail, induit les pistes de réflexion suivantes : ne pourrait-on pas développer la pratique des péridurales déambulatoires dans le but de permettre une meilleure mobilisation de la patiente et de son bassin en vue de favoriser l'obtention d'une dilatation brillante (de part la meilleure sollicitation de la présentation fœtale sur le col) et, de ce fait, retarder le geste d'amniotomie sur un travail avancé?

1.1.2. Les ocytociques

Au travers de cette étude, l'utilisation d'ocytociques s'est révélée très fréquente et massive.

En niveau I et II, de nombreuses patientes ont reçues des ocytociques durant leur travail (46 sur 50 en niveau I et 49 sur 50 en niveau II). Pour la moitié d'entre elles, l'administration est intervenue à poche des eaux intactes, autrement dit, avant que la RAPE ait été réalisée. En niveau III, seules 18 patientes sur 50 ont reçues des ocytociques, dont 7 avant la rupture. Au regard des données récoltées pour les 3 établissements, il semble qu'il n'y ait pas de différences significatives de délai entre la RAPE et l'accouchement selon l'utilisation, ou non, d'ocytociques durant le travail. Les résultats obtenus démontreraient même une augmentation de la durée du temps de travail RAPE-accouchement. Ce délai est, en effet, plus important en niveau II, où l'utilisation d'ocytociques est quasiment systématique et généralisée à toutes les patientes, qu'en niveau III, où ces utéro toniques ne sont employés que pour moins de 2/5^{ème} des patientes. Pour autant, aucune affirmation ne peut être avancée de manière définitive : le temps de travail en niveau II est certes augmenté comparé à ceux des autres niveaux, mais la moyenne de dilatation lors de la RAPE est inférieure aux autres établissements.

1.2.3. Surveillance du rythme cardiaque fœtal

Dans les 150 dossiers étudiés, la totalité des patientes ont eu un enregistrement cardiotocographique fœtal continu durant le travail en salle d'accouchement. Au moment de la rupture artificielle de la poche des eaux ou au cours des quelques minutes suivant ce geste, une altération du rythme cardiaque fœtale a été relevée dans 29% des amniotomies tardives contre 32% dans celui des précoces. Malgré une légère domination de ce pourcentage lors des RAPE précoces, les amniotomies sont

responsables, à elles seules, d'environ 30% des altérations cardiaques fœtal. L'étude contrôlée de C. Schwarz est en faveur de cet argument puisqu'il avait émis la même conclusion concernant le rythme cardiaque fœtal après réalisation d'une amniotomie précoce.

En parallèle à cela, un changement de couleur du liquide amniotique a pu être noté dans les heures suivants la rupture dans 9,80% des amniotomies précoces, contre 6% pour les tardives. Ceci, reflet d'une souffrance fœtale d'étiologie pouvant être diverses, peut, toutefois, être lié à la pratique de l'amniotomie.

1.3. L'accouchement

1.3.1. Mode d'accouchement

Chaque établissement de santé fixe ses propres critères de travail et ces procédés ; ce constat est notamment appuyé par la comparaison des résultats statistiques de 2010 sur les 3 niveaux d'études.

En se basant sur le mode d'accouchement selon la pratique de l'amniotomie (précoce ou non) obtenus lors de l'étude rétrospective réalisée, ainsi que sur les résultats de l'étude de W. Fraser et Brisson-Carrol [2], il est surprenant de constater que l'amniotomie n'influence aucunement les accouchements voie basse et les extractions instrumentales par forceps. En revanche, il existe une première différence significative concernant le taux de ventouses effectuées selon la précocité de l'amniotomie : 7% lors d'amniotomies précoces contre 18% lors d'amniotomies tardives. Les motifs d'indications de ventouse ont été posés majoritairement pour efforts expulsifs insuffisants (les patientes étant des primipares). Pour l'autre moitié, il s'agissait d'altération du rythme cardiaque fœtal de fin de travail. Cette observation induit une interrogation quant au moment d'installation de la patiente pour débiter les efforts expulsifs, notamment chez les primipares. L'amniotomie tardive entraînerait donc une augmentation des naissances par extraction instrumentale par ventouse. Pour autant, le nombre de naissances par césarienne lors d'une amniotomie tardive s'en trouve diminué (2%).

La deuxième différence significative révélée concerne le mode d'accouchement par césarienne. En effet, dans le groupe des amniotomies précoces, 12% des naissances ont eu lieu par césarienne d'urgence contre 2% lorsque la RAPE a été

pratiqué de manière plus tardive. La principale indication d'extraction d'urgence était alors une altération du rythme cardiaque fœtal, l'autre indication majeure était une stagnation du travail.

Ces résultats correspondent à l'étude de F. Goffinet [17] puisque les conclusions tirées montraient un accroissement des césariennes après la réalisation d'une amniotomie pour souffrance fœtale aigüe.

Au regard des analyses du rythme cardiaque réalisées ci-dessus, la troisième hypothèse : « l'amniotomie, si elle est réalisée précocement, peut nuire au bien-être fœtal et engendrer une extraction fœtale d'urgence » semble être affirmée malgré une quantité peu suffisante de données.

1.3.2. Etat de l'enfant à la naissance

Selon les conclusions d'étude de L. Sadler [30], la réalisation d'une amniotomie durant le travail n'aurait pas d'impact sur l'état néonatal de l'enfant à sa naissance. Les résultats de l'enquête vont dans le sens de ceux de L. Sadler puisqu'à 1 minute de vie, les médianes des scores d'Apgar s'élevaient à 9 dans les 2 groupes d'amniotomie. Il en est de même pour ceux à 10 minutes de vie, leur médiane mutuelle étant de 10. Un score d'Apgar inférieur à 7 à 10 minutes de vie est cependant notable dans la maternité de niveau II, dans un contexte de césarienne d'urgence pour altération du RCF.

2. L'AMNIOTOMIE SOUVENT PRATIQUEE MAIS EN THEORIE DISCUTEE

De par leur statut médical, les sages-femmes ont droit de prescription et de réalisation de geste médicaux clairement définis par le code de santé publique et le code de déontologie des sages-femmes. L'amniotomie en fait partie et sa pratique est quotidienne. Toutefois, la technicité de ce geste et son accoutumance ne doivent pas être un frein dans la réflexion d'indication. Ses conséquences pouvant être décisives pour la suite du déroulement du travail.

Aussi apparaît-il pertinent de relier l'expérience concrète de la pratique actuelle avec les travaux déjà disponibles.

2.1. Pratique de sage-femme

2.1.1. Pratique médicale de la sage-femme en rapport avec l'image de la profession

Lors d'un travail spontané, dans la mesure où la patiente n'a pas fissuré ou rompue prématurément la poche des eaux, il est de la compétence de la sage-femme de porter l'indication de rupture et de la réaliser artificiellement.

La manière dont les sages-femmes se positionnent et réfléchissent sur leurs pratiques professionnelles (notamment celle de l'amniotomie) sont en lien direct avec la conception imagée qu'elles ont de la profession. Faire valoir les compétences médicales professionnelles de la sage-femme comme garante de la physiologie est une notion essentielle qu'il faut savoir quotidiennement se remémorer afin de diminuer l'influence de la médicalisation de la naissance et de permettre un accompagnement du suivi du travail de la patiente plus personnalisé.

Le geste simple de RAPE est si courant, que l'indication même pour laquelle elle est portée et de plus en plus négligée. La fréquence élevée de l'amniotomie contribue ainsi à sa systématisation [25].

La sage-femme, étayant son sens clinique et développant un regard critique, a pour rôle d'évaluer la pertinence de l'amniotomie devant chaque situation clinique ; Ceci dans le but d'en porter son indication à bon escient. Tous les éléments cliniques de la situation doivent être pris en considération.

2.1.2. Pratique de la sage-femme en fonction de l'activité du service

Malgré la vision personnelle qu'une sage-femme peut avoir de sa profession, celle-ci peut être amenée à agir contre ses convictions.

L'abondance de la charge de travail au cours d'une garde en salles de naissances et l'occupation simultanée de la totalité des salles d'accouchement du service peut inciter l'équipe médicale à réaliser plus précocement que nécessaire une amniotomie chez une patiente. Le but poursuivi est une réduction de la durée totale du travail et, par ce biais, la libération accélérée d'une salle de travail pour une autre patiente. Dans ces conditions où la charge de travail est abondante, il est en outre intéressant de prendre en compte le nombre de naissances par an de l'établissement, (le nombre de sages-femmes de garde en salle de naissances étant dépendant de celui-ci selon le code de santé publique et le décret de périnatalité). [9]

2.2. La médicalisation du travail

En dépit de la tendance actuelle clairement orientée vers un suivi et une prise en charge moins médicalisés des grossesses et des accouchements (émergence de maison de naissances, accouchement à domicile...), l'image de la parturiente accouchant en milieu hospitalier reste celle d'une femme, allongée, perfusée et branchée à plusieurs appareils et autres techniques de surveillance materno-fœtales.

La fulgurante avancée médicale de ces dernières années a occulté, petit à petit, la dimension naturelle et physiologique de la naissance d'un enfant. De ce fait, les pratiques professionnelles opérées en salle d'accouchement ne se sont plus cantonnées aux grossesses considérées comme à risque et se sont, peu à peu, généralisées à l'ensemble des parturientes. Les actes sont devenus « protocolaires » et systématiques, tels que la pose de cathéter intraveineux, le monitoring fœtal continu, l'utilisation d'ocytociques pendant le travail...l'amniotomie...

Par ailleurs, des protocoles de ''démédicalisation'' se mettent en place dans certaines structures tels qu'un non recours à l'amniotomie ou à l'utilisation d'ocytocique systématique, absence de péridurale, possibilité de déambuler... Des essais contrôlés randomisés ont été publiés [25]. Une comparaison de ces résultats a été faite avec ceux retrouvés lors d'une prise en charge ''usuelle'' de service. Il en ressort que moins d'amniotomie sont réalisées que dans le groupe ''usuel'', leur durée de travail est, certes, plus longue, mais avec une baisse significative de la fréquence des extractions instrumentales [25].

3. POUR UNE PRATIQUE MOINS

« SYSTEMATISEE » DE L'AMNIOTOMIE

A l'issue de cette enquête et de la revue des études déjà existantes sur le sujet, il semble intéressant de porter un avis critique sur la pratique actuelle de l'amniotomie afin d'en éviter la réalisation trop souvent systématique, pouvant avoir des répercussions néfastes sur la suite du déroulement du travail en salles de naissances.

Cette étude réalisée sur les 3 niveaux de maternité a permis de montrer une différence des pratiques. Divergences qui pourraient éventuellement alimenter le débat sur une augmentation du taux de césariennes dans certaines structures par rapport à d'autres. Une étude prospective aurait été intéressante à réaliser en dissociant 2 groupes de femmes : l'un avec une amniotomie précoce, l'autre avec amniotomie tardive mais toutes 2 préalablement prédéfinies. L'échantillon de la population aurait été plus vaste, les sélections des dossiers médicaux plus élargies, des critères et moments de rupture artificielle de la poche des eaux prédéterminés dans les différents lieux d'études... L'amniotomie tardive semble être la pratique à recommander devant les faibles taux d'accouchements par césarienne, et surtout pour le respect de la physiologie du travail qu'elle garantit. Cette conclusion, limitée par la taille nécessairement réduite de l'échantillon, mériterait d'être testée à plus grande échelle en vue d'une possible généralisation.

Par ailleurs, une autre piste de réflexion concernant la pratique de l'amniotomie pourrait être le principe du consentement éclairé des patientes. Il se intéressant de se demander si l'avis des patientes, après explications détaillées et éclairées sur l'amniotomie, ne seraient pas susceptibles d'influencer le choix du moment de la rupture. Lors d'un travail spontané avec poche des eaux intactes, les patientes sont effectivement peu avisées de la RAPE, hormis lorsque la décision de rompre est prise, voir même juste avant le toucher vaginal. La décision de réaliser une amniotomie ne devrait être prise qu'après consultation de la femme et après avoir discuté de la situation. D'autant plus dans un contexte où l'analgésie péridurale n'est pas souhaitable ou non possible.

Des observations réalisées durant la dernière décennie par R. Kumar et K. Robson [28] ont mis en exergue une association entre les interventions médicales pratiquées en

cours de travail, telle que l'amniotomie, et un retard d'établissement du sentiment maternel. De plus, une enquête parue dans un journal anglais en 1989 avait démontré qu'en dépit d'une analgésie péridurale présente, 2/3 des femmes interrogées avaient souffert davantage après la rupture artificielle de la poche des eaux et avaient ressenti que la physiologie du travail avait été perturbé. Ces sentiments peuvent avoir d'importantes conséquences, notamment vis-à-vis du sentiment de réussite et d'estime de soi dans sa capacité à mettre au monde son enfant. Les femmes qui considèrent avoir réussi à « gérer leur travail » ont davantage confiance dans leur capacité à être mère. Ne pourrait-on pas faire en sorte que l'information des patientes concernant la rupture artificielle de la poche des eaux intervienne plus précocement dans la relation avec la sage-femme ? Afin que le couple dispose des renseignements nécessaires lors de l'établissement de leur projet de naissance.

Quoi qu'il en soit, l'obstétrique ne permet pas d'être cartésien. Il faut pouvoir être en capacité d'évaluer au mieux les conditions obstétricales à l'aide des connaissances littéraires et de l'expérience déjà acquise sur la pratique de l'amniotomie afin de promouvoir le bien-être materno-fœtal et de respecter au maximum le désir de la patiente. Comme le souligne Dr Maria B., il convient de rester critique dans le choix des pratiques obstétricales. Celle qui « *restreignent l'autonomie de la femme, sa liberté de choix* » ne sont pas tolérables. Le nombre de gestes techniques réalisés durant le travail, souvent peu justifié, peut être le reflet de « difficulté à entendre à entendre et à respecter les parturientes » [25]. De plus, cette médicalisation de l'accouchement possède un coût psychologique pour la patiente, mais également économique pour l'hôpital et l'Etat. Les bénéfices, mais également les risques liés à ce geste médical, doivent être appréciés et relatifs à chaque situation clinique.

Enfin, il est important de se préoccuper de la tenue des dossiers à tout point de vue, mais plus particulièrement concernant le suivi de grossesse et le partogramme, ne serait-ce qu'en raison de son importance médico-légale.

CONCLUSION

La sage-femme travaille avec ses yeux, ses mains, développe son sens clinique, sa capacité d'écoute.... Il est primordial de **réfléchir au bien fondé des pratiques obstétricales** de telle sorte à les utiliser à bon escient. La médecine n'est pas une science exacte, toute attitude systématique peut avoir ses conséquences. L'enquête réalisée montre qu'au **cours d'un travail eutocique avec une dilatation régulière, la réalisation d'une amniotomie ne présente aucun intérêt**. Cette conclusion s'inscrit ainsi dans la lignée de diverses études réalisées, mais aussi dans celle des recommandations édictées par les multiples références professionnelles.

L'apparente simplicité de ce geste conduit à en proposer un usage plus large dont il faut mesurer le bénéfice. L'indication d'amniotomie doit néanmoins être posée avec discernement et être réservée **aux traitements d'anomalies dans la progression du travail**. C'est pourquoi il apparaît préférable de ne la réaliser qu'en cas de dystocie de travail dûment constatée.

Si de nos jours, devant l'hyper médicalisation de l'accouchement en France, le sacre voué autrefois à la poche des eaux semble dépassé, il n'en demeure pas moins que cette dernière revêt une importance particulière pour la mère et l'enfant durant le travail. Une étude au Luxembourg est actuellement en cours de réalisation dans le but de démontrer d'éventuelles répercussions post-natales de l'amniotomie sur la boîte crânienne de l'enfant et sur le futur développement de celle-ci. Suivant les résultats qui en seront tirés, cette enquête est de nature à alimenter opportunément le débat sur la pratique actuelle de l'amniotomie.

On conclura sur ces paroles de madame LACHAPELLE au regard de l'obstétrique :

« Laisser agir la nature, l'aider quand elle est insuffisante, la remplacer si elle n'agit pas ».

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ACADEMIE DE MEDECINE *Dictionnaire de gynécologie-obstétrique français-anglais*
Édition du conseil international de la langue française, 1999, 597 pages, 30 p.
- [2] BRISSON-CARROLL G., FRASER W., BREART G., KRAUSS I., THORNTON J. *The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis*
- [3] CABROL F., GOFFINET D. *Protocoles en obstétrique. Dystocies dynamiques et mécaniques*
Édition Masson, 2^{ème} édition Paris, 2005, 226 pages, 181-186 p.
- [4] CABROL D., PONS J.C., GOFFINET F. *Traité d'obstétrique*
Éditions médecine-sciences Flammarion, 1154 pages, 753-755 p.
Édition Obstet gynecol, 1996, 490 pages, pages 87
- [5] CARDOZO L., PEARCE J.M. *Oxytocin in active-phase abnormalities of labor : a randomized study.*
Édition Obstet Gynecol, 1990, 75 p.
- [6] CASSF (Collectif des Associations et de Syndicats de Sage-Femme), *Référentiel métier et compétences de la sage-femme*
Janvier 2010, 34 pages, 21 p.
- [7] CHALMERS B. *Who Appropriate Technology for Birth Revisited*
Édition Brit J Obstet. Gynaecol., 1992, 99 p.
- [8] CNGOF, *Pratiques obstétricales et anesthésiques associées aux anomalies de rythme cardiaque fœtal pendant le travail et mesures correctives*
Année 2007, disponible sur :

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_18.HTM#rythme

- [9] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE *Chapitre IV: conditions techniques de fonctionnement, section 1, sous-section 3, articles D6124-40, D6124-41 et D6124-44*
- [10] *EMC volume 3*
Édition EMC, référence 5-049-D27 page 16
- [11] FRASER W., LUO Z.C., ROY C., WEI S., WO B.L., XU H. *Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care*
Édition Cochrane Database Syst. Rev., 2009
- [12] FRASER W., VENDITELLI F., KRAUSS I., BREART G. *Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women : a meta-analysis*
Édition Brit J Obstet Gynaecol, 1998, 194 pages, 105 p.
- [13] GALLOIS G. *Manuel de la sage-femme et de l'élève sage-femme*
Édition J.B. Baillière et fils, 1886, 651 pages, 141-148 p.
- [14] GELIS J. *Accoucheur de campagne sous le Roi Soleil. Le Traité des accouchements de G. Mauquest de la Motte*
Edition Privat, 1989, 154 pages, 89 p.
- [15] GELIS J. *L'arbre et le fruit, la naissance dans l'occident moderne XVIeme et XIXeme siècle*
Édition Fayard, 611 pages
- [16] GOFFINET F., FRASER W., MARCOUX S., BREART G., MOUTQUIN J.M., DARIS M. *the Amniotomy Study Group. Early amniotomy increases the frequency of foetal heart rate abnormalities*
Édition Brit J Obstet Gynaecol, 1997, 553 pages, 104 p.
- [17] GROCH J. *Amniotomy during spontaneous labor benefits neither mother nor child*
Cochrane database review report, 2007.

- [18] HAS, *déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhées*
Année 2008, disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_666473/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhees
- [19] JOHNSON N., LILFORD R., GUTHRIE K., THORNTON J., BARKER M., KELLY M. *Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term*
Édition Brit J Obstet Gynaecol, 1997, 346pages, 104 p.
- [20] LACOMME M. *Pratique obstétricale tome I*
Édition Masson, 1960, 868 pages
- [21] LAGET M. *Naissance ; L'accouchement avant l'âge de la clinique*
Édition seuil, 346 pages
- [22] LANSAC J., BEDY G., PERROTIN F., MARNET H. *Pratique de l'accouchement*
Édition Masson 75 p., 157-165 p.
- [23] LEMETAYER M.F. *L'amniotomie*
Les dossiers de l'obstétrique, numéro 212, décembre 1993, 40 pages, 18-22 p.
- [24] MAMBOURG F., GAILLY J., WEI-HONG Z. *Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) 2010.*
- [25] MARIA B. *Accoucher et naître au XXIème siècle*
Le généraliste, numéro 2191, 9 avril 2002, 3 p.
- [26] MARIA B. *Peut-on changer les naissances ? Soins efficaces pour l'accouchement et l'allaitement*
Soins efficaces en obstétrique, 2007

- [27] OMS *Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique*
OMS, Genève, 1997 disponible sur :
www.who.int/reproductive-health/publications
- [28] ROBSON K.M., KUMAR R. *Delayed onset maternal affection after childbirth*
Journal of psychiatry numéro 136, 1980, 247-353 p.
- [29] SADLER L.C., DAVISON T., McCOWAN L.M.E. *A randomised controlled trial and meta-analyse of active management of labour*
Édition Brit J Obstet Gynaecol, 2000, 915 pages, 107 p.
- [30] SMYTH R.M.D., ALLDRED S.K., MARKHAM C. *Amniotomy for shortening spontaneous labor*
Édition Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007
- [31] VARNIER H. *Pratique des accouchements, obstétrique journalière*
Édition G. Steinheil, 1900, 458 pages, 112-129 p.
- [32] VERSPYCK E., SENTILHES L. *Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail*
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, volume 37, numéro 1S, février 2008, page 56-64
- [33] VINCENT M. *Amniotomy: to do or not do?*
Midwife magazine, may 2005 disponible sur :
<http://www.rcm.org.uk>
- [34] WOLOMBY J.J., TOZIN R.R. *Amniotomie pour raccourcir la durée du travail spontané*
Consulté et disponible sur la Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS (révisée en janvier 2009)

ANNEXES

ANNEXE I

N° de dossier : _____

ETUDES DE DOSSIERS

* Niveau de la maternité : I II III

* Age de la patiente: < 20 ans > 35 ans
20-25 ans > 40 ans
25-35 ans > 45 ans

* Gestité : I g > III g
II g
III g

* Terme : 37 SA 40 SA
38 SA 41 SA
39 SA terme dépassé + ____ jours

* Hauteur utérine : _____ cm

* Heure de début de travail : _____ h _____

	Arrivée EnSalle	Pose APD	Avant RAPE	RAPE	Après RAPE	Après RAPE
Heures						
COL : *position *longueur *consistance	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *	* * *
Poche des Eaux	+	+	+	-	-	-
Couleur du LA						
Variété de position						
Ocytociques (en ml/h)						
RCF						

ACCOUCHEMENT

* Durée totale de travail : _____ heures

* Mode d'accouchement :

AVB

Forceps

Ventouse motif : _____

Césarienne

*Durée totale d'ouverture de l'œuf : _____ heures