



**HAL**  
open science

**Etat des lieux des connaissances des sages-femmes concernant l'administration des oxytociques en salle de naissance sur des parturientes présentant un utérus unicatriciel : étude épidémiologique quanti-qualitative, observationnelle, analytique, comparative transversale monocentrique sur le CHR Metz-Thionville en 2016 à propos de 17 sages-femmes interrogées par questionnaires anonymes semi-directifs**

Florian Mangeonjean

► **To cite this version:**

Florian Mangeonjean. Etat des lieux des connaissances des sages-femmes concernant l'administration des oxytociques en salle de naissance sur des parturientes présentant un utérus unicatriciel : étude épidémiologique quanti-qualitative, observationnelle, analytique, comparative transversale monocentrique sur le CHR Metz-Thionville en 2016 à propos de 17 sages-femmes interrogées par questionnaires anonymes semi-directifs. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870380

**HAL Id: hal-03870380**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870380>**

Submitted on 24 Nov 2022

**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-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

# **Université de Lorraine**

## **École de Sages-Femmes de METZ**

### **ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES CONCERNANT L'ADMINISTRATION DES OXYTOCIQUES EN SALLE DE NAISSANCE SUR DES PARTURIENTES PRESENTANT UN UTERUS UNICATRICIEL**

Etude épidémiologique quanti-qualitative, observationnelle, analytique, comparative transversale monocentrique sur le CHR Metz-Thionville en 2016 à propos de 17 sages-femmes interrogées par questionnaires anonymes semi-directifs.

**Mémoire présenté et soutenu par**

**MANGEONJEAN FLORIAN**

Directeur de mémoire : BERNARD LAURE

Sage-femme Enseignante

**Promotion [2013-2017]**



# **Université de Lorraine**

## **École de Sages-Femmes de METZ**

### **ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES DES SAGES-FEMMES CONCERNANT L'ADMINISTRATION DES OXYTOCIQUES EN SALLE DE NAISSANCE SUR DES PARTURIENTES PRESENTANT UN UTERUS UNICATRICIEL**

Etude épidémiologique quanti-qualitative, observationnelle, analytique, comparative transversale monocentrique sur le CHR Metz-Thionville en 2016 à propos de 17 sages-femmes interrogées par questionnaires anonymes semi-directifs.

**Mémoire présenté et soutenu par  
MANGEONJEAN FLORIAN**

Directeur de mémoire : BERNARD LAURE  
Sage-femme Enseignante

**Promotion [2013-2017]**

# REMERCIEMENTS

En première intention à toutes les personnes qui m'ont aidées à l'élaboration de ce mémoire.

A : Madame BERNARD, pour avoir accepté d'être directrice de mon mémoire ainsi que pour sa patience et sa disponibilité durant tout mon cursus et pendant l'écriture de ce mémoire.

A : Monsieur le Docteur COLLIN, pour l'intérêt qu'il a porté à ce sujet depuis le début de mon mémoire ainsi qu'à son expertise.

# SOMMAIRE

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>6</b>
<b>PARTIE 1: CONTEXTE</b> .....	<b>7</b>
<b>1. LÉGISLATIF</b> .....	<b>8</b>
1.1. CODE DE SANTÉ PUBLIQUE.....	<b>8</b>
1.2. VIDAL ET RCP .....	<b>8</b>
1.2.1. Propriétés .....	<b>8</b>
1.2.2. Posologie et mode d'administration .....	<b>8</b>
1.2.3. Indications thérapeutiques .....	<b>9</b>
1.2.4. Précautions d'emploi .....	<b>9</b>
1.3. DÉFINITION DE LA HAS.....	<b>9</b>
1.4. RECOMMANDATIONS .....	<b>10</b>
1.4.1. CNGOF.....	<b>10</b>
1.4.2. Haute Autorité de Santé.....	<b>10</b>
1.4.3. Premières Recommandations Sages-Femmes .....	<b>11</b>
<b>2. EVOLUTION DES PRATIQUES</b> .....	<b>12</b>
2.1. TOCOMÉTRIE INTERNE.....	<b>12</b>
2.2. RÉVISION UTÉRINE .....	<b>13</b>
2.3. PRÉSENTATION DU SIÈGE.....	<b>13</b>
2.4. ACCOUCHEMENT GÉMELLAIRE.....	<b>14</b>
<b>PARTIE 2: METHODE ET RESULTATS</b> .....	<b>15</b>
<b>1. METHODE</b> .....	<b>16</b>
1.1. OBJECTIF.....	<b>16</b>
1.2. HYPOTHESE.....	<b>16</b>
1.3. METHODOLOGIE.....	<b>17</b>
1.3.1. Type d'étude .....	<b>17</b>
1.3.2. Population étudiée .....	<b>17</b>

1.3.3 Outils .....	17
1.3.4. Méthodes statistiques.....	18
<b>2. RESULTATS.....</b>	<b>18</b>
<b>PARTIE 3 : DISCUSSION .....</b>	<b>24</b>
<b>1. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS.....</b>	<b>25</b>
1.1. POPULATION DU CHR METZ-THONVILLE.....	25
1.2. PROTOCOLES ET HABITUDES DE SERVICE.....	26
1.3. CONTROLE DE L'ADMINISTRATION D'OXYTOCIQUE.....	26
1.4. FORMATION CONTINUE DES SAGES-FEMMES.....	27
1.5. GESTES PRATIQUES LORS DU TRAVAIL ET DE L'ACCOUCHEMENT.....	28
1.6. ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE ET GEMELLAIRE.....	29
<b>2. PROPOSITIONS .....</b>	<b>29</b>
<b>3. HARMONISATION DES PRATIQUES .....</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>31</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>34</b>



# SIGLES ET ABREVIATIONS

AVAC =	Accouchement Vaginal Après Césarienne
CHR =	Centre Hospitalier Régional
CNGOF =	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNSF =	Collège national des sages-femmes
DPC =	Développement Professionnel Continu
HAS =	Haute Autorité de Santé
HFME =	Hôpital Femme Mère-Enfant
HPPI =	Hémorragie du Post-Partum Immédiat
Inserm =	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IMC =	Indice de Masse Corporel
I.V =	Intra-Veineux
mU =	milli-Unité
mUI/h =	milli-Unité International par heure
NP =	Niveau de Preuve
PH =	Praticien Hospitalier
RCF =	Rythme Cardiaque Foetal
RCP =	Résumé des Caractéristiques du Produit
RPC =	Recommandations pour la Pratique Clinique
SA =	Semaines d'Aménorrhées
TVBAC =	Tentative de Voie Basse Après Césarienne
U.I =	Unité International

# INTRODUCTION

Lorsque l'on exerce en salle de naissance, on trouve de nombreux protocoles et recommandations sur diverses situations et pathologies. Pourtant l'oxytocine de synthèse qui est utilisée couramment et depuis longtemps maintenant, n'a pas de protocole ou de recommandation propre à son utilisation.

Une majorité des parturientes se voient administrer des oxytociques pour des raisons médicales, dans le but d'harmoniser ou d'augmenter la dynamique utérine toujours dans le cadre d'une surveillance médicale stricte. Dans les cas des déclenchements du travail ou pour des parturientes dites « physiologiques » (travail spontané après 37 semaines d'aménorrhées), des recommandations ont été établies par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en 2012 et la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2008. Des recommandations pour la pratique clinique sont parues en 2017 dans « La revue Sage-Femme », pour l'administration d'oxytocine chez des parturientes lors du travail spontané à terme.

Or, lorsque des parturientes se présentent avec un ou plusieurs antécédents de césariennes, ces recommandations ne s'appliquent pas, sont moins précises et laissent l'administration des oxytociques sans réelles normes pour les professionnels.

Pourtant l'utilisation des oxytociques n'est pas anodine et peut avoir des effets materno-foetaux non désirés.

Le Vidal mentionne les utérus cicatriciels comme contre-indications relatives à l'emploi d'oxytocine. Il est un stimulateur du muscle utérin, or une césarienne ou toutes autres interventions au niveau du myomètre fragilisent ce muscle lors de la grossesse ultérieure mais surtout lors du prochain accouchement. Le CNGOF quant à lui préconise une surveillance plus accrue des parturientes lors de l'emploi d'oxytocine sans recommander son non emploi. Ces préconisations restent imprécises et à la subjectivité du clinicien.

Au niveau des pratiques professionnelles, les sages-femmes agissent suivant leurs connaissances et expériences cliniques. Elles sont contraintes à agir avec l'absence de réglementation, sans réel protocole ni recommandation pour la pratique clinique.

# **PARTIE 1**

## **Contexte**

# 1. LEGISLATIF

## 1.1. Code de Santé Publique (CSP)

Selon l'article L4151-4 du CSP, Modifié par la Loi n°2016-41 du 26 Janvier 2016 - art. 134 :

*« Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de la santé et prescrire des substitues nicotiques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier. » [1]*

Suite à ce texte de loi, la classe thérapeutique des oxytociques dont fait partie le « syntocinon® », peut être utilisé en salle de naissance dans le cadre de l'exercice de leur profession par les sages-femmes.

## 1.2. Vidal et Résumé des caractéristiques du Produit (RCP)

### 1.2.1. Propriétés

Le médicament « syntocinon® » est un oxytocique de synthèse, ayant la même constitution et des propriétés identiques à l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. Celle-ci a pour effet d'augmenter la fréquence et l'intensité des contractions utérines de façon rythmique.

Vu qu'il est entièrement synthétique, le syntocinon® ne contient pas de vasopressine et son effet est constant et stable.

### 1.2.2. Posologie et mode d'administration

Le syntocinon® doit être mélangé à la proportion de 1 unité-international (U.I) à une solution isotonique de glucose pour 100mL de celui-ci.

Le débit initial de perfusion intra-veineuse (I.V) est de 1 à 4mU/min = 0,1 à 0,4mL/min. Suite à cela une augmentation régulière de la concentration peut s'effectuer jusqu'à l'effet recherché. Soit une contractilité utérine d'environ 4 par 10minutes. Avec un débit maximal de 20mU/min = 2mL/min. Un monitoring de la fréquence cardiaque du fœtus, ainsi que de la fréquence et la durée des contractions est à réaliser en concomitance.

### 1.2.3. Indications thérapeutiques

- Une insuffisance des contractions utérines au début ou pendant le travail.
- En prévention des hémorragies consécutives à une hémorragie de la délivrance.
- En cas de césarienne, après extraction du fœtus et du placenta, afin d'obtenir une bonne rétraction utérine.
- L'indication médicale du déclenchement artificiel du travail.

### 1.2.4. Précautions d'emploi

Le médicament « syntocinon® » doit être administré par perfusion I.V est sous contrôle médical très strict à l'aide d'une pompe volumétrique électrique. Dès le début de son administration, jusqu'à la fin de l'accouchement, on surveillera la dynamique utérine ainsi que l'état du fœtus par un monitoring systématique.

Les effets indésirables possibles lors d'administration à des doses excessives ont pour manifestation une hyper-stimulation de l'utérus. Ceci peut provoquer une détresse fœtale, pouvant aboutir à une asphyxie et le décès du fœtus. Cette hyper-stimulation peut également s'exprimer par une hypertonie, des contractions tétaniques de l'utérus pouvant aboutir à la rupture de celui-ci.

L'utilisation des oxytociques de synthèse par les sages-femmes en salle de naissance est autorisée et dans ses compétences. Cependant, son application sur des utérus cicatriciels est une contre-indication à son emploi dans le Vidal, car cet utérus est considéré comme ayant une fragilité [2].

Il n'y a pas de recommandation et de protocole précis quant au fait d'utiliser des oxytociques pour des parturientes ayant un antécédent d'utérus cicatriciel, lors de leur travail en salle de naissance. Les sages-femmes sont seules responsables sous couvert du gynécologue de garde de l'administration d'oxytocique chez des parturientes ayant un utérus cicatriciel. Car ceux-ci dépassent l'autorisation de mise sur le marché du produit dans le RCP et les indications du Vidal [3-4]. Cependant les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) sont en accord avec la pratique clinique que les professionnels en obstétrique font de l'utilisation de l'oxytocine, tout en mentionnant qu'une surveillance envers les parturientes ayant un utérus cicatriciel doit être accrue sans préciser comment accroître la surveillance.

## 1.3. Définition de la Haute Autorité de Santé (HAS)

*« Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses. »*

Ainsi, des utérus ayant subi des interventions autres que des césariennes mais qui ont eu une atteinte au niveau du myomètre sont à prendre en compte en temps qu'utérus cicatriciels et donc fragilisés.

## 1.4. Recommandations

### 1.4.1. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Le nombre de gestantes acceptant une tentative d'accouchement par voie basse après un antécédent de césarienne est de plus en plus fréquent. Au niveau National, une politique de tentative de diminution des césariennes a été mise en place depuis 2012 suite à des recommandations du CNGOF. Toutefois, des facteurs sont à prendre en compte dans la Tentative de Voie Basse Après Césarienne (TVBAC), comme un Accouchement Vaginal Après Césarienne (AVAC), un score de Bishop favorable à l'entrée en salle de travail et le travail spontané. Une parturiente ayant comme antécédent deux césariennes a un taux de succès de TVBAC de 70% Niveau de Preuve 3 (NP3). Également, il est à noter que des facteurs peuvent amener à diminuer le taux de succès de la TVBAC. Ceux-ci étant :

- un antécédent de césarienne pour non-progression du travail ou non-descente du mobile fœtal à dilatation complète (NP3),
- âge maternel >40ans (NP3),
- un Indice de Masse Corporel (IMC) >30 (NP3),
- une grossesse prolongée au-delà de 41SA (NP3),
- un poids de naissance >4000g.

Bien qu'il y ait environ 50% de faux positifs d'estimation du poids fœtal déterminé échographiquement pour un poids de naissance supérieur à 4000g (NP2), le recours à une méthode de déclenchement du travail, quel qu'il soit, est associée à une diminution du taux de succès de la TVBAC (NP2). Pour le CNGOF, une TVBAC est possible dans les situations décrites, à l'exception de l'incision corporéale qui a eu lieu à la précédente césarienne, et d'un antécédent d'au moins 3 césariennes (Grade B). Par conséquent une tentative d'accouchement par voie basse après antécédent de césarienne est possible après information des risques et accord entre le médecin et la parturiente. En France le taux de succès de TVBAC est d'environ 75%. [5]

### 1.4.2 Haute Autorité de Santé

Des recommandations de bonne pratique ont été mises en place par la HAS pour limiter le nombre de césariennes programmées en France. L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée (Grade C).

Une radiopelvimétrie ou une échographie de la cicatrice utérine ne sont pas nécessaires (Accord d'Expert). Un singleton en présentation du siège n'est pas une indication de césarienne programmée en lui-même (Grade C). L'accouchement d'une grossesse gémellaire avec le premier jumeau en position céphalique n'est pas une indication en elle-même de césarienne programmée, de même la position du siège du premier jumeau n'indique pas une préférence quant à la voie d'accouchement (Grade C).

En cas de macrosomie en l'absence de diabète et avec ou sans antécédent de césarienne, cela n'est pas une indication de césarienne programmée (Grade C). [6]

Depuis 2011, suite à diverses recommandations mises en place, on constate une stabilisation, même une diminution du taux de césarienne au fil du temps au niveau National. Le nombre de césariennes à terme programmées diminue en raison d'une augmentation de tentative d'accouchement par voie basse.

Le nombre de césariennes à terme non programmées sont légèrement plus nombreuses au cours du temps. Néanmoins, le nombre global de césarienne tend à diminuer. Ce phénomène est constaté sur l'ensemble des types de maternités au niveau national [7]. Même si le nombre de césarienne diminue, il existe une variabilité inter-maternité. Les maternités privées ou celles de type 1 ont plus souvent recours à des césariennes programmées à terme que dans les maternités de type 2 ou de type 3.

En 2015, le taux de césarienne à terme en France s'élève à 18,8% contre 19,0% en 2011 [8]. Au Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz-Thionville, le taux de césarienne à terme global, en 2015, est de 13.6 % pour le site de Bel-Air et de 18% pour le site de Mercy [Annexe I,II].

La sage-femme est amenée à suivre ces gestantes tant au cours de leur grossesse, que lors de leur accouchement, dès lors que ces gestantes ne présentent pas de pathologies particulières. Néanmoins un rendez-vous chez le gynécologue est tout de même effectué lors de la consultation du neuvième mois, pour y anticiper le mode d'accouchement. Ces gestantes ne sont pas dans un état physiologique par définition car ont un antécédent d'utérus cicatriciel. Une surveillance sera accrue de la part des sages-femmes. Que ce soit durant la grossesse, ou lors du travail en salle de naissance.

### 1.4.3 Premières Recommandations Sages-Femmes

Depuis la fin d'année 2016, le Collège national des sages-femmes (CNSF) a émis ses premières recommandations pour la pratique clinique, en collaboration avec le CNGOF, concernant l'usage de l'oxytocine au cours du travail spontané. Ces recommandations ont pour objectifs de faire prendre conscience aux sages-femmes que cette hormone demeure un médicament et à l'utiliser de manière plus raisonnable. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a déjà produit plusieurs études, notamment en 2010 où il recense une administration d'oxytocine chez 64% des parturientes.

Une autre de leurs études en 2012, reprise par le CNGOF, a démontré un risque d'hémorragie grave du post-partum immédiat multiplié par 1,8. [9,10] Ce facteur de sur-risque étant dose-dépendant à l'oxytocine administrée pendant le travail. Les données sur la phase active du travail ont été revues. Cette phase était fixée à partir de 3 centimètres selon la courbe de dilatation de Friedman. Récemment, cette phase active a été reportée à 5-6 centimètres. Ainsi avant cette phase il n'est pas recommandé d'intervenir.

Lors de cette phase, les interventions (rupture artificielle de la poche des eaux, syntocinon IV) sont recommandées si la dilatation cervicale est inférieure à 1 centimètre toutes les 4 heures. Après 7 centimètres, les interventions sont préconisées si la dilatation est inférieure à 1 centimètre toutes les 2 heures. La deuxième phase commence à une dilatation complète qui comprend la phase de descente et se termine lors de l'expulsion du mobile fœtal. La première intervention doit être une rupture artificielle des membranes avant toute administration d'oxytocique. [11]

## **2. EVOLUTION DES PRATIQUES**

En France, on assiste depuis les années 1995 à une augmentation constante du nombre de césariennes. De ce fait, il y a une augmentation du nombre de gestantes porteuses d'un utérus cicatriciel. En 2010, le taux de césarienne en France était de 20,8% des naissances. Depuis 2011, une politique de tentative de diminution des césariennes programmées à terme est en application, dans le but de préserver au mieux l'avenir obstétrical des femmes en âges de procréer quant à des grossesses ultérieures. La principale cause de césarienne est l'antécédent de césarienne lui-même. [5,6]

Au cours des années, les techniques de prévention des ruptures utérines, dont l'incidence varie de 0,2 à 0,8% pour les parturientes ayant un utérus unicatriciel dans les pays industrialisés ont évoluées. Il en va de même pour l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI), où l'incidence est comprise entre 5 et 10% (pertes sanguines supérieures à 500mL) et est de 2% pour les HPPI sévères (pertes sanguines supérieures à 1000mL).

### **2.1. Tocométrie interne**

La tocométrie interne s'est développée peu à peu depuis les années 1970-80 pour analyser les contractions utérines de manière à connaître plus en détail la physiologie du travail pour en devenir un « Gold standard » dans la surveillance moderne du travail. En 2012, le CNGOF fait une mise au point des indications sur la pose de capteur de pression intra-utérin lors du travail. Dans le cadre des parturientes ayant un utérus cicatriciel, les études démontrent que la pression des contractions est mieux perçue mais ne prévient en aucun cas la survenue de rupture utérine. Leurs utilisations de routine pour ces parturientes n'ont pas été préconisées en usage de routine. La tocométrie externe bien calibrée est suffisante dans l'usage habituel pour évaluer la dynamique utérine au cours du travail et discerner les anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF).

De plus, la surveillance clinique de signe de pré-rupture et l'analyse d'éventuelles anomalies du RCF restent indispensables et ne peuvent être remplacées par la tocométrie seule. Néanmoins la tocométrie interne garde son intérêt en cas de mauvaise qualité d'enregistrement des contractions utérines par tocométrie externe ou en cas de stagnation de la dilatation nécessitant une administration d'oxytocines. [12].



## 2.2. Révision utérine

Des études ont démontré que la révision utérine après accouchement voie basse sur utérus cicatriciel présente plus de risques iatrogènes que de bénéfiques.

Ce geste a longtemps été effectué systématiquement pour s'assurer de l'absence de rupture ou de fragilisation augmentée de la zone cicatricielle segmentaire. La révision utérine est à effectuer selon des signes d'appels cliniques et non plus systématiquement. Elle demeure une complication grave pour la mère est survient dans 0,2 à 0,8% des TVBAC [13].

De plus, lors de rupture utérine, celles-ci sont toujours symptomatiques et ont des signes d'appel clinique (douleur sus-pubienne persistante, rétention placentaire, altération du rythme cardiaque fœtale, saignement lors du travail ou encore hémorragie du post-partum). Selon la clinique, la révision utérine est alors indiquée pour confirmer le diagnostic et non plus de manière systématique [14]. Au niveau de la morbidité maternelle, celle-ci semble égale entre les parturientes ayant eu une révision utérine et celles n'en ayant pas eu. Cependant, les parturientes ayant subi une révision utérine se sont vues administrer plus d'antibiotiques. De plus, le fait de réviser l'utérus a un impact sur l'abondance des saignements [15-18].

## 2.3. Présentation du siège

Des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) émanant du CNGOF tendent à conforter que l'accouchement par voie basse d'un fœtus en présentation du siège à terme semble une option raisonnable pour un certain nombre de gestantes n'ayant aucun antécédent. Depuis des années le nombre de césariennes programmées à terme ne cesse de croître, il est important de donner au couple des informations les plus complètes possibles et de s'assurer que celles-ci soient comprises. Les parturientes ayant un fœtus en présentation du siège sont césarisées après une stagnation de la dilatation ou de progression du mobile fœtal au bout d'une heure. Selon eux, l'acceptation de la voie basse avec une surveillance du travail rigoureuse et pratiquée par une équipe obstétricale entraînée n'implique pas un excès de risque materno-fœtal comparé à celui d'une présentation céphalique du fœtus.

Les risques consécutifs à une TVBAC sont indépendants des risques d'un accouchement par la présentation du siège. L'utérus n'étant pas sollicité différemment. Les risques de rupture utérine sont identiques à ceux d'un accouchement par la présentation dite céphalique. Les risques de dystocies étant également identiques à ceux rencontrés pour une parturiente sans antécédent de césarienne [19].

La présentation en siège du fœtus chez les parturientes ayant un antécédent de césarienne peut leur laisser le choix du mode d'accouchement. Après concertation collégiale avec l'équipe obstétricale et la parturiente ou le couple pour les modalités d'accouchement, la décision de tentative par voie basse ou de césarienne itérative est proposée.

L'étude du dossier et du compte-rendu opératoire pour savoir la cause de la césarienne antérieure sont souhaitables pour la prise de décision d'une éventuelle tentative d'accouchement par voie basse. Dans l'étude décrite, les auteurs trouvent un taux de 70% d'accouchement par voie basse pour les parturientes ayant accepté la voie basse après un antécédent de césarienne et après leur admission en salle de travail [20].

## **2.4. Accouchement gémellaire**

Selon le CNGOF, un accouchement pour les gestantes de jumeaux après un antécédent de césarienne est possible (Grade C). Le taux de succès d'une TVBAC en cas de grossesse gémellaire peut être assimilé à une grossesse singletonne (NP3), avec un taux de rupture utérine cliniquement équivalent (NP3). Cela nécessite cependant la coopération de la gestante ainsi qu'une équipe obstétricale formée pour les accouchements gémellaires [5].

On reporte sur ces situations une augmentation du taux de césarienne, sans pour autant avoir une diminution de la mortalité périnatale. L'épreuve utérine de grossesse gémellaire est une alternative justifiée à la césarienne itérative programmée. Lors des accouchements gémellaires, une équipe obstétricale bien formée est nécessaire car une prise en charge avec des manœuvres obstétricales s'avèrent très souvent nécessaire. Ceci est dû à la sur-distension utérine et à la difficulté d'expulsion de la mère.

Le pronostic périnatal est plus défavorable que pour des grossesses singletonnes mais cela est dû à la prématurité et non aux conditions des accouchements de grossesses gémellaires par TVBAC [21]

Dès lors, qu'en est-il de la place de l'oxytocine ? De nombreuses études portent sur le thème de: « l'oxytocine ou les utérus cicatriciels » [9,16-18,21-28]. Mais peu d'entre elles s'intéressent sur le fait de savoir à quel débit d'oxytocine celui-ci a un impact quelconque sur le déroulement du travail des utérus cicatriciels. D'autant plus que l'utérus présente une certaine fragilité, mais permet cependant dans la majorité des cas une TVBAC.

Compte tenu de cela, les sages-femmes limitent-elles le débit et le mode d'évolution de la concentration des ocytociques pour des parturientes ayant un utérus unicatriciel ?

# **Partie 2**

## **Méthode et Résultats**

# 1. METHODE

## 1.1. Objectifs

L'objectif principal était d'améliorer la pratique professionnelle des sages-femmes de salle de naissance du CHR de Metz-Thionville quant à l'utilisation du syntocinon sur les utérus unicatriciel en 2017.

Les objectifs secondaires étaient:

1. Interroger les sages-femmes sur leurs connaissances et leur formation sur l'utilisation du syntocinon et les utérus unicatriciels.
2. Interroger les sages-femmes sur leurs pratiques professionnelles (syntocinon et utérus unicatriciel)

## 1.2. Hypothèses

Les hypothèses confrontées étaient :

1. Les sages-femmes appliquent les habitudes de service à propos des utérus cicatriciels.
2. Les sages-femmes administrent l'oxytocine en commençant par un débit de base moins important.
3. Leur temps d'attente entre chaque augmentation du débit est plus long que pour des parturientes sans antécédent.
4. Le débit maximal d'oxytocine administré est plus faible que pour des parturientes sans antécédent.
5. Les sages-femmes se tiennent informées de toute littérature concernant les oxytociques.
6. Les sages-femmes actualisent leurs connaissances à propos des utérus cicatriciels
7. Les sages-femmes ont recours à d'autres moyens de surveillance pour ces parturientes.
8. Les parturientes avec des utérus cicatriciels sont plus sujettes à des pathologies au cours du travail et du post-partum immédiat.
9. Des gestes préventifs sont effectués après la délivrance des parturientes ayant des utérus cicatriciels par les sages-femmes.
10. Les fœtus en présentation du siège et les grossesses gémellaires bénéficient d'une césarienne itérative systématique lorsque la gestante présente un antécédent de césarienne.

## 1.3. Méthodologie

### 1.3.1. Type d'étude

Étude épidémiologique quanti-qualitative, observationnelle, analytique, comparative transversale monocentrique sur le CHR Metz-Thionville en 2016 à propos de 17 sages-femmes interrogées.

### 1.3.2. Population étudiée

Population cible : toutes sages-femmes ayant travaillées en salle de naissance au CHR Metz-Thionville.

Critères d'inclusions : toutes les sages-femmes du CHR Metz-Thionville (hôpitaux de Mercy et Bel Air).

Critères de non-inclusions :

- toutes sages-femmes refusant de remplir le questionnaire,
- les sages-femmes n'ayant jamais exercées en salle de naissance,
- les sages-femmes enseignantes et chargées de fonction de coordination.

### 1.3.3 Outils

Un questionnaire anonyme d'étude portant sur la population de sage-femme hospitalière du CHR Metz-Thionville. **[Annexe III]**

Critères de jugement :

- L'année d'obtention du diplôme d'état de sage-femme
- Nombre d'année de pratique générale et nombre d'année de travaille en salle de naissance.
- Nombre de sages-femmes appliquant les habitudes de services mises en place
- Mise en place du débit de base des oxytociques intra-veineux au cours du travail en salle de naissance en millilitres par heure.
- Temps d'attente entre deux augmentations du débit des oxytociques intra-veineux au cours du travail en salle de naissance en minutes.
- Amplitude de l'augmentation du débit des oxytociques intra-veineux au cours du travail en salle de naissance en millilitres par heure.
- Nombre de sages-femmes divisant par moitié la dose "habituelle" de syntocinon
- Nombre de sages-femmes doublant le temps d'attente entre les paliers de syntocinon

- Débit maximal mise en place par la sage-femme des oxytociques intra-veineux au cours du travail en salle de naissance en millilitres par heure.
- Nombre de sages-femmes lisant des articles ou revus sur ce sujet
- Nombre de formations effectuées sur ce sujet dans le cadre du développement professionnel continu

### 1.3.4. Méthodes statistiques

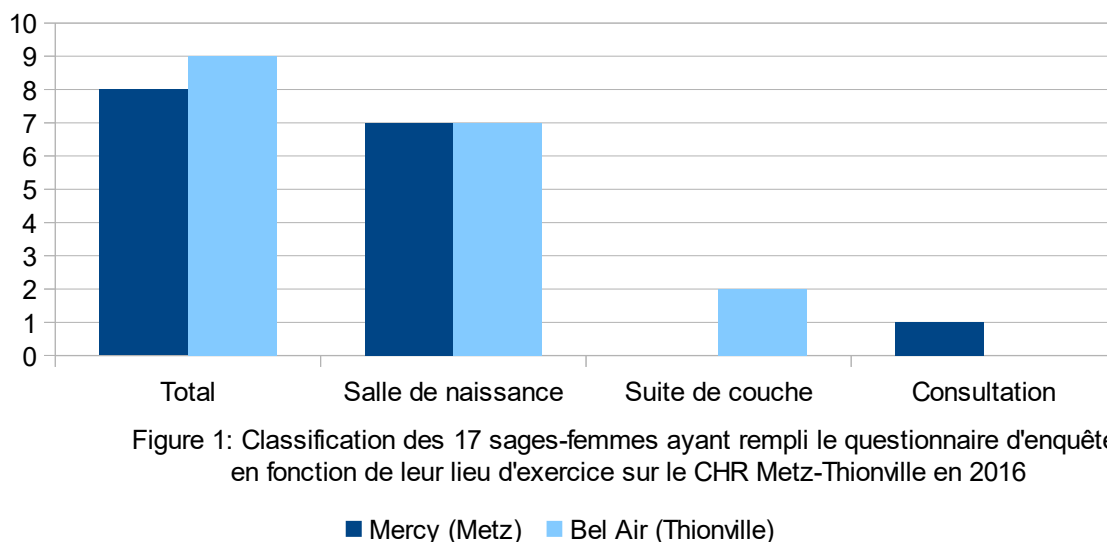
Les logiciels d'analyse statistiques utilisés sont : Epi-info7 et OpenOffice calc.

## 2. RESULTATS

Pour l'hôpital de Mercy, on retrouvait 70 sages-femmes sur l'ensemble du Pôle dont 8 (11%) ont répondu aux questionnaires. 27 d'entre elles étaient affectées en salle de naissance au moment des questionnaires. 7 de ces sages-femmes ont répondu aux questionnaires (26%).

Pour l'hôpital de Bel Air, on retrouvait 57 sages-femmes sur l'ensemble du Pôle dont 9 (16%) ont répondu aux questionnaires. 20 d'entre elles étaient affectées en salle de naissance au moment des questionnaires. 7 de ces sages-femmes ont répondu aux questionnaires (35%).

Le taux global de participation aux questionnaires par les sages-femmes du CHR Metz-Thionville était de 13% (17 sages-femmes ayant répondu sur les 127 de l'ensemble du CHR Metz-Thionville).



- **Question 2.**, En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ? Et en quelle année avez-vous commencé à exercer ?

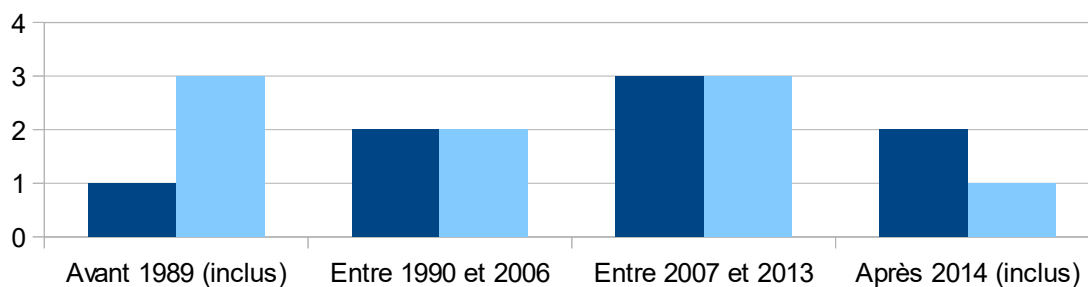


Figure 2: Répartition des 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville en fonction de leur année d'obtention du diplôme d'état

■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)

- **Question 3.**, Combien de temps avez-vous exercé en salle de naissance (uniquement) ?

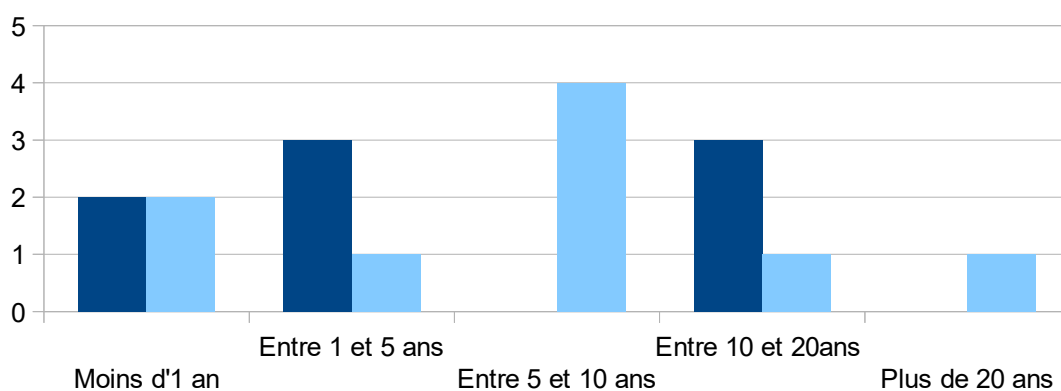


Figure 3: Nombre d'années exercées en salle de naissance par les 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville en 2016

■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)

- **Question 4.**, Au sein de votre site, est-ce que des accouchements par voie basse après un antécédent de césarienne sont pratiqués ?

100% des sages-femmes du CHR Metz-Thionville ont répondu de façon affirmative sur le fait que des accouchements par voie basse sont pratiqués après un antécédent de césarienne.

- **Question 5.**, Avez-vous des habitudes de services pour l'administration des ocytociques pour les parturientes ayant un utérus unicatriciel ?

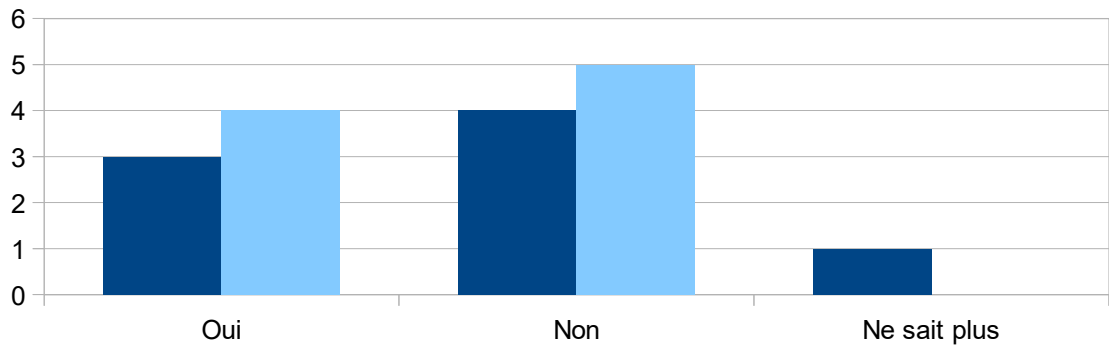


Figure 4: Habitudes de service des 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville lors d'administration d'oxytocine pour des parturientes ayant un utérus cicatriciel en 2016

- **Question 6.**, Existe-t-il un protocole de service ?

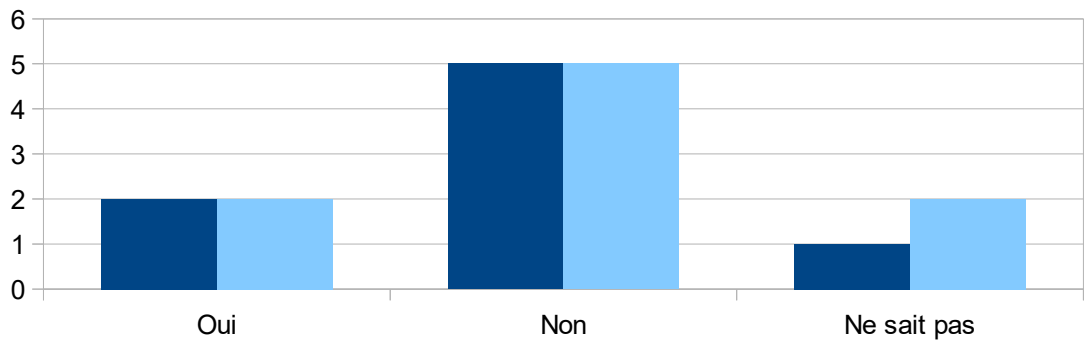


Figure 5: Existence d'un protocole de service selon les 17 sages-femmes ayant répondu du CHR Metz-Thionville en 2016

- **Question 7.**, Lors du début de pose d'ocytocique intra-veineux pour une parturiente ayant un utérus unicatriciel, à quel débit de base (en millilitres par heure) commencez-vous ?

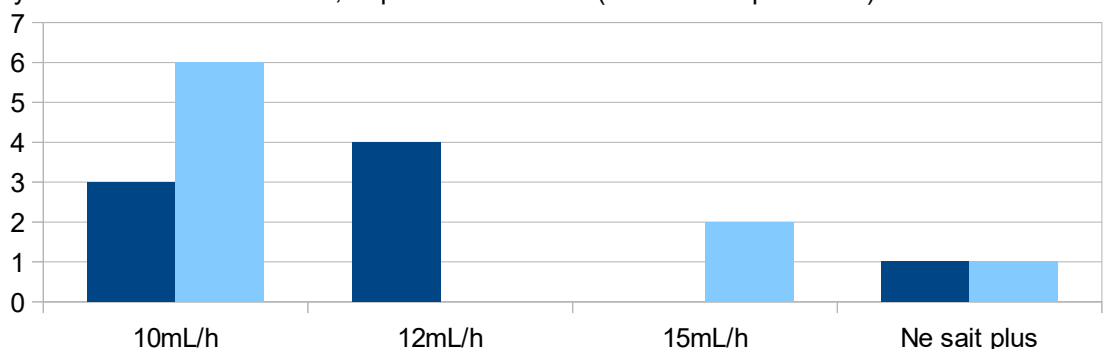


Figure 6: Débit de base initial administré par les 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville aux parturientes ayant un utérus cicatriciel en 2016  
 ■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)



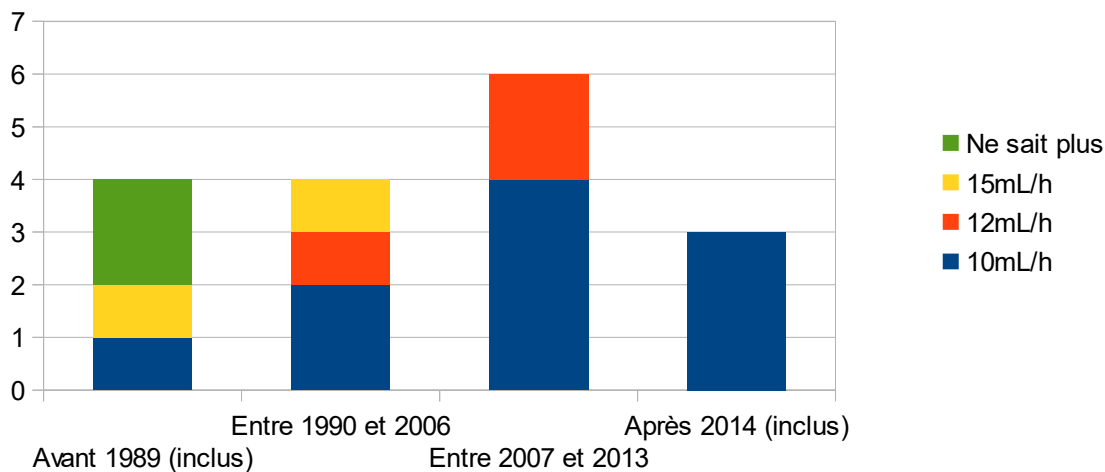


Figure 7: 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville réparties selon leurs années d'obtentions de diplôme en fonction du débit initial d'administration d'oxytocine en 2016

- **Question 8.**, Quel est votre temps d'attente entre chaque pallier d'augmentation (en minutes) ?

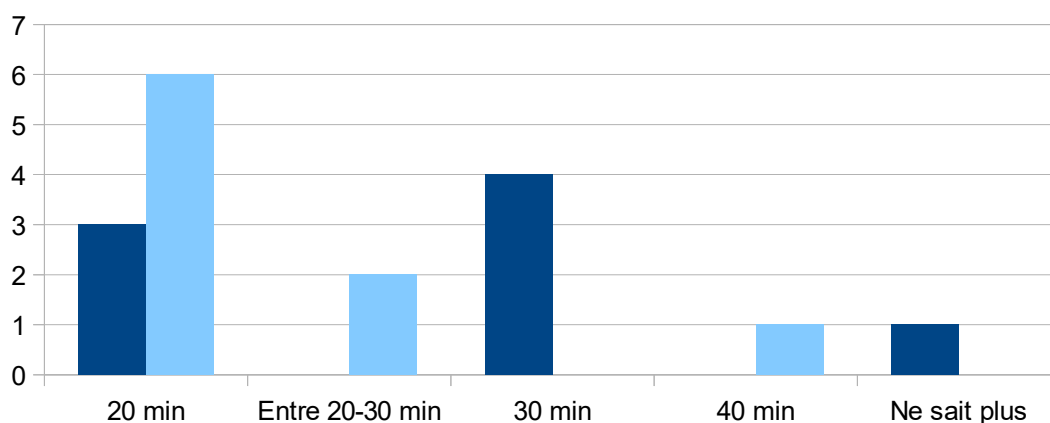


Figure 8: Expectative des 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville entre chaque pallier d'augmentation de concentration d'oxytocine administré aux parturientes ayant un utérus cicatriciel en 2016

■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)

- **Question 9.**, Quelle est l'amplitude d'augmentation de la concentration d'ocytocique à chaque pallier (en millilitre par heure) ?

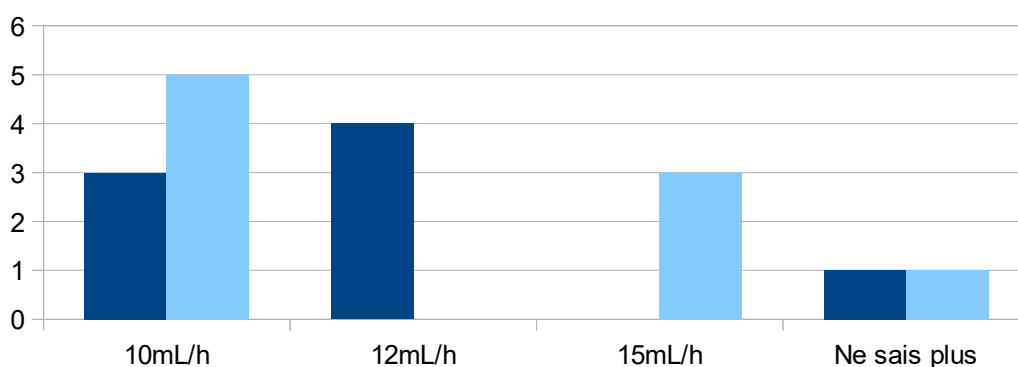


Figure 9: Amplitude de l'augmentation de la concentration d'oxytocine par les 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville en 2016

■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)

- **Question 10.**, Quel débit maximal vous autorisez-vous chez ses parturientes ayant un utérus unicatriciel si les contractions sont toujours insuffisantes et irrégulières (en millilitre par heure) ?

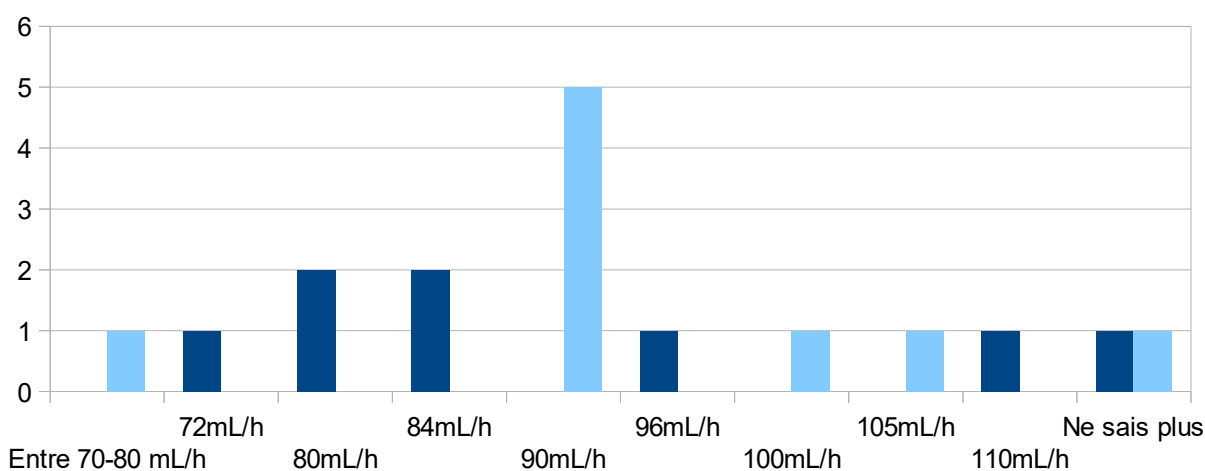


Figure 10: Débit maximal administré par les 17 sages-femmes CHR Metz-Thionville aux parturientes ayant un utérus unicatriciel au cours du travail en 2016

■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)

3 Sages-femmes diplômées entre 1990 et 2006 administrent un débit maximal d'oxytocine à 90mL/h, 2 sages-femmes diplômées avant 1989 ne savent plus à quel débit elles se limitaient. Dans les différentes générations de sage-femme, chacune administre une dose maximale propre à elle même.

- **Question 11.**, Lisez-vous de la littérature scientifique à propos de l'administration des ocytociques à des parturientes ayant un utérus unicatriciel ?

Deux Sages-femmes, une de chaque site ont répondu affirmativement à la question.

- **Question 12.**, Avez-vous effectuées des formations à ce sujet dans le cadre de votre Développement Professionnel Continu (DPC) ?

Une seule sage-femme à Bel Air a répondu avoir reçu une formation dans le cadre du DPC.

- **Question 13.**, Suite à l'accouchement effectuez-vous des gestes que vous ne faites pas chez des parturientes sans antécédent de césarienne ?

Une sage-femme à Mercy a répondu qu'elle effectuait des gestes particuliers lorsqu'elle rencontre ce type de parturiente.

- **Question 14.**, Selon vous, trouvez-vous que ces parturientes présentent plus de pathologies dans le post-partum immédiat que les autres parturientes sans cet antécédent ?

Une sage-femme à Mercy a répondu qu'elle rencontrait plus de pathologie dans le post-partum immédiat pour ce type de parturiente.

- **Question 15.**, Au sein de votre site, est-ce que des accouchements par la présentation du siège ou des gémellaires sur un antécédent d'utérus unicatriciel sont pratiqués, en admettant que les gestantes soient consentantes ?

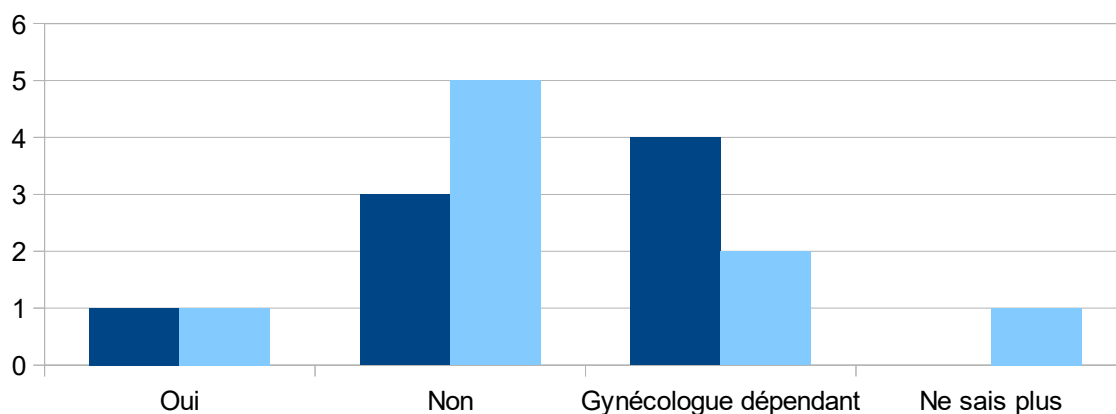


Figure 11: Réalisation des accouchements par voie basse de fœtus en siège ou de gémellaire en fonction des 17 sages-femmes du CHR Metz-Thionville ayant répondu chez des parturientes ayant un antécédent d'utérus cicatriciel en 2016

■ Mercy (Metz) ■ Bel Air (Thionville)

**PARTIE 3**  
**Discussion**

# 1. ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

## 1.1 Population du CHR Metz-Thionville

Le nombre de sages-femmes exerçant au sein du CHR Metz-Thionville sont au nombre de 127 dont 27 en salle de naissance à Mercy et 20 en salle de naissance à Bel Air soit 37% des sages-femmes en salle de naissance au moment de la diffusion des questionnaires.

Lors de la récupération des questionnaires dans les différents services du CHR Metz-Thionville, les réponses des sages-femmes sont au nombre de 17 (13% de l'ensemble des sages-femmes du CHR Metz-Thionville. 30% (14 sur 47) des sages-femmes exerçant en salle de naissance ont répondu à ce questionnaire).

Après quelques entretiens oraux, il ressort que les sages-femmes de suite de couche et de consultation ne se sentent pas particulièrement concernées par ce thème. La plupart ne faisant plus de garde en salle de naissance.

En France, jusqu'en 1989, la durée de formation des sages-femmes s'étendaient sur 3 ans. Mais une réforme en 1986 est adoptée et allonge le cursus d'une année, la faisant passer à 4 ans pour toutes les sages-femmes de 1990 à 2006 pour les derniers diplômés. En 2002, une nouvelle réforme est approuvée et oblige les futurs étudiants en maïeutique à passer par une année de concours pour entrer aux écoles de sages-femmes. Ainsi pour les étudiants diplômés de 2007 à 2013, le cursus en maïeutique se déroule selon un an de concours suivi de 4 ans au sein d'une école de sage-femme. Enfin, la dernière réforme parue en 2009, prend en compte la première année commune d'étude en santé dans la formation des études en maïeutique et non plus seulement comme une année de concours, ce qui a pour effet de reconnaître ce parcours d'étude en 5 ans. Les bénéficiaires de cette réforme sont les diplômés depuis 2014. L'année d'obtention du diplôme de sage-femme a pour intérêt de comparer entre elles les différentes générations de sages-femmes tant au niveau théorique reçu lors de la formation que dans leur pratique. Toutes les sages-femmes ayant répondues ont commencé à travailler la même année que leur obtention du diplôme. Les années d'expériences travaillées en salle de naissance ne s'apprennent pas dans la théorie et chacune d'entre elle a son propre recul de par les diverses situations rencontrées lors de leur exercice.

Certaines des sages-femmes diplômées avant 2006 initiaient l'administration d'oxytocine à 15mL/h. Certaines sages-femmes diplômées entre 1990 et 2013 débutaient l'oxytocine à 12mL/h. Les sages-femmes étant diplômées après 2014, commençaient toutes à administrer l'oxytocique uniquement à 10mL/h. Proportionnellement, plus les sages-femmes sont jeunes diplômées et plus elles tendent à initier le débit d'oxytocine de 15mL/h vers 10mL/h.

Pour le débit maximal administré, dans les réponses recueillies, l'ancienne génération (diplômé avant 1989) se limite entre 90 et 105mL/h. Alors que la nouvelle génération (diplômé après 2014 inclus) se limite entre 70 et 84 mL/h. Les sages-femmes diplômées entre ces périodes se fixent une limite plus hétérogènes (de 72 à 110mL/h), avec une limite pour 4 d'entre-elles à 90mL/h. Ainsi, tout comme pour le débit initial, on observe que les jeunes sages-femmes administrent un débit maximal d'oxytocine moins important par rapport à leurs aînées.

## 1.2 Protocoles et habitudes de service

Parmi toutes les réponses, 100% des sages-femmes effectuent des AVBAC.

Dans le service de salle de naissance de l'hôpital de Mercy, une sage-femme a répondu qu'il y a « Un protocole sur les utérus cicatriciels » qui est incomplet et non-validé. Pour l'hôpital de Bel Air, une sage-femme a répondu qu'il y a « un protocole sur les déclenchement et maturation sur les utérus cicatriciels ».

Les sages-femmes exerçant en salle de naissance et s'occupant de parturientes, sous couvert du gynécologue-obstétricien de garde, savent qu'aucun protocole de service n'existe. Cependant, les recommandations préconisent la mise en place d'un protocole de service écrit quant à l'utilisation du syntocinon.

Chacun des sites a ses propres habitudes d'équipe en fonction des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens en garde. Ces habitudes sont connues oralement et ne sont pas présentes par écrit, de par la variété multiple de ces habitudes. A ce niveau, les sages-femmes travaillent en fonction du médecin senior de garde et selon ses pratiques. Lorsque les sages-femmes répondent qu'elles ont des habitudes de services, ces habitudes sont uniques à elles-mêmes. Ainsi, toutes, avec ou sans habitudes administrent différemment les oxytociques, se basant sur leur connaissance théorique mais surtout clinique.

Le débit d'administration peut varier si le gynécologue-obstétricien impose un certain débit, ce qui biaise la pratique de la sage-femme.

- **L'Hypothèse 1** (Les sages-femmes appliquent des habitudes de services) n'est pas valide. Car celles qui en ont, ont des habitudes propres à elles-mêmes et non pas des habitudes communes d'exercice applicables à toute l'équipe. De même, des indications peuvent être imposées par le senior qui limite la sage-femme dans son exercice.

## 1.3 Contrôle de l'administration d'oxytocique

Les recommandations laissent une marge de manœuvre avec un débit de base compris entre 1 et 4mUI/min (6 et 24mL/h) pour une parturiente n'ayant pas d'antécédent. La préférence étant de commencer à 2mUI/min (12mL/h). Les recommandations pour les parturientes ayant un utérus cicatriciel ne sont pas connues.

Le contrôle du débit de l'oxytocine se fait par extrapolation des recommandations déjà existantes (CNGOF et HAS) ainsi que par l'expérience pratique des cliniciens. Ces pratiques sont adaptées au mieux à chaque parturiente en fonction de ce dont l'équipe obstétricale a à sa disposition intellectuelle. Mais aucun document n'encadre ces pratiques d'un point de vue juridique et contentieux. Lors d'un incident aucun texte officiel n'assure des bienfaits ou des non méfaits de ces pratiques.

Le palier minimum d'expectative recommandé est de 20 minutes. L'idéal dans le temps d'attente est de 30min à chaque palier, ce qui laisse le temps à l'oxytocine administrée d'agir sur les récepteurs du muscle utérin.

Les recommandations indiquent un débit maximal de 20mUI/min (120mL/h) pour une parturiente n'ayant pas d'antécédent particulier. Mais cette limite peut aller jusqu'à 30mUI/min (180mL/h) pour les parturientes n'ayant aucun antécédent particulier, sous responsabilité et réserve de l'accord du gynécologue-obstétricien. Cependant, pour une parturiente ayant comme antécédent une ou des césariennes cette limite n'est pas exactement déterminée et peut fluctuer d'un professionnel à l'autre.

- **L'Hypothèse 2** (Les sages-femmes commencent l'administration des oxytociques par un débit moins important) est valide. 53% des sages-femmes (9 sur 17) répondent qu'elles initient le débit de base du syntocinon à 10mL/h (environ 1,7 mUI/min) pour les parturientes ayant un antécédent d'utérus cicatriciel contrairement à un débit de base compris entre 12 et 15mL/h (entre 2 et 2,5MUI/min) pour une parturiente sans antécédent.

- **L'Hypothèse 3** (L'expectative entre deux augmentations de débit étaient plus long chez des parturientes avec antécédent de césarienne) n'est pas valide. 53% (9 sur 17) des sages-femmes attendent 20 minutes entre chaque pallier de la même façon que pour des parturientes sans antécédents.

- **L'Hypothèse 4** (La dose maximale administrée était réduite chez des parturientes avec antécédent de césarienne) est valide. 65% des sages-femmes (11 sur 17), limitent le débit maximal du syntocinon à 90mL/h ou inférieur (<15mUI/min). Pour les parturientes sans particularités le débit maximal administré est de 20mUI/min.

## 1.4 Formation continue des sages-femmes

Une sage-femme à l'hôpital de Mercy a lu les recommandations de l'HAS et une de Bel Air des revues professionnelles. Une sage-femme a effectué une formation sur ce thème dans le cadre du DPC.

Cette « non implication » des sages-femmes sur ce sujet, peut être mise sur le compte que la parturiente n'est pas dans un état physiologique à proprement dit et qu'elles comptent sur les connaissances et les instructions du gynécologue-obstétricien pour les conduites à tenir.

- **L'Hypothèse 5** (Les sages-femmes lisent de la littérature à propos des oxytociques) est invalide. Les sages-femmes n'ont pas pour priorité le thème des oxytociques et des utérus cicatriciels.

- **L'Hypothèse 6** (Les sages-femmes actualisaient leurs connaissances à propos des utérus unicatriciels) est invalide. Les sages-femmes ne s'informent ni se forment sur ce thème.

Les autoformations faites par les sages-femmes doivent être le plus homogènes possible dans le temps. Les sages-femmes doivent se tenir informées des évolutions globales sur les protocoles, techniques, médicaments, ou autres, de la même manière si celles-ci sont assignées de manière permanente à un service ou si les elles exercent dans tous les services au sein d'un établissement. Cela permet à la sage-femme de garder une certaine polyvalence théorique.

## 1.5 Gestes pratiqués lors du travail et de l'accouchement

Une sage-femme a indiqué qu'elle avait recours à des révisions utérines systématiques pour ces parturientes, même celles ayant délivrées, dans les années 1980-90, mais qui n'était plus d'actualité. Ces gestes ne sont plus recommandés à cause d'un sur-risque iatrogène dû à l'introduction d'un corps étranger in-utéro. Ce geste pouvait de même créer une déhiscence utérine sur une cicatrice fragile mais saine du fait de la révision de celle-ci [14].

Une seule sage-femme ayant répondu au questionnaire sur les 17, constate une augmentation du nombre de rupture utérine. Or dans la littérature le taux de rupture utérine n'est pas significativement augmenté lors d'un utérus cicatriciel [29]. Ceci est dû au progrès des techniques de césarienne où les chirurgiens incisent en priorité sur le segment inférieur et non plus sur le corps de l'utérus. Les signes cliniques de rupture utérine sont :

- Douleur brutale et aigüe au niveau du bas ventre (l'analgésie péridurale n'ayant aucun effet sur la douleur)
- Écoulement de sang rouge vif au niveau de la filière vaginale.
- Altération du rythme cardiaque fœtal
- Disparition de la présentation fœtale lors du toucher vaginal

Lors d'entretien complémentaire auprès des sages-femmes en salle de naissance de Bel Air, il s'avère que certaines d'entre-elles ont recours en systématique à l'utilisation de la pose de capteur intra-utérin pour la surveillance des contractions utérines et du travail. Or ceux-ci permettent une meilleure appréciation de la dynamique utérine, dans le cas où cette dynamique serait mal enregistrée par les capteurs tocographiques externes. Mais ils ne préviennent pas la survenue de rupture utérine.

- **L'Hypothèse 7** (Les sages-femmes ont recours à d'autres moyens de surveillance) peut être valide.

- **L'Hypothèse 8** est invalide car selon les sages-femmes ayant répondu aux questionnaires, elles n'observent pas plus de pathologies au cours du travail ou lors du post-partum immédiat par rapport à une parturiente sans antécédent.



- **L'Hypothèse 9** est invalide car les sages-femmes ayant répondu aux questionnaires n'effectuent pas de gestes préventifs additionnels par rapport à une parturiente sans antécédent de césarienne.

## **1.6 Accouchement par le siège et gémellaire**

On retrouve de la part des sages-femmes une hétérogénéité de réponse, où une minorité accepte les TVBAC pour des fœtus en présentation du siège ou de jumeaux. Le fait qu'interviennent les gynécologue-obstétriciens a une grande part dans le choix du mode d'accouchement. 47% (8 sur 17) des sages-femmes ayant répondu ne pas pratiquer de TVBAC pour des fœtus en présentation du siège ou de jumeaux, peut supposer un manque de formation ou de pratique pour ces types d'accouchements.

- **L'Hypothèse 10** est invalide car la décision d'une césarienne systématique pour les fœtus en présentation du siège ou de jumeaux dépend en grande partie du gynécologue-obstétricien de garde au moment où la parturiente est présente mais plus largement de l'équipe obstétricale de garde à ce moment. Toutes les équipes ne sont pas à l'aise avec les accouchements voie basse des sièges et des gémellaires.

## **2. PROPOSITIONS**

On constate que les sages-femmes, toutes confondues, utilisent les oxytociques dans leur pratique. Cependant, les protocoles de service ne sont pas disponibles ou incomplets. Chaque sage-femme utilise ce médicament en fonction de son expérience et ressenti clinique. Peu se forment ou s'intéressent à ce médicament qui est considéré de plus en plus comme un usage banal et bénin.

Une augmentation du nombre de DPC sur le thème du syntocinon pourrait être bénéfique à toutes les professions se rapportant à l'obstétrique. Les premières recommandations émanant du CNSF pour une utilisation plus raisonnable de l'oxytocine date de décembre 2016. Pour ce sujet qu'est l'utilisation de l'oxytocine lors d'utérus cicatriciels, une collaboration entre le CNSF et le CNGOF est nécessaire pour établir des recommandations. Cette parturiente n'étant pas dans un état physiologie à proprement dit, l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire même si la sage-femme s'occupe d'elle. C'est pourquoi la collaboration de ces deux collègues est nécessaire pour l'établissement de futures recommandations.

Tous professionnels médicaux, ici dans l'équipe obstétricale la sage-femme et le gynécologue-obstétricien, sont tenus de savoir au niveau médico-légal les indications et contre-indications de tout produit qu'ils administrent. Ils sont responsables des conséquences que celui-ci peut engendrer sur le patient.

Dans les diverses bibliographies, il est uniquement indiqué si des oxytociques ont été administrés ou non. Mais dans aucun ne figure le débit qui a été administré.

Dans les données recueillies, on constate que les jeunes sages-femmes débutent l'oxytocine avec un débit plus faible et se limitent à un débit maximal moins important que leurs aînées. Pour autant, aucune des générations ne reportent une augmentation de pathologie pour ces parturientes. Les plus anciennes par définition sont plus expérimentées et ont des interprétations cliniques qui ne s'apprennent pas dans la théorie universitaire.

Ce manque de pratique des jeunes diplômées les rendraient peut être plus craintives que leurs aînées dans le mode d'administration des oxytociques présentant des antécédents d'utérus cicatriciels. Ainsi, une sage-femme diplômée de l'école de maïeutique est apte à exercer, mais une mixité générationnelle au sein des équipes permet de confronter différentes pratiques et de rassurer les plus jeunes face à leur pratique et leur autonomie.

Une des propositions serait de savoir si les écoles de Maïeutique pourraient dispenser certains cours à des sages-femmes déjà diplômées qui le souhaiteraient dans le cadre du DPC, pour remettre certaines connaissances à jour pour ces professionnelles qui le désireraient.

Dans les partogrammes, le débit des oxytociques administrés doit être exprimé en mUI/min et non plus en mL/h.

### **3. Harmonisation des pratiques**

Un protocole peut-être discuté avec les diverses équipes obstétricales au sein du CHR Metz-Thionville pour tenter d'harmoniser leur pratique d'administration d'oxytocique sur des parturientes présentant des utérus unicatriciels. Ces indications sont arbitraires en fonction des recommandations du CNGOF qui préconisent une surveillance accrue de ces parturientes sans en définir précisément les modalités, des indications du Vidal et des premières recommandations du CNSF. Ces indications sont aussi basées sur les réponses aux questionnaires des sages-femmes du CHR Metz-Thionville quant à leurs pratiques professionnelles en 2016.

- Faire débuter le débit de syntocinon à 1,7mUI/min.
- Attendre au moins 30min, entre chaque pallier d'augmentation de débit.
- Augmenter le débit de 1,7mUI/min à chaque pallier.
- Etre présent dans la salle au moins toutes les 20min environ pour juger cliniquement d'une éventuelle pré-rupture utérine (le syntocinon mettant 30 minutes à interagir avec les récepteurs du muscle utérin).
- Le débit maximal peut être de 15mUI/min en étant plus précautionneux avec ces utérus cicatriciels si les contractions utérines restent insuffisantes en intensité et fréquence lors de débit plus faible dans le respect des bonnes pratiques d'administration du syntocinon. C'est à dire lorsqu'il y a la présence de 3 à 5 contractions utérines sur 10 minutes.
- Etre plus attentif aux hypercinésies d'intensités.
- Les TVBAC de fœtus en présentation du siège ou de gémellaire peuvent être effectuées avec l'accord de la parturiente et si l'équipe obstétricale est formée.

# CONCLUSION

L'administration d'oxytocique par les sages-femmes demeure complexe du fait de la singularité de chaque parturiente. D'une part par la physiologie singulière de chaque parturiente et d'autre part par leur gestité ayant un impact sur le déroulement du travail. Aussi, l'expérience clinique du professionnel est principalement sollicitée lors des administrations. Le professionnel détermine en fonction du contexte ce qu'il doit ou non faire. Cependant, lors de l'administration du produit, le professionnel n'a aucune recommandation et protection législative sur laquelle se référer en cas de questionnement ou problème.

La sage-femme a conscience de la fragilité qui a été engendrée à l'utérus par l'acte chirurgical de la césarienne lors du précédent accouchement, avec une participation de 30% aux questionnaires par les sages-femmes de salle de naissance. Elles n'effectuent plus de geste endo-utérin comme la révision utérine systématique qui présente plus de risque iatrogène que de bénéfice. De plus, des études ont montrées que les risques de rupture utérine ne sont pas significativement plus fréquents.

Lors de l'administration du syntocinon, celle-ci initie un débit de base de moins important (1,7mUI/min au lieu d'une concentration comprise entre 2 et 2,5mUI/min) et se fixe un seuil au débit maximal plus faible (15mUI/min au lieu de 20mUI/min) que pour une parturiente sans antécédent.

Cette étude est limitée de par la faible participation aux questionnaires distribués dans tous les services du CHR Metz-Thionville, ce qui peut être corroborée à un manque de curiosité des sages-femmes à propos du thème qu'est l'utilisation du syntocinon sur les utérus unicatriciels. La parturiente n'étant pas dans un état physiologique, donc dans les limites des compétences de la sage-femme peut être une raison de ce détachement de connaissance. D'autre part, l'intervention des gynécologues-obstétriciens dans la pratique professionnelle des sages-femmes est un biais important à prendre en compte dans l'analyse de ces résultats.

La collaboration entre le gynécologue-obstétricien et la sage-femme est fondamentale dans la création de futurs protocoles de service sur ce sujet.

# BIBLIOGRAPHIE

- [1] Code de la Santé Publique. Article L4151-4. 26 Janvier 2016.
- [2] Vidal. Résumé des caractéristiques du Produit, Syntocinon. 03 Décembre 2015. 15p.
- [3] Boulot P. Modalités d'utilisation de l'Ocytocine au cours du travail et ses risques. Journée de printemps du réseau périnatal. ; Palavas les Flots : Languedoc Roussillon. 20 Juin 2013.
- [4] Loscul C. Utilisation du Syntocinon® au cours du travail spontané: Evaluation des pratiques professionnelles à la maternité de Port-Royal. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Paris, Université PARIS DESCARTES; 2013. 72p.
- [5] Puech F. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel, Delivery in women with previous cesarean section or other uterine surgery. CNGOF, Recommandations pour la pratique clinique, 36<sup>ième</sup> Journées Nationales. Paris, 2012.
- [6] HAS. Indications de la césarienne programmée à terme, Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Recommandation de bonne pratique. Janvier 2012.
- [7] HAS. Césariennes programmées à terme, Evolution des taux de césarienne à terme en France entre 2011 et 2014 et évaluation de l'impact du programme d'amélioration des pratiques. Analyse et amélioration des pratiques. Juillet 2016.
- [8] ScanSanté. Indicateurs de santé périnatale, [en ligne]. ( consulté le 25/01/2017)  
Disponible sur : <http://www.scansante.fr/applications/indicateurs-de-sante-perinatale> .
- [9] Puech F. Administration d'ocytocine pendant le travail : risque associé d'hémorragie du post-partum et pratiques françaises. CNGOF, 36<sup>ème</sup> Journées Nationales. Paris, 2012.
- [10] Wlodarczyk Q. L'utilisation du syntocinon au cours d'un accouchement à bas risque : sa banalisation et ses conséquences materno-fœtales. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Metz : Université HENRI POINTCARE ; 2013. 68p.
- [11] APMnews.com. Premières recommandations du collège des sages-femmes, pour une utilisation plus raisonnable de l'oxytocine. Paris, 7 Décembre 2016.
- [12] Parant O, Vitalis M. Utilisation des capteurs de pression intra-utérine : que reste-t-il des indications ? CNGOF. Toulouse, 2012.
- [13] Parant O. Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge. J Gynecol Obstet Biol Reprod. Paris; 2012. JGYN 812 1-14.
- [14] Perrotin F, Marret H, Fignon A, Body G, Lansac J. Utérus cicatriciel : la révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ;28 :253-62.
- [15] Perrotin F, Marret H, Fignon A et al. Scarred uterus: is routine exploration of the cesarean scar after vaginal birth always necessary? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28: 253-62.
- [16] Lurie S, Hagay Z, Goldschmidt R et al. Routine previous cesarean scar exploration following successful vaginal delivery. Is it necessary? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1992; 45: 185-6.

- [17] Kaplan B, Royburt M, Peled Y et al. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73: 473-5.
- [18] Silberstein T, Wiznitzer A, Katz M, Friger M, Mazor M. Routine revision of uterine scar after cesarean section: has it ever been necessary? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 78: 29-32.
- [19] Goffinet F, Carayol M. L'accouchement par voie basse est-il encore une option raisonnable en cas de présentation du siège ?. CNGOF. Paris, 2005.
- [20] Bourtembourg A, Mangin M, Ramanah R, Maillat R, Riethmuller D. Accouchement du siège et utérus cicatriciel: une situation obstétricale particulière ?. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologique de la Reproduction*. 2013. 42: 351-8.
- [21] Aboufalah A, Abbassi H, El Karroumi M, Himmi A, El Mansouri. Accouchement gémellaire sur utérus cicatriciel : peut-on autoriser l'épreuve utérine ?. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*; 1999. 28:820-4.
- [22] Poilroux C. Rupture utérine après 34 semaines d'aménorrhée: facteurs de risque et pronostic maternel et périnatal. [Thèse] Paris, Faculté de Médecine de Creteil; 2010. 74p.
- [23] Sages-Femmes de Turquoise-Périnatal Genève/Chêne-Bourg, [en ligne]. (consulté le 19/09/2016).  
 Disponible sur: <http://sagefemmegeneve.ch/locytocine-pendant-laccouchement-etude-inserm/>
- [24] Blanc-Petitjean P. Ocytocine de synthèse et travail spontané, Etude avant-après la mise en place d'un protocole à l'hôpital Louis-Mourier. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Paris : Université PARIS DESCARTES ; 2013. 85p.
- [25] Gerdolle L. Pronostic d'accouchement après un antécédent de césarienne pour stagnation de la dilatation. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Metz, Université HENRI POINTCARE ; 2010. 72p.
- [26] Castric C. Pronostic obstétrical et utérus uni-cicatriciel: l'indication de la première césarienne a-t-elle un impact sur la voie d'accouchement ? Étude rétrospective au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest à partir de 176 dossiers de janvier à décembre 2011. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Brest: UFR de médecine et des sciences de la santé; 2013. 59p.
- [27] Peltre AS. Utérus uni-cicatriciel. Quels facteurs influencent la réussite de l'épreuve utérine? Quel est le rôle de la sage-femme dans le suivi de ces grossesses?. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Nancy: Université Henri Poincaré; 2010. 98p.
- [28] .Kharrasse T. Accouchement sur utérus cicatriciel (A propos de 614 cas). [Thèse] Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca:Université Hassan II ; 2006. 118p.
- [29] Zeteroglu S, Ustun Y, Engin-Ustun Y, Sahin H.G, Kamaci M. Eight years' experience of uterine rupture cases. *J. Obstet. Gynaecol.*, 2005 , 25(5) : 458-461.
- [30] Polaniok M. Pratiques professionnelles concernant l'utilisation du syntocinon® lors du travail spontané. [Mémoire] Ecole de Sage-Femme Lille: Université catholique de Lille; 2015. 33p.

# ANNEXES

# ANNEXE I

## Indicateurs de santé périnatale à l'HFME de Metz (Mercy) sur l'année 2015

Indicateurs qualité en salle de naissance Mercy 2015	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total
Nombre de naissances	268	240	260	236	260	284	287	322	243	322	283	286	3291
Nombre de naissances "non-vivantes" > 22SA	1	6	3	5	3	5	4	4	2	6	1	0	40
Nombre de naissances vivantes	267	234	257	231	257	279	283	318	241	316	282	286	3251
Nombre d'accouchements	265	232	255	235	258	278	282	310	235	317	283	282	3232
Nombre d'accouchements par césarienne	61	35	55	41	44	43	38	54	57	37	55	62	582
Nombre d'accouchements par voie basse	204	197	200	194	214	235	244	256	178	280	228	220	2650

<b>Taux de césariennes</b>	23,0%	15,1%	21,6%	17,4%	17,1%	15,5%	13,5%	17,4%	24,3%	11,7%	19,4%	22,0%	18,0%
Nombre d'accouchements sans péridurale	21	29	32	34	33	28	29	38	19	27	29	24	343
<b>Taux de péridurale</b>	89,7%	85,3%	84,0%	82,5%	84,6%	88,1%	88,1%	85,2%	89,3%	90,4%	87,3%	89,1%	87,1%
Nombre d'HPPI VB	2	6	2	2	1	3	5	4	3	6	6	1	41
Nombre d'HPPI César	2	0	0	2	0	1	2	0	1	0	0	1	9
<b>HPPI</b>													
Taux d'HPPI VB (%)	1,0%	3,0%	1,0%	1,0%	0,5%	1,3%	2,0%	1,6%	1,7%	2,1%	2,6%	0,5%	1,5%
Taux d'HPPI César (%)	3,3%	0,0%	0,0%	4,9%	0,0%	2,3%	5,3%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	1,6%	1,5%
Taux d'HPPI Total (%)	1,5%	2,6%	0,8%	1,7%	0,4%	1,4%	2,5%	1,3%	1,7%	1,9%	2,1%	0,7%	1,5%
<b>Allaitement</b>													
Nombre de projets d'allaitements	126	157	164	164	156	177	189	170	149	206	175	190	2023
Taux d'allaitement (%)	47,2%	67,1%	63,8%	71,0%	60,7%	63,4%	66,8%	53,5%	61,8%	65,2%	62,1%	66,4%	62,2%
<b>Mise au sein précoce</b>													
Nombre de mises au sein précoces /réalisables/taux allaitement	120	140	147	123	137	136	150	131	110	150	142	143	1629
Nombre de mises au sein précoces non réalisables	13	20	27	30	31	46	19	9	10	53	2	2	262
Taux de mises au sein précoces (%)	95,2%	89,2%	89,6%	75,0%	87,8%	76,8%	79,4%	77,1%	73,8%	72,8%	81,1%	75,3%	80,5%
Taux de mises au sein précoces non réalisables (%)	10,3%	12,7%	16,5%	18,3%	19,9%	26,0%	10,1%	5,3%	6,7%	25,7%	1,1%	1,1%	13,0%
<b>Peau à peau</b>													
Nombre d'accouchements > 36 SA VB	181	184	200	174	202	221	239	317	184	270	227	283	2682
Nombre d'accouchements > 36 SA César	53	27	51	40	44	41	35	54	47	27	54	61	534
Nombre de peau à peau VB	170	162	178	163	176	215	211	231	143	208	180	184	2221
Nombre de peau à peau césar	1	3	4	5	3	2	4	1	3	3	0	1	30
Taux de peau à peau VB (%)	93,9%	88,0%	89,0%	93,7%	87,1%	97,3%	88,3%	72,9%	77,7%	77,0%	79,3%	65,0%	82,8%
Taux de peau à peau césar (%)	1,9%	11,1%	7,8%	12,5%	6,8%	4,9%	11,4%	1,9%	6,4%	11,1%	0,0%	1,6%	5,6%
Taux de peau à peau total (%)	73,1%	78,2%	72,5%	78,5%	72,8%	82,8%	78,5%	62,5%	63,2%	71,0%	64,1%	53,8%	70,0%
<b>Accouchements salle nature</b>													
Nombre d'accouchements en salle nature	2	6	5	9	11	2	9	10	7	3	0	4	68
Taux d'occupation salle nature (%)	9,5%	20,7%	15,6%	26,5%	33,3%	7,1%	31,0%	26,3%	36,8%	11,1%	0,0%	16,7%	19,8%
<b>Extractions instrumentales</b>													
Nombre d'extractions par ventouse	44	34	38	25	30	30	52	47	31	40	40	33	444
Nombre d'extractions par forceps ou spatules	8	13	11	5	8	11	1	10	9	11	9	9	105
Taux d'extractions par ventouse (%)	16,4%	14,2%	14,6%	10,6%	11,5%	10,6%	18,1%	14,6%	12,8%	12,4%	14,1%	11,5%	13,5%
Taux d'extractions par forceps ou spatules (%)	3,0%	5,4%	4,2%	2,1%	3,1%	3,9%	0,3%	3,1%	3,7%	3,4%	3,2%	3,1%	3,2%
Taux total d'extractions instrumentales (%)	19,4%	19,6%	18,8%	12,7%	14,6%	14,4%	18,5%	17,7%	16,5%	15,8%	17,3%	14,7%	16,7%

NB Taux mise sein non real: nbre naiss - deces -hppi - <36SA

4 SPATULES  
2 IVMG<22SA

5 spatules 3 IVMG< 22 SA

dont 3 spatules

4 spatules  
1 < 36 VB 3<36  
1 < 36 cesar 1<36

NB Taux occup Salle nature = Nbre acc SNature / acc sans peri

## ANNEXE II

Indicateurs de santé périnatale du CHR Metz-Thionville sur l'année 2015

		Nombre d'accouchements totaux, selon le mode d'accouchement					
	Accouchements totaux	Voies basses	voies basses spontanées	Voies basses assistées	Césariennes totales	Césariennes programmées	Césariennes en urgence
CHR Metz-Thionville Mercy 2015	3220	2605	2030	575	615	163	452
CHR Metz-Thionville Bel Air 2015	2145	1822	1550	272	323	103	220
		Taux pour les accouchements totaux					
		Voies basses	voies basses spontanées	Voies basses assistées	Césariennes totales	Césariennes programmées	Césariennes en urgence
CHR Metz-Thionville Mercy 2015		80,9 %	77,9 %	22,1 %	19,1 %	26,5 %	73,5 %
CHR Metz-Thionville Bel Air 2015		84,9 %	85,1 %	14,9 %	15,1 %	31,9 %	68,1 %

		Nombre d'accouchements à terme (>=37 SA)					
	Accouchements à terme	Voies basses à terme	Voies basses spontanées à terme	Voies basses assistées à terme	Césariennes à terme	Césariennes programmées à terme	Césariennes en urgence
CHR Metz-Thionville Mercy 2015	2981	2443	1903	540	538	152	386
CHR Metz-Thionville Bel Air 2015	1995	1724	1461	263	271	93	178
		Taux pour les accouchements à terme					
		Voies basses à terme	Voies basses spontanées à terme	Voies basses assistées à terme	Césariennes à terme	Césariennes programmées à terme	Césariennes en urgence
CHR Metz-Thionville Mercy 2015		82,0 %	77,9 %	22,1 %	18,0 %	28,3 %	71,7 %
CHR Metz-Thionville Bel Air 2015		86,4 %	84,7 %	15,3 %	13,6 %	34,3 %	65,7 %



# ANNEXE III

Questionnaire mémoire sage-femme :

Administration d'ocytocique pendant le travail sur des parturientes ayant un  
utérus unicatriciel

Mesdames les sages-femmes, je suis Florian Mangeonjean, étudiant à l'école de Metz en dernière année. Mon mémoire porte sur l'analyse des connaissances théoriques et pratiques que vous possédez sur l'administration d'ocytocique en salle de naissance sur des parturientes en travail, présentant un utérus unicatriciel.

Ce questionnaire est anonyme et a pour but de recenser les informations théoriques qui vous ont été transmises ainsi que votre manière d'exercer. Mon étude est réalisée, afin d'essayer de parvenir à une harmonisation des pratiques professionnelles au sein du CHR Metz-Thionville et éventuellement la réalisation d'un protocole de service.

1. Dans quelle maternité et dans quel service exercez-vous lors du remplissage de ce questionnaire ?

**Bel Air**

**Mercy**

2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ? Et en quelle année avez-vous commencé à exercer ?

---

3. Combien de temps avez-vous exercé en salle de naissance (uniquement) ?

---

4. Au sein de votre site, est-ce que des accouchements par voie basse après un antécédent de césarienne sont pratiqués ?

**Oui**

**Non**

**Gynécologue de garde dépendant**

5. Avez-vous des habitudes de services pour l'administration des ocytociques pour les parturientes ayant un utérus unicatriciel ?

**Oui Non**

6. Existe-t-il un protocole de service ?

**Oui Non**

Si oui, lequel ?

---

---

---

7. Lors du début de pose d'ocytocique intra-veineux pour une parturiente ayant un utérus unicatriciel, à quel débit de base (en millilitres par heure) commencez-vous ?

\_\_\_\_\_ mL/h

8. Quel est votre temps d'attente entre chaque pallier d'augmentation (en minutes) ?

\_\_\_\_\_ minutes

9. Quelle est l'amplitude d'augmentation de la concentration d'ocytocique à chaque pallier (en millilitre par heure) ?

\_\_\_\_\_ mL/h

10. Quel débit maximal vous autorisez-vous chez ses parturientes ayant un utérus unicatriciel si les contractions sont toujours insuffisantes et irrégulières (en millilitre par heure) ?

\_\_\_\_\_ mL/h

11. Lisez-vous de la littérature scientifique à propos de l'administration des ocytociques à des parturientes ayant un utérus unicatriciel ?

**Oui Non**

Si oui, lesquelles ?

---

---

---

12. Avez-vous effectuées des formations à ce sujet dans le cadre de votre Développement Professionnel Continu ?

**Oui Non**

Si oui, lesquelles ? (Précisez les dates et intitulés)

---

---

13. Suite à l'accouchement effectuez-vous des gestes que vous ne faites pas chez des parturientes sans antécédent de césarienne ?

**Oui Non**

Si oui, lesquels ?

---

---

14. Selon vous, trouvez-vous que ces parturientes présentent plus de pathologies dans le post-partum immédiat que les autres parturientes sans cet antécédent ?

**Oui Non**

Si oui, à quelles pathologies êtes-vous confrontées ?

---

---

15. Au sein de votre site, est-ce que des accouchements par la présentation du siège ou des jumeaux sur un antécédent d'utérus unicatriciel sont pratiqués, en admettant que les gestantes soient consentantes ?

**Oui**

**Non**

**Gynécologue de garde dépendant**

16. Si vous le souhaitez, vous pouvez vous exprimer sur ce sujet en quelques lignes.

---

---

---

---

---

---

---

En vous remerciant, pour avoir pris sur votre temps personnel pour remplir mon questionnaire.

Etat des lieux des connaissances des sages-femmes concernant l'administration des oxytociques en salle de naissance sur des parturientes présentant un utérus unicatriciel.

Etude épidémiologique quanti-qualitative, observationnelle, analytique, comparative transversale monocentrique sur le CHR Metz-Thionville en 2016 à propos de 17 sages-femmes interrogées par questionnaires anonymes semi-directifs.

*Contexte.* – L'utérus présente une certaine fragilité, mais permet cependant dans la majorité des cas une tentative de voie basse. Peu d'études s'intéressent à quel débit d'oxytocine celui-ci a un impact quelconque sur le déroulement du travail des utérus cicatriciels. Compte tenu de cela, les sages-femmes limitent-elles le débit et le mode d'évolution de la concentration des oxytociques pour des parturientes ayant un utérus unicatriciel ?

*Matériels et méthodes.* – Interroger toutes sages-femmes ayant travaillées en salle de naissance au CHR Metz-Thionville à l'aide d'un questionnaire semi-directif anonyme. L'objectif principal était d'améliorer la pratique professionnelle des sages-femmes quant à l'utilisation du syntocinon sur les utérus unicatriciel.

*Résultats.* – 13% des sages-femmes du CHR Metz-Thionville (17 sur les 127) ont répondu aux questionnaires. 14 de ces sages-femmes (82%) exerçaient en salle de naissance au moment de la diffusion de ce questionnaire. 100% des sages-femmes ayant répondu affirment pratiquer des accouchements voies basse après un antécédent de césarienne. 53% d'entre-elles disent ne pas avoir d'habitudes de services. 59% d'entre-elles affirment qu'aucun protocole de service n'existe. Les débits maximaux administrés par les sages-femmes sont très hétérogènes et vont de 70 à 110mL/h où 53% ne dépasse pas 90mL/h pour des parturientes avec antécédents de césarienne.

*Conclusion.* – La sage-femme a conscience de la fragilité qui a été engendré à l'utérus par l'acte chirurgical de la césarienne lors du précédent accouchement. Lors de l'administration du syntocinon, celle-ci initie un débit de base de moins important et se fixe un seuil au débit maximal plus faible que pour une parturiente sans antécédent.

**Mots-clés : Oxytocine, Utérus cicatriciel, Pratique Professionnelle**

*Context.* – The cicatricial uterus has a certain brittleness, but however allows in the majority of the cases an attempt at low way. Few studies are interested in which flow of oxytocine this one has an unspecified impact on the course of the work of the cicatricial uterus. Taking into account do that, midwives limit the flow and the mode of evolution of the concentration of oxytocic for parturients having a plain cicatricial uterus ?

*Equipment and methods.* – To question all midwives having worked in room of birth to the CHR Metz-Thionville using an anonymous semi-directing questionnaire. The main aim was to improve the professional practice of midwives as for the use of the syntocinon on plain cicatricial uterus.

*Results.* – 13% of the midwives of the CHR Metz-Thionville (17 on the 127) answered questionnaires. 14 of these midwives (82%) exerted in room of birth at the time of the diffusion of this questionnaire. 100% of midwives having answered affirm to practise childbirth ways low after an antecedent of caesarean. 53% of enter say not to have habits of services. 59% of enter affirm that no protocol of service exists. The maximum flows managed by midwives are very heterogeneous and go from 70 to 110mL/h where 53% do not exceed 90mL/h for parturients with antecedents of caesarean.

*Conclusion.* – The midwife is aware of the brittleness which was generated with the uterus by the surgical act of the caesarean during the previous childbirth. At the time of the administration of the syntocinon, this one initiates a basic flow of less important and sets a threshold at the maximum flow lower than for a parturient without antecedent.

**Key words : Oxytocine, Cicatricial uterus, Professional Practice**