



HAL
open science

Conduite du travail chez une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée : étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique décrivant les pratiques des Sages-Femmes de service de salle de naissance via un questionnaire semi-directif sur la période d'août 2018 à janvier 2019

Soline Fremy

► **To cite this version:**

Soline Fremy. Conduite du travail chez une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée : étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique décrivant les pratiques des Sages-Femmes de service de salle de naissance via un questionnaire semi-directif sur la période d'août 2018 à janvier 2019. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04343142

HAL Id: hal-04343142

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04343142v1>

Submitted on 13 Dec 2023

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

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>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

**Conduite du travail chez une parturiente qui présente
une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique
non compliquée**

Étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique décrivant les pratiques des Sages-Femmes de service de salle de naissance via un questionnaire semi-directif sur la période d'août 2018 à janvier 2019.

Mémoire présenté et soutenu par :

Soline FRÉMY

Née le 23 Mars 1995

Directeur de mémoire : Joëlle MANGEOT, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Maryannick COLLIN, Sage-Femme

Promotion 2015 – 2019

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes de METZ

**Conduite du travail chez une parturiente qui présente
une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique
non compliquée**

Étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique décrivant les pratiques des Sages-Femmes de service de salle de naissance via un questionnaire semi-directif sur la période d'août 2018 à janvier 2019.

Mémoire présenté et soutenu par :

Soline FRÉMY

Née le 23 Mars 1995

Directeur de mémoire : Joëlle MANGEOT, Sage-Femme Enseignante

Expert de mémoire : Maryannick COLLIN, Sage-Femme

Promotion 2015 – 2019

REMERCIEMENTS

À ma directrice de mémoire, madame Joëlle Mangeot, pour sa bienveillance, son soutien et sa patience.

À mon experte, madame Maryannick Collin, pour son temps et ses encouragements.

À ma mère, Christine Lemarchand, et ma belle-mère, Virginie Willaime, pour leurs aides précieuses dans l'élaboration de ce travail.

À toute ma famille et mes ami(e)s pour m'avoir soutenue, encouragée et supportée tout au long de mes études.

À mes amies de promotion, pour ces quatre belles années ensemble.

À toutes les sages-femmes et autres professionnels que j'ai rencontré pour m'avoir formée et transmis leurs connaissances.

SIGLAIRE

| | |
|--------|--|
| AMP | Assistance Médicale à la Procréation |
| APD | Analgésie PériDurale |
| CH | Centième Hahnemanienne |
| CNGOF | Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français |
| CNSF | Collège National des Sages-Femmes de France |
| CU | Contraction Utérine |
| DREES | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| ENS | Echelle Numérique Simple |
| EVA | Echelle Visuelle Analogique |
| FSH | Hormone Folliculo-Stimulante |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| INED | Institut National d'Etudes Démographique |
| INSEE | Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques |
| INSERM | Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale |
| J1 | Jumeau 1 |
| J2 | Jumeau 2 |
| RAM | Rupture Artificielle des Membranes |
| RCF | Rythme Cardiaque Fœtal |
| RCIU | Restriction de Croissance Intra-Utérine |
| SA | Semaines d'Aménorrhées |
| SFAR | Société Française d'Anesthésie et de Réanimation |
| TA | Tension Artérielle |

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 7 |
| PREMIERE PARTIE : CONTEXTE | 9 |
| 1. GROSSESSE GÉMELLAIRE BICHORIALE BIAMNIOTIQUE, CADRE THÉORIQUE | 10 |
| 1.1. <i>CARACTÉRISTIQUES EMBRYOLOGIQUES</i> | 10 |
| 1.2. <i>CARACTÉRISTIQUES ANATOMIQUES</i> | 11 |
| 1.3. <i>GROSSESSE À RISQUE</i> | 12 |
| 1.4. <i>SURVEILLANCE DES GROSSESSES GÉMELLAIRES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES</i> | 14 |
| 2. DÉROULEMENT DU TRAVAIL | 15 |
| 2.1. <i>PHASE DE LATENCE</i> | 15 |
| 2.2. <i>PHASE ACTIVE</i> | 17 |
| 2.3. <i>POSITIONS DE TRAVAIL</i> | 19 |
| DEUXIEME PARTIE : METHODES ET RESULTATS | 20 |
| 1. MATÉRIELS ET MÉTHODES | 21 |
| 1.1. <i>PROBLÉMATIQUE</i> | 21 |
| 1.2. <i>OBJECTIFS</i> | 21 |
| 1.3. <i>HYPOTHÈSES</i> | 21 |
| 1.4. <i>CRITÈRES DE JUGEMENT</i> | 21 |
| 1.5. <i>SCHEMA D'ÉTUDE</i> | 21 |
| 1.6. <i>ASPECTS LOGISTIQUES</i> | 22 |
| 2. RÉSULTATS | 22 |
| 2.1. <i>LA POPULATION</i> | 23 |
| 2.2. <i>SURVEILLANCE FŒTALE</i> | 24 |
| 2.3. <i>CONDITIONS MATERNELLES</i> | 27 |
| 2.4. <i>LES POSITIONS DE TRAVAIL DE LA PARTURIENTE</i> | 27 |
| 2.5. <i>EMPLOI DU SYNTOCINON®</i> | 29 |
| 2.6. <i>UTILISATION D'AUTRES MÉDICATIONS OU MOYENS THÉRAPEUTIQUES</i> | 31 |
| TROISIEME PARTIE : DISCUSSION | 32 |
| 1. ANALYSE DES RÉSULTATS | 33 |
| 1.1. <i>PROFIL DES SAGES-FEMMES</i> | 33 |
| 1.2. <i>UN CONSENSUS DANS LA SURVEILLANCE FŒTALE</i> | 33 |
| 1.3. <i>UN CONSENSUS DANS LES CONDITIONS MATERNELLES</i> | 34 |
| 1.4. <i>UN CONSENSUS DANS LA MOBILISATION DE LA PARTURIENTE</i> | 35 |
| 1.5. <i>UN CONSENSUS POUR L'EMPLOI DU SYNTOCINON®</i> | 35 |
| 1.6. <i>UN CONSENSUS POUR L'UTILISATION D'AUTRES MÉDICATIONS OU MOYENS THÉRAPEUTIQUES</i> | 35 |
| 2. DISCUSSION | 36 |
| 3. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE | 38 |
| 3.1. <i>LES POINTS FORTS</i> | 38 |
| 3.2. <i>LES POINTS FAIBLES</i> | 38 |
| 4. PROPOSITIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL DES GROSSESSES GÉMELLAIRES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES NON COMPLIQUÉES | 39 |
| CONCLUSION | 40 |
| BIBLIOGRAPHIE | 41 |
| ANNEXES | 47 |

INTRODUCTION

Les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques représentent plus des trois quarts des grossesses gémellaires. Les autres types de grossesses gémellaires sont monochoriales biamniotiques et monochoriales monoamniotiques. Le diagnostic de la chorionicité des grossesses gémellaires, fait de manière échographique au premier trimestre, est primordial pour une prise en charge et un suivi adapté. Les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques comportent deux modes d'origines ; une division précoce d'un embryon unique ou une croissance de deux follicules distincts durant un même cycle, différenciant ainsi la monozygotie de la dizygotie. La division précoce serait un événement accidentel tandis que la croissance de deux follicules proviendrait de différents facteurs et notamment du taux d'hormone folliculo-stimulante (FSH) dont l'augmentation serait en corrélation avec l'âge maternel. [1-5]

En 2017, l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) publie une étude sur la fécondité en France démontrant que les femmes donnent naissance à leur premier enfant, en moyenne, à 28,5 ans en 2015 contre 24,0 ans en 1974. [6,7] De la même manière, en 2019, l'INSEE fait paraître des données sur l'âge moyen des femmes à la naissance donnant un âge moyen en 2018 à 30,9 ans contre 30,2 ans en 2010 ou encore 28,9 ans en 1994. [8] Cette tendance d'évolution de l'âge maternel constitue alors un des facteurs qui influe sur le taux de grossesses gémellaires. [9,10]

L'âge maternel caractérise également une des causes importantes d'infertilité et de recours à l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP). En France, le rapport médical et scientifique de l'Agence de Biomédecine sur l'AMP, publié en 2017, recense 3,1% des naissances résultant d'un recours à l'AMP en 2016 versus 2,9% des naissances en 2012 et 2,6% des naissances en 2009, soit des données comparables, en légère augmentation, au cours des années depuis notamment le développement de la fécondation in vitro à partir des années 1980. [11-14] L'essor des différentes techniques de procréation médicalement assistée engendre une grande probabilité de grossesses multiples, cela constitue donc un facteur supplémentaire au taux de grossesses gémellaires.

En France, l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) recense un taux d'accouchement de grossesses gémellaires à 17,2 pour mille naissances en 2017 contre 15,6 pour mille naissances en 2008 ; une incidence en constante augmentation. [5,15,16] De plus, dans l'enquête nationale périnatale issue du rapport de 2016, sur la situation en 2016 et l'évolution depuis 2010, rédigée par l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le mode de début de travail des grossesses gémellaires est pour 37,2% spontané, pour 31,0% déclenché et pour 31,8% césarisé avant le travail. [9] L'accouchement voie basse de ces grossesses représente alors la voie prédominante.

Les grossesses gémellaires sont des grossesses à risque, s'inscrivant dans un groupe à haut risque de morbi-mortalité maternelle et fœtale pendant la grossesse et l'accouchement. Les pathologies afférentes aux grossesses sont avérées plus fréquentes que pour les grossesses singletons. [9,17,18]

De ce fait, la Haute Autorité de Santé (HAS) invite chaque structure à rédiger des protocoles de prise en charge des grossesses multiples adaptés à chacun et mentionne que l'accouchement peut être pratiqué dans tous les types de maternités. [19]

À travers l'analyse de ces données et de mes observations faites tout au long de ma formation à l'école de sage-femme, il m'apparaît indispensable d'avoir une conduite à tenir établie pour les différents stades de l'accouchement des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques. Le domaine de compétences de la sage-femme est la physiologie, la grossesse gémellaire est considérée comme grossesse à risque, néanmoins la surveillance du travail est dévolue à la sage-femme comme la grossesse singleton. [20] Les sages-femmes transmettent leurs pratiques et leurs connaissances aux étudiant(e)s sages-femmes selon leurs expériences acquises. En effectuant des stages dans différents centres hospitaliers, j'ai pu observer leurs différences de pratiques concernant le travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques, ce qui m'a amené à me questionner sur ces dernières et envisager une manière commune d'assurer le travail.

Dans ce travail de recherche, il sera abordé le premier stade du travail dans le cadre d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée. L'objectif principal sera d'effectuer une description des pratiques professionnelles des sages-femmes face au suivi du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques et les objectifs secondaires seront de recenser les différentes méthodes posturales utilisées et d'identifier les médicaments et les thérapeutiques dispensés au cours du travail. Nous cherchons donc à répondre à la problématique suivante : Comment la sage-femme en salle de naissance assure-t-elle le travail d'une parturiente présentant une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée?

Afin de répondre à la problématique, dans un premier temps, ce travail de recherche exposera le cadre théorique d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique avec les particularités de son suivi et de sa prise en charge à l'accouchement. Par la suite, il présentera le travail de recherche effectué en précisant la méthode et en exposant les résultats de l'étude. Enfin, il analysera les résultats avec confirmation ou infirmation des hypothèses, et confrontera ceux-ci aux données de la littérature.

Première partie : Contexte

1. GROSSESSE GÉMELLAIRE BICHORIALE BIAMNIOTIQUE, CADRE THÉORIQUE

Une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique correspond au développement de deux fœtus distincts comprenant des particularités embryologiques et anatomiques.

1.1. CARACTÉRISTIQUES EMBRYOLOGIQUES

La fécondation se caractérise par l'union d'un spermatozoïde et d'un ovocyte aboutissant à la formation d'un zygote contenant un jeu de chromosomes diploïdes avec un sexe chromosomique établi. Ce zygote achevé représente alors la première cellule de l'embryon. [21-23]

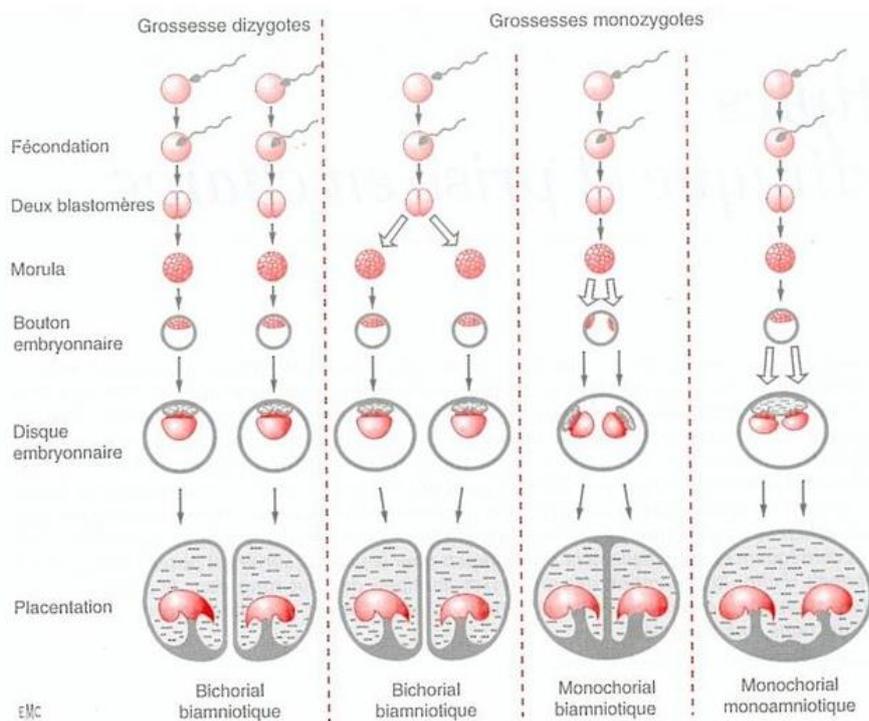


Figure 1 : Schéma de l'embryogénèse et de la placentation des grossesses gémellaires

1.1.1. Jumeaux dizygotes

Chaque cycle ovulatoire forme un follicule de De Graaf dont la maturation est assurée notamment par l'hormone folliculo-stimulante (FSH). Ce follicule, dit mature, contient un ovocyte qui se verra libéré au quatorzième jour du cycle menstruel. Une forte augmentation du taux de FSH peut aboutir à la maturation de plusieurs follicules matures et ainsi à la libération de plusieurs ovocytes potentiellement fécondables. Lorsque deux ovocytes distincts sont simultanément fécondés, par deux spermatozoïdes, pendant un même cycle cela aboutit au développement d'une grossesse dizygote où chaque zygote contient son propre patrimoine génétique avec une possibilité de sexe identique ou différent. Ils évoluent indépendamment et s'implantent séparément sur la muqueuse utérine.

Lors d'une procréation médicalement assistée, l'utilisation de gonadotrophine, tel que FSH, pour stimuler l'ovulation ou la fécondation in-vitro peut aboutir au développement de deux ovocytes indépendant. [24,25]

1.1.2. Jumeaux monozygotes

La fécondation d'un ovocyte unique peut aboutir à une grossesse gémellaire monozygote provenant de la séparation et du dédoublement des structures du zygote donnant ainsi deux embryons avec un patrimoine génétique et un sexe identique. Ce dédoublement peut se produire à différents stades du développement et donner ainsi différents types anatomiques. Lorsque celui-ci se produit au stade de blastomère deux embryons sont obtenus, évoluant et s'implantant séparément à l'instar des jumeaux dizygotes.

1.2. CARACTÉRISTIQUES ANATOMIQUES

Les grossesses gémellaires dites bichoriales biamniotiques correspondent à deux fœtus ayant des placentas et des membranes distinctes ce qui leur permet une implantation et une évolution séparée. Par conséquent, leurs systèmes vasculaires extra-placentaires sont également distincts.

La nidation de chaque embryon dans la muqueuse utérine étant indépendante, celle-ci peut se dérouler de manière distante ou rapprochée ; et ainsi, les placentas peuvent paraître distincts ou fusionnés.

Le diagnostic des caractéristiques anatomiques, appelé diagnostic de chorionicité, se fait de manière échographique le plus précocement possible afin d'être le plus fiable. Les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques sont distinguables entre 7 et 10 semaines d'aménorrhées (SA) avec visualisation de deux sacs gestationnels distincts ; et au moment de l'échographie du 1^{er} trimestre entre 11 et 14 SA avec la visualisation du signe du lambda, qui établit définitivement la chorionicité. Le comptage des sacs gestationnels peut se faire en dessous de 7 semaines avec conservation des clichés dans le dossier. [5,26]



Figure 2 : Cliché échographique représentant le signe du Lambda des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques.

(Source : L. DELINGER)

1.3. GROSSESSE À RISQUE

Le diagnostic de la chorionicité a son importance pour un pronostic et une prise en charge optimale des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques dans la rythmicité des examens et la prévention des risques.

Ces grossesses sont à considérer à risque de morbi-mortalité du fait d'une plus forte incidence des complications maternelles et fœtales. [1-5, 17, 27] Tout praticien venant à prendre en charge ces patientes doit y être sensibilisé.

1.3.1. Risques maternels

Au cours de la grossesse, l'organisme de la femme enceinte s'adapte au travers de modifications physiologiques permettant ainsi le développement et la croissance du fœtus jusqu'à l'accouchement. Ces modifications, touchant l'ensemble de l'organisme, peuvent avoir par exemple des conséquences cardio-vasculaires (hypertension artérielle, pré-éclampsie), métaboliques (diabète), respiratoires (embolie pulmonaire), hématologiques (anémie, carence), hépatiques (cholestase), dermatologiques (prurit, urticaire), rénales (pyélonéphrite).

Le caractère multiple d'une grossesse augmente d'autant plus les modifications maternelles, par conséquent le risque d'apparition des différentes pathologies associées à la grossesse. [28]

Ce postulat est démontré par l'enquête nationale périnatale de 2016, où l'hospitalisation pendant la grossesse est de 50,5% pour les grossesses gémellaires contre 17,5% pour les grossesses singletons ; reflétant ainsi le risque plus accru de ce type de grossesse. [9]

1.3.2. Risques fœtaux

La prématurité et la restriction de croissance intra-utérine sont les premiers risques majorés par une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique. L'existence d'un placenta praevia ou de complication de travail comme la dystocie dynamique, la dystocie mécanique, la procidence du cordon et la souffrance fœtale aiguë, peuvent aussi être citées.

1.3.2.1. Prématurité

Comme toutes les grossesses multiples, les grossesses gémellaires sont un des facteurs de risques d'accouchement prématuré (< 37 SA). [29-31]

Les conséquences des grossesses gémellaires peuvent être vues comme de véritables réactions en chaîne. En effet, la présence de deux fœtus induit une distension utérine augmentant alors sa pression et provoquant un risque de contractions utérines, d'ouverture prématurée du col et de rupture précoce des membranes augmentées.

Dans le cas des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques, la présence de deux placentas élargit la zone d'implantation et peut donner un placenta bas inséré, ce qui constitue également un facteur de risque supplémentaire à l'accouchement prématuré.

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, le taux de prématurité (< 37 SA) des grossesses gémellaires représente 47,5 % en 2016 (41,9% en 2010) contre 6,0% (5,5%) chez les singletons, soit une fréquence multipliée environ par 8. De plus, que ce soit le risque de prématurité moyenne (entre 32 et 37 SA) ou de grande prématurité (entre 28 et 32 SA), celui-ci est plus important chez les grossesses gémellaires que chez les singletons. Ainsi, à 35 SA, l'enquête note 11,3% de naissances gémellaires contre 1,0% de singletons ; ou 9,9% de naissances gémellaires inférieures ou égales à 31 SA contre 0,9% de singletons. [9]

Pour comparaison, l'enquête nationale périnatale de 2003, sur la situation en 2003 et l'évolution depuis 1998, réalisé par l'INSERM, montre que le taux de prématurité (< 37SA) des grossesses gémellaires représente 44,9% en 2003 (47,8 en 1998) contre 5,8% (5,3%) chez les singletons soit environ une fréquence multipliée par 8 (9). Les différences non significatives au cours des années montrent que la prématurité des jumeaux est un risque important ne faisant pas l'objet d'évolution dans le temps. [32]

1.3.2.2. Restriction de croissance intra-utérine (RCIU)

La définition du RCIU, faite par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), est celle d'un poids fœtal rapporté à l'âge gestationnel inférieur au 10^{ème} percentile associé à des arguments en faveur d'un ralentissement ou d'une croissance fœtale pathologique. [33,34]

Parmi les étiologies des RCIU, les grossesses multiples, et par conséquent les grossesses gémellaires, sont une cause fœtale avérée.

Il est à noter que l'estimation de poids fœtal des jumeaux se réfère aux mêmes courbes de croissance que les singletons. La particularité des grossesses gémellaires est part l'existence d'une discordance de poids fœtal constituant un outil de diagnostic supplémentaire au RCIU. Cette discordance est calculée par la formule :

$$\frac{(Poids\ du\ jumeau\ le\ plus\ gros) - (Poids\ du\ jumeau\ le\ plus\ petit)}{(Poids\ du\ jumeau\ le\ plus\ gros)} \times 100$$

Une discordance atteignant 20 à 25% constitue un signal d'alerte pour le jumeau le plus petit.

La croissance des jumeaux peut être freinée par la distension utérine, le manque de place ainsi que par une anomalie placentaire. Dans le cas des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques, une implantation basse du placenta constitue un risque supplémentaire au RCIU. De plus, les placentas étant distincts, ils peuvent développer une anomalie de manière indépendante, jouant un rôle dans le RCIU.

Le rapport 2016 de l'enquête nationale périnatale rapporte que la fréquence de petit poids pour l'âge gestationnel (<10^{ème} percentile) est de 34,7% en 2016 (35,5% en 2010) pour les gémellaires contre 10,8% (10,1%) pour les singletons soit une fréquence multipliée par 3. Pour un poids de naissance inférieur à 2500g, cela représente 53,9% (49,3% en 2010) chez les gémellaires contre 5,7% (5,0%) chez les singletons soit une fréquence multipliée environ par 10. [9]

En comparaison, l'enquête nationale périnatale de 2003 rapporte que pour un poids de naissance inférieur à 2500g, les naissances gémellaires représentent 56,3% (57,1% en 1998) contre 6,2% (5,4%) des naissances singletons soit une fréquence multipliée par 9 (11). Les différences entre ces deux rapports sont non significatives mais reflètent bien le risque de faible poids des jumeaux toutes périodes confondues. [32]

1.4. SURVEILLANCE DES GROSSESSES GÉMELLAIRES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES

En décembre 2009, le CNGOF publie des recommandations pour la pratique clinique sur la surveillance des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées. [35,36]

En raison du caractère à haut risque de ce type de grossesse, il est alors recommandé d'y apparenter un suivi mensuel par un gynécologue obstétricien ainsi qu'un suivi échographique mensuel dès le premier trimestre. De plus, les recommandations de la HAS de mai 2016, portant sur le suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées, spécifie un suivi de type A2 pour les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques. Ce type de suivi indique un suivi régulier assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien), selon le choix de la parturiente, avec avis d'un gynécologue-obstétricien nécessaire. [37]

A chaque échographie, les deux fœtus doivent être distingués en mentionnant leur position ainsi que celle de leur placenta respectif. Les biométries de chaque fœtus doivent également être effectuées avec une estimation de poids fœtal. Ces biométries seront rapportées aux courbes de croissance des singletons.

Lorsque la discordance de poids fœtal atteint 20 à 25%, il est recommandé d'organiser une surveillance plus étroite.

En ce qui concerne la surveillance des doppler, il n'est pas recommandé de réaliser un doppler des artères utérines, en revanche il est recommandé de réaliser un doppler ombilical de chaque fœtus à chaque échographie dès l'échographie de 22 SA.

Les mesures de prévention de la prématurité mises en place résident notamment dans le congé maternité qui est de 12 semaines contre 6 semaines pour les singletons. Le cerclage prophylactique systématique n'est pas indiqué ainsi que les antispasmodiques et les tocolytiques.

L'augmentation non significative des complications maternelles dans ce type de grossesse ne permettent pas de recommander un dépistage systématique du diabète gestationnel ou un suivi clinique plus rapproché que pour les singletons.

Dès lors que les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques ne relèvent pas de complications, il est recommandé de prévoir un accouchement à partir de 38 SA et avant 40 SA. [38]

2. DÉROULEMENT DU TRAVAIL

Un début de travail est caractérisé par des contractions utérines régulières, progressives dans leur durée et leur intensité, plus ou moins douloureuses, efficaces, c'est-à-dire entraînant des modifications du col de l'utérus. Par la suite, le travail est divisé en trois stades qui sont dilatation cervicale, descente dans l'excavation pelvienne - expulsion et délivrance. [39,40]

Le premier stade du travail est, lui-même, scindé en deux phases ; une phase de latence qui débute avec les premières contractions utérines et une phase active qui débute à 5-6 cm de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète.

Le deuxième stade du travail débute à dilatation complète et se termine à la naissance du ou des bébés. Celle-ci peut, également, être distinguée en deux phases avec une phase de descente et une phase expulsive.

Le troisième stade du travail correspond à l'expulsion de la galette placentaire.

Pour une prise en charge optimale de l'accouchement des grossesses gémellaires, il est indispensable que l'équipe médicale, prenant en charge la parturiente, soit parfaitement au fait du dossier de cette dernière ; et ainsi s'adapter à la conduite à tenir.

D'après les recommandations de la HAS de décembre 2009 sur l'orientation des femmes enceintes, tout type de maternité peut prendre en charge l'accouchement des grossesses gémellaires sous réserve de la présence d'une équipe complète au moment de l'accouchement et de l'adéquation de la maternité avec le terme et l'estimation de poids. Une équipe complète est constituée d'un obstétricien, d'une sage-femme, d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre. [19,41]

2.1. PHASE DE LATENCE

2.1.1. Surveillance fœtale et maternelle

Dès le commencement du travail, la surveillance maternelle et fœtale doit être assurée et tracée afin d'évaluer le bien-être maternel et fœtal. Celle-ci repose sur l'enregistrement des rythmes cardiaques de chaque jumeau ainsi que l'enregistrement des contractions utérines afin de dépister les souffrances fœtales. [42-44]

Les dernières recommandations sur la surveillance fœtale datant de 2007, rapportent que la surveillance du travail discontinu ne peut se concevoir que pour une patiente à bas risque. Les grossesses gémellaires qui ne s'inscrivent pas dans cette catégorie, doivent bénéficier d'une surveillance continue. [45]

En effet, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des deux jumeaux doit être continu pendant le travail. L'utilisation de cardiocardiographes spécialement conçus pour l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal dans les grossesses gémellaires offre la possibilité de décaler de 20 battements par minute les rythmes et ainsi éviter la superposition de ceux-ci et faciliter leur analyse. Tout au long du travail il est important de s'assurer que le rythme du jumeau 1 (J1) n'est pas superposable à celui du jumeau 2 (J2), ce qui signifierait que l'on enregistre deux fois le même jumeau.

De plus, en cas de confusion entre les rythmes, il est possible d'utiliser une électrode au scalp sur J1 dès la rupture de ses membranes et une dilatation d'au moins 2 cm. Il peut être intéressant d'utiliser une tocographie interne, alternative aux facteurs pariétaux limitant éventuels de ce type de grossesse, pour l'enregistrement des contractions ; celle-ci permet une meilleure analyse entre le rapport contractions utérines et rythmes fœtaux.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est d'autant plus important que le dépistage d'asphyxie per-partum est surtout difficile en ce qui concerne le deuxième jumeau. Effectivement, en cas d'anomalie de son rythme, sa position postérieure ne va pas permettre d'apprécier précisément la couleur de son liquide amniotique, de réaliser la mesure des lactates et du pH au scalp ; qui sont les mesures du diagnostic de souffrance fœtale.

En ce qui concerne la surveillance maternelle, aucune donnée ne spécifie une surveillance particulière vis-à-vis de la gémellarité. En l'absence de signes de gravité, la surveillance peut suivre les recommandations de la HAS de décembre 2017 sur l'accouchement normal. Elle comprend une prise de fréquence cardiaque, de tension artérielle, de température toutes les quatre heures, et la proposition d'un toucher vaginal toutes les deux à quatre heures (de façon plus fréquente si souhait de la parturiente ou signe d'appel). Durant la phase de latence, il est recommandé d'encourager la femme à exprimer ses besoins et ses envies, en particulier sur sa mobilité ou ses besoins en analgésie. Il est recommandé d'évaluer la douleur de manière objective en utilisant une échelle adaptée (échelle visuelle analogique EVA, échelle numérique simple ENS). [39]

2.1.2. Rupture artificielle des membranes

Le liquide amniotique a un rôle mécanique important durant le travail qui consiste à amortir les contractions par l'intermédiaire de ses membranes élastoplastiques et évite la compression du cordon. Durant le travail, les contractions utérines exercent une pression sur le segment inférieur et sur le fœtus qui, grâce au liquide amniotique, est équitablement répartie. [46,47]

Lorsque la poche des eaux est rompue, la présentation fœtale se retrouve en pression direct sur le col améliorant ainsi sa dilatation. Les différents éléments constituant le liquide amniotique, notamment les prostaglandines et l'oxytocine endogènes libérées à la rupture, ont alors une action directe sur le myomètre pour accroître son activité utérine. La rupture artificielle des membranes, aussi appelée amniotomie, est donc utilisée pour accélérer le travail en augmentant la fréquence et l'intensité des contractions utérines. [48,49]

Les recommandations de 2016 sur l'administration de l'oxytocine lors du travail spontané, réalisées par le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF), vont dans ce sens et montrent qu'en cas de dystocie dynamique, il faut pratiquer une rupture artificielle des membranes avant l'administration veineuse d'oxytocine. [50]

Une amniotomie systématique sur J1 n'est pas recommandée pour le travail des grossesses gémellaires. Cependant la mise en place d'un déclenchement artificiel ou le risque plus fréquent de dystocie dynamique dû à la sur-distension utérine et/ou la nécessité d'accès à la présentation fœtale peuvent être des indications à la réalisation d'une amniotomie.

2.2. PHASE ACTIVE

2.2.1. Analgésie péridurale (APD)

L'APD sur ce type de grossesse n'est pas une obligation mais est fortement conseillée. Elle peut être posée à tout moment du travail même à dilatation complète compte tenu des risques de manœuvres obstétricales pour l'accouchement des jumeaux, notamment de J2. Le risque de manœuvres endo-utérines après l'accouchement et le risque de césarienne au cours du travail, de même qu'au moment de la naissance de J2, sont des indications supplémentaires à la pose de celle-ci. [18]

La surveillance de l'analgésie péridurale peut être assurée par un médecin anesthésiste-réanimateur, un(e) infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'état ou un(e) sage-femme diplômé(e) d'état.

En 2007, La Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) a élaboré des recommandations pour la pratique clinique sur l'APD et sa surveillance. Celles-ci préconisent la mise en place d'une voie veineuse périphérique fonctionnelle, la surveillance automatisée de la pression artérielle de manière rapprochée pendant les 20 à 30 premières minutes d'analgésie, ainsi que la mise en route d'un monitoring par électrocardioscope et oxymétrie de pouls. [51,52]

2.2.2. Oxytocine (Syntocinon®)

L'utilisation d'oxytocine au cours du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques ne fait pas l'objet de recommandation spécifique que ce soit dans son utilisation, son dosage ou son débit.

Les recommandations de 2016 sur l'utilisation de l'oxytocine sont adressées aux parturientes en travail spontané, à terme, avec présentation céphalique sans utérus cicatriciel ni retard de croissance. Elles recommandent l'administration d'oxytocine en cas de dystocie pendant la phase active, c'est-à-dire lorsque la vitesse de dilatation cervicale est inférieure à 1 cm par 4h entre 5 et 7cm ou inférieure à 1cm par 2h au-delà de 7cm. Une amniotomie aura été réalisée minimum une heure auparavant. [50]

Cependant, selon la fiche du médicament, une distension excessive de l'utérus constitue une contre indication à son utilisation de part l'augmentation de risque de rupture utérine. La sur-distension utérine causée par la gémellarité constitue alors une situation conduisant à une précaution particulière. [53-55]

Devant une dystocie dynamique ou une anomalie de dilatation cervicale au cours du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques, et suite au préalable à une amniotomie sur J1, il semble justifiée de débiter un travail dirigé par oxytocine.

Lors d'un déclenchement artificiel du travail par oxytocine, son utilisation est, comme pour les grossesses singletons, fonction des conditions cervicales favorables avec un bishop supérieur à 6.[38]

2.2.3. Autres thérapeutiques

Selon les recommandations de la HAS de 2017 sur l'accouchement normal, différentes interventions non médicamenteuses peuvent être proposées pendant le travail pour atténuer la douleur et le stress. Parmi elles, l'acupuncture et l'hypnose peuvent être proposées. [39]

Sous réserve d'un diplôme universitaire, la sage-femme est autorisée à réaliser des actes d'acupuncture. Durant le travail, cette méthode est notamment utilisée pour son action analgésique, en effet, elle atténue la douleur des contractions utérines jusqu'à 5-6cm de dilatation. En revanche, son efficacité semble insuffisante pour la suite de l'accouchement. L'acupuncture constitue une alternative à la péridurale mais également à l'usage d'autres thérapeutiques analgésiques éventuellement pourvoyeuses d'effets secondaires pour la mère et les fœtus. [52]

La sage-femme peut également être formée en hypnose avec ses spécificités d'applications en obstétrique. Il existe différentes techniques d'hypnose qui par le biais de la suggestion et de métaphores permettent de mettre la patiente dans un état de conscience modifié appelé « *état hypnotique* ». Cet état permet de moduler les réactions du patient face à la douleur, au stress, aux interventions médicales et ainsi permettre de lui assurer un meilleur confort physique et psychologique. Le travail et l'accouchement peuvent être réalisés sous hypnose en s'adaptant à chaque parturiente car il peut exister un risque de décompensation psychiatrique. A ce jour, l'hypnose peut être utilisée comme moyen thérapeutique non médicamenteux mais le niveau de preuve reste faible quant à son utilisation pendant l'accouchement. [52]

A contrario, des interventions médicamenteuses peuvent être proposées durant le travail afin de palier à la douleur, au stress et/ou aux dystocies de l'accouchement.

Les médicaments homéopathiques sont une prescription sage-femme (Article L4151-4 du code de la santé publique) [56] qui peut être utilisée durant les différentes phases de l'accouchement. En effet, leur utilisation peut permettre d'apaiser les douleurs et les angoisses ainsi que favoriser un travail efficace.

Parmi les plus répandus à l'accouchement, on peut citer *Actae racemosa* 9 CH, utilisé pour réguler les contractions utérines et assouplir le col ; *Caulophyllum* 9 CH, utilisé pour lutter contre les dystocies de démarrage et les contractions utérines douloureuses avec un col rigide ; *Arnica montana* 15 CH utilisé pour faciliter le travail, calmer les douleurs, et atténuer le risque hémorragique ; ou encore *Ignatia* 15 CH utilisé pour les angoisses de l'accouchement. [57-59]

Le phloroglucinol, Spasfon®, est un antispasmodique musculotrope, qui possède une activité spasmolytique sur les muscles lisses et un effet anti-nociceptif viscéral, en particulier au cours d'épisodes de douleur aiguë. Indiqué dans le traitement des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie, et dans le traitement adjuvant des contractions utérines au cours de la grossesse en association au repos. Il est également utilisé au cours du travail, sous prescription sage-femme, afin de diminuer les résistances segmentaires ou cervico-segmentaires. [56, 60-63]

Le calcium, sous sa forme ionique Ca^{2+} , est un élément nécessaire à la contraction des fibres musculaires lisses qui composent l'utérus. Il peut être prescrit et administré au cours du travail par la sage-femme, sous sa forme injectable le Gluconate de Calcium®, afin d'augmenter la force contractile. Il peut être associé au Spasfon® pour diminuer les spasmes cervicaux. [54, 56, 64]

Que ce soit les interventions médicamenteuses ou non, les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques ne sont soumises à aucune contre indication.

2.3. POSITIONS DE TRAVAIL

Lors du premier stade du travail, la mobilité et les postures améliorent notablement l'adaptation mécanique ainsi que la gestion de la douleur. [39] En effet, la mécanique obstétricale dépend de la dynamique utérine, de la douleur, du mobile fœtal et du bassin maternel. Ainsi le choix d'une posture doit tenir compte de l'ensemble de ces facteurs et de leurs interactions.

Le Docteur Bernadette DE GUASQUET est la précurseuse de cette notion. [65,66] Que ce soit en phase de latence ou en phase active, les aménagements de postures peuvent répondre à différents besoins pour permettre une descente, une ouverture du bassin et/ou une rotation de la tête fœtale.

Les postures verticales regroupent les postures debout, accroupie ou assise avec ou sans accessoires tel que les étriers, le ballon, le coussin ou l'arceau. Elles permettent de dynamiser l'utérus et ainsi favoriser la descente du bébé ou des bébés qui, en appuyant d'avantage sur le col, accélère la dilatation cervicale.

La posture assise sur un ballon, front en appui sur un meuble et le père massant le bas du dos de la mère compte parmi les postures verticales permettant de mobiliser au mieux le bassin.

Les postures horizontales regroupent les postures couchées sur le dos, sur le côté mais aussi le quatre pattes. Ces postures permettent notamment de soulager la douleur, de se reposer, mais aussi, selon leur agencement, d'ouvrir les différents détroits du bassin favorisant ainsi la descente de la présentation dans l'excavation pelvienne et sa rotation.

La posture couchée sur le côté compte parmi les plus utilisées pendant le travail. Aidée d'un coussin, la parturiente s'allonge sur le côté avec la cuisse supérieure ramenée vers la poitrine ainsi le sacrum est libéré et le bébé se retrouve dans son axe.

Au cours du travail, la parturiente prend, d'elle-même, des positions en accord avec la physiologie de son corps. La sage-femme attentive à la gestuelle des parturientes peut intervenir afin de les conseiller sur certaines positions qui peuvent soulager ou améliorer l'avancée du travail. [49]

Au fur et à mesure de l'avancée de ce travail, la parturiente peut, si elle le désire, bénéficier d'une analgésie péridurale, qui selon le dosage, peut permettre de marcher ou du moins de bouger sur la table et adopter différentes positions. Nous allons alors retrouver les mêmes catégories de postures, à l'exception des postures debout, qui seront aménagées pour la table d'accouchement.

Dans le cas des grossesses gémellaires, la diversification des positions réalisées doivent prendre en compte l'enregistrement du rythme cardiaque des deux fœtus en continue dès l'entrée en salle de naissance.

Deuxième partie : Méthodes et Résultats

1. MATÉRIELS ET MÉTHODES

1.1. PROBLÉMATIQUE

La problématique de ce travail de recherche a été : Comment la sage-femme en salle de naissance assure-t-elle le travail d'une parturiente présentant une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée?

1.2. OBJECTIFS

L'objectif principal a été de décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes face au suivi du travail d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée.

Les objectifs secondaires ont été de recenser les différentes méthodes posturales utilisées pendant le travail et d'identifier les médicaments et les thérapeutiques dispensés au cours du travail.

1.3. HYPOTHÈSES

Les hypothèses ont été les suivantes :

- ❖ Hypothèse n°1 : La sage-femme privilégie la posture semi-assise de la parturiente en phase active.
- ❖ Hypothèse n°2 : La sage-femme pose systématiquement du Syntocinon® durant le travail.
- ❖ Hypothèse n°3 : La sage-femme propose d'autres médicaments, thérapeutiques que le Syntocinon®.

1.4. CRITÈRES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal a été la dilatation cervicale.

Les critères de jugement secondaires ont été les suivants :

- ❖ Les types de position proposés par la sage-femme pendant le travail.
- ❖ La posologie, le débit et la dose maximale de Syntocinon® utilisé par la sage-femme pendant le travail.
- ❖ Les médicaments et thérapeutiques utilisés par la sage-femme pendant le travail.

1.5. SCHEMA D'ÉTUDE

1.5.1. Type d'étude

Cette étude a été épidémiologique, observationnelle, descriptive, multicentrique par questionnaire semi-directif.

1.5.2. Élaboration du questionnaire

Elaboré en mai 2018, le questionnaire a comporté 34 questions simples, dont 15 questions fermées, 15 questions ouvertes et quatre questions mixtes. Il a été testé par une sage-femme enseignante afin de l'améliorer. (ANNEXE I)

Le questionnaire a comporté six parties : l'identité professionnelle de la sage-femme, la surveillance fœtale, les conditions maternelles, les positions de travail de la parturiente, l'utilisation du Syntocinon® et l'utilisation d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques.

1.5.3. Déroulement de l'étude

Les questionnaires ont été distribués dans les services de salle de naissance à partir d'août 2018 jusqu'à janvier 2019 dans les maternités de Nancy (Maternité Régionale Adolphe Pinard), Metz (Maternité de l'hôpital Mercy), Thionville (Maternité de l'hôpital Bel-Air), Verdun (Maternité de l'hôpital Saint-Nicolas), La Roche-sur-Yon (Maternité du Centre Hospitalier Départemental Vendée) et Toul (Maternité du Centre Hospitalier Saint-Charles).

Le recueil des données a été élaboré suite au complément anonyme de ce questionnaire par les sages-femmes des services de salle de naissance. Il leur a été délivré sous format papier mis à disposition dans les services ou sous format numérique envoyé par courriel via la cadre du service.

Afin de recueillir un maximum de données, plusieurs relances ont été effectuées dans chaque établissement.

1.5.4. Population étudiée

La population incluse a concerné les sages-femmes exerçant en salle de naissance des maternités sélectionnées, souhaitant faire partie de l'étude et ayant déjà suivi le travail de grossesse(s) gémellaire(s).

La population non incluse et exclue a concerné les sages-femmes n'exerçant pas en service de salle naissance ou exerçant en service de salle de naissance ne souhaitant pas faire partie de l'étude et/ou n'ayant jamais suivi le travail de grossesse gémellaire.

1.6. ASPECTS LOGISTIQUES

1.6.1. Exploitation des données et tests statistiques

La méthode d'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.

1.6.2. Aspects éthiques et règlementaires

Les participants à l'étude ont répondu sur la base du volontariat, de manière anonyme.

2. RÉSULTATS

Le nombre de sages-femmes ayant participé à l'étude a été de 100 sur 153 questionnaires distribués, soit un taux de participation à 65%. Parmi les 100 questionnaires, quatre, n'ayant jamais suivi le travail de grossesse gémellaire, ont été exclus de l'étude. Les résultats ont donc été obtenus grâce à l'analyse de 96 questionnaires.

2.1. LA POPULATION

2.1.1. Niveau de maternité

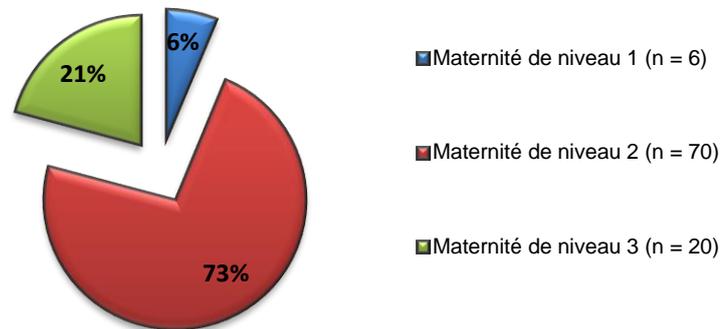


Figure 3 : Répartition des 96 sages-femmes par niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

2.1.2. Année d'obtention du diplôme

Les sages-femmes interrogées ont été diplômées entre 1980 et 2018. Les sages-femmes diplômées entre 2010 et 2018 ont été les plus participantes, représentant 42% de la population étudiée. (ANNEXE II, Figure 1 et 2)

2.1.3. Temps d'exercice en service de salle de naissance

Dans la population étudiée, le nombre d'année d'expériences en salle de naissance a été de moins d'un an à 38 ans. Seulement 5% d'entre elles ont comptabilisé moins d'un an d'expérience. 23% d'entre elles ont comptabilisé entre cinq à dix ans d'expériences et 21% entre un et cinq ans. Le reste de la population, soit 51%, avait plus de dix ans d'expériences. (ANNEXE II, Figure 3)

2.1.4. Formations effectuées

Parmi les 69% de sages-femmes ayant répondu avoir suivi des formations supplémentaires 24% ont bénéficié d'une formation diplômante et 76% d'une formation non diplômante. (ANNEXE II, Figure 4)

Le type de formation est très diversifié. Une formation a été mise en exergue : celle des positions de Bernadette De Gasquet avec 30 sages-femmes sur 66 sages-femmes formées.

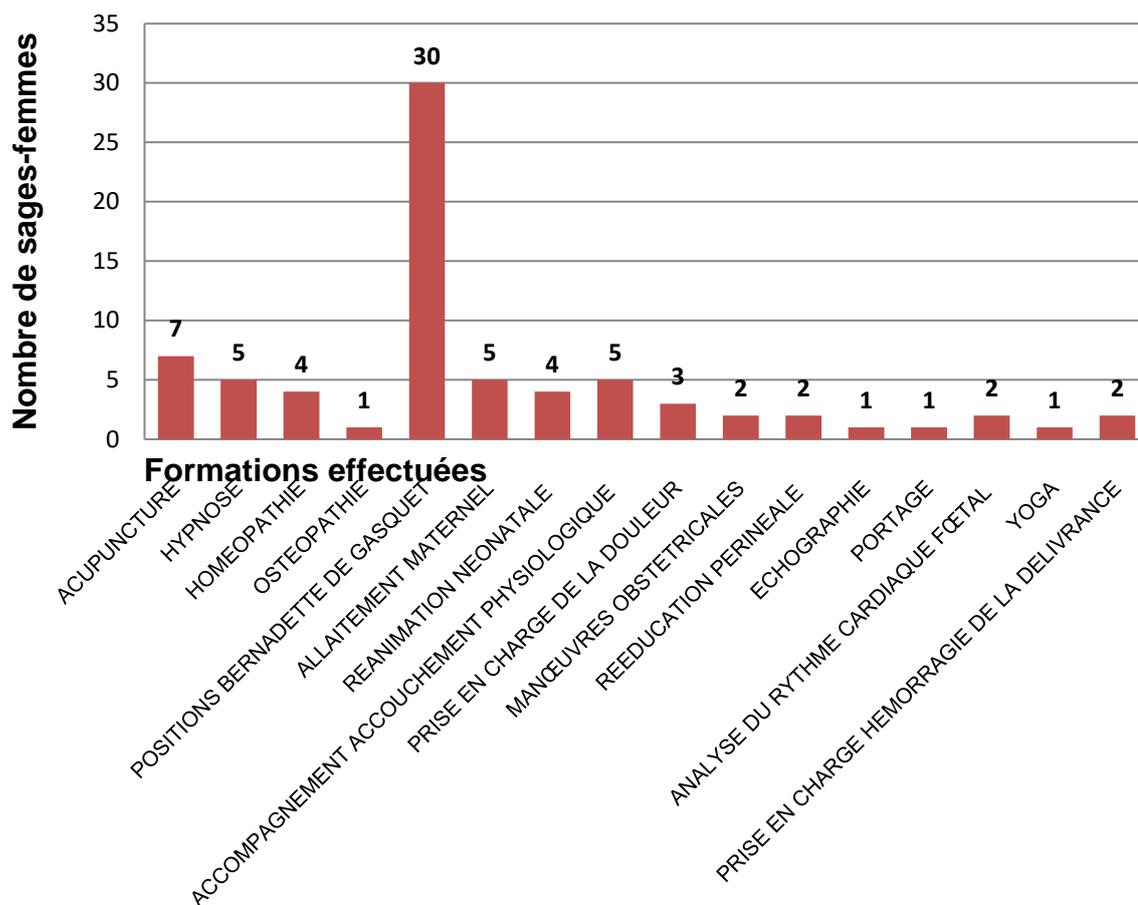


Figure 4 : Répartition des formations complémentaires effectuées par les 66 sages-femmes ayant répondu. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

2.1.5. Nombre de travaux suivis d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique

Les six sages-femmes en maternité de niveau 1 ont suivi moins de 5 travaux de grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques. Les sages-femmes exerçant en maternité de niveau 2 ont été réparties sur toutes les tranches et celles de niveau 3 ont été majoritairement dans la tranche des plus de 20 travaux suivis soit 16 sages-femmes sur 20. (ANNEXE II, figure 5)

2.2. SURVEILLANCE FŒTALE

2.2.1. Continuité de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux

Toutes les sages-femmes des maternités de niveau 1 et 3 ont enregistré de façon continue le rythme cardiaque des jumeaux dès l'entrée de la parturiente en salle de naissance. (ANNEXE III, figure1)

Dans les maternités de niveau 2, 11% des sages-femmes ont déclaré que l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux n'a pas été fait en continu dès l'entrée en salle de naissance. Les raisons énoncées, par ces sages-femmes, ont été :

- « Pas d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en continu si début de travail » pour 50% d'entre elles.
- « Enregistrement du rythme cardiaque fœtal discontinu avant pose de péridurale » pour 25% d'entre elles.
- « Enregistrement continu selon déclenchement et/ou dilatation » pour 25% d'entre elles.

2.2.2. Utilisation d'électrode au scalp sur le jumeau 1

Toutes les sages-femmes des maternités de niveau 1 et 3 se sont accordées sur la non-utilisation d'une électrode au scalp sur J1. (ANNEXE III, figure 2)

Vingt quatre pourcents des sages-femmes de maternité de niveau 2 ont utilisé, à contrario, une électrode au scalp sur J1, et ceci de manière non systématique pour l'ensemble d'entre elles.

Tableau 1 : Raisons invoquées par les 96 sages-femmes pour l'utilisation ou non d'une électrode au scalp sur J1. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 Effectif (%) | Maternité niveau 2 Effectif (%) | Maternité niveau 3 Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| « Pratique de l'établissement » | 1 (17) | - | 2 (10) | 3 (3) |
| « Electrode non disponible dans le service » | 5 (83) | - | 1 (5) | 6 (6) |
| « Utilisation non nécessaire » | - | 21 (30) | - | 21 (22) |
| « Utilisation si difficulté de différenciation et/ou difficulté à capter J1 » | - | 28 (40) | - | 28 (29) |
| « Utilisation si facteurs pariétaux limitant » | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| « Risques infectieux liés à son utilisation » | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| Non répondu | - | 19 (28) | 17 (85) | 36 (38) |

2.2.3. Tocographie

Toutes les sages-femmes des maternités de niveau 1 et 2 se sont accordées sur l'utilisation d'une tocographie externe. En maternité de niveau 2, 99% des sages-femmes ont suivi cette même position. (ANNEXE III, figure 3)

Tableau 2 : Raisons invoquées par les 96 sages-femmes pour l'utilisation d'une tocographie interne ou externe. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 Effectif (%) | Maternité niveau 2 Effectif (%) | Maternité niveau 3 Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|---|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| « Pratique de l'établissement » | 1 (17) | 2 (3) | 6 (30) | 9 (9) |
| « Tocographie interne non disponible dans le service » | 4 (66) | - | 3 (15) | 7 (7) |
| « Tocographie externe suffisante» | - | 16 (22) | 3 (15) | 19 (19) |
| « Simplicité d'emploi de la tocographie externe » | 1 (17) | 8 (11) | - | 9 (9) |
| « Si contractions mal captées utilisation d'une tocographie interne » | - | 18 (24) | - | 18 (18) |
| « Si stagnation utilisation d'une tocographie interne » | - | 3 (4) | - | 3 (3) |
| « Tocographie interne invasive » | - | 7 (10) | - | 7 (7) |
| « Risque de rupture avec une tocographie interne » | - | 5 (7) | - | 5 (5) |
| Non répondu | - | 14 (19) | 8 (40) | 22 (23) |

2.2.4. Continuité de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux et changement de positions

Tableau 3 : Avis et explications des 96 sages-femmes par niveau de maternité, face à la continuité de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux vis-à-vis du changement de positions. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 Effectif (%) | Maternité niveau 2 Effectif (%) | Maternité niveau 3 Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| « Oui » | - | 4 (6) | 2 (10) | 6 (6) |
| « Oui car difficulté d'enregistrement et de différenciation des 2 fœtus en continu » | 2 (33) | 35 (50) | 11 (55) | 48 (50) |
| « Parfois » | - | 8 (11) | - | 8 (9) |
| « Non » | 3 (50) | 15 (22) | 4 (20) | 22 (23) |
| « Non quand utilisation d'un monitoring sans fil » | 1 (17) | 1 (1) | - | 2 (2) |
| « Non le frein dépend de l'ampleur utérine » | - | 4 (6) | - | 4 (4) |
| Non répondu | - | 3 (4) | 3 (15) | 6 (6) |

2.3. CONDITIONS MATERNELLES

2.3.1. Amniotomie artificielle

Tableau 4 : Analyse de la réalisation d'une amniotomie par les 96 sages-femmes selon leur niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Amniotomie - Effectif (%) | Amniotomie + Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Maternité niveau 1 | 5 (83) | 1 (17) | 6 (100) |
| Maternité niveau 2 | 55 (79) | 15 (21) | 70 (100) |
| Maternité niveau 3 | 16 (80) | 4 (20) | 20 (100) |
| Total | 76 (79) | 20 (21) | 96 (100) |

Notes : Amniotomie - = Amniotomie non réalisé ; Amniotomie + = Amniotomie réalisée

Parmi les 20 sages-femmes ayant pratiqué l'amniotomie de manière systématique, 16 ont indiqué la dilatation cervicale à laquelle elles ont pratiqué ce geste.

L'unique répondante en maternité de niveau 1 a déclaré pratiquer ce geste à une dilatation de 4 cm. Les sages-femmes de maternité de niveau 2 ont été réparties en quatre groupes : 4 ont pratiqué ce geste à 3 cm, 3 à 4 cm, 1 à 5 cm et 3 à 6 cm. Pour les sages-femmes de maternité de niveau 3, trois d'entre elles ont déclaré avoir fait ce geste à 5 cm et une à 6 cm. (ANNEXE IV, figure 1)

2.3.2. Analgésie péridurale

Les 96 sages-femmes ont toutes conseillé une analgésie péridurale aux parturientes.

Huit sages-femmes n'ont pas indiqué la dilatation à laquelle elles ont conseillé la pose d'une péridurale. Les sages-femmes des maternités de niveau 2 et 3 se sont accordées pour une incitation de pose de péridurale à 3 cm. La pose à 4 cm a été choisie en premier pour la maternité de niveau 1 et en deuxième pour les maternités de niveau 2. (ANNEXE IV, figure 2)

2.4. LES POSITIONS DE TRAVAIL DE LA PARTURIENTE

2.4.1. Les positions en début de travail

Toutes les sages-femmes de maternité de niveau 1 ont mobilisé les parturientes en début de travail. Quatre-vingt onze pourcents des sages-femmes de maternité de niveau 2 les ont mobilisés contre 70% des sages-femmes de maternité de niveau 3. (ANNEXE V, figure 1)

Tableau 5 : Répartition des propositions de positions faites le plus souvent aux parturientes, en début de travail, par les 96 sages-femmes par niveau de maternité (réponses multiples possibles). Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 | Maternité niveau 2 | Maternité niveau 3 | Total |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|----------|
| | Effectif | Effectif | Effectif | Effectif |
| Debout penché en avant | 6 | 28 | 1 | 35 |
| Accroupie en suspension | 2 | 7 | - | 9 |
| Accroupie avec un ballon | 3 | 17 | 1 | 21 |
| Assises (+/- tailleur) penchées en avant sur un coussin/ballon/chaise | 2 | 22 | 1 | 25 |
| Assises sur un ballon | 6 | 52 | 7 | 65 |
| Sur le dos coussin sous les jambes | - | 21 | 16 | 37 |
| Sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine (étrier ou coussin) | 2 | 45 | 13 | 60 |
| Semi-assise jambes fléchies à l'aide d'un coussin/des étriers/de l'arceau | 2 | 21 | 12 | 35 |
| AUTRES | | | | |
| « 4 pattes » | - | 3 | - | 3 |
| « Déambulation » | - | 3 | - | 3 |
| « Selon désir de la patiente » | - | 3 | - | 3 |

2.4.2. Les positions en phase active du travail

Tableau 6 : Répartition des propositions de positions faites le plus souvent aux parturientes, en phase active du travail, par les 96 sages-femmes par niveau de maternité (réponses multiples possibles). Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 | Maternité niveau 2 | Maternité niveau 3 | Total |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|----------|
| | Effectif | Effectif | Effectif | Effectif |
| Debout penché en avant | 1 | 7 | - | 8 |
| Accroupie en suspension | 3 | 5 | - | 8 |
| Accroupie avec un ballon | 3 | 4 | - | 7 |
| Assises (+/- tailleur) penchées en avant sur un coussin/ballon/chaise | 2 | 26 | 1 | 29 |
| Assises sur un ballon | 1 | 10 | - | 11 |
| Sur le dos coussin sous les jambes | - | 34 | 14 | 48 |
| Sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine (étrier ou coussin) | 3 | 54 | 15 | 72 |
| Semi-assise jambes fléchies à l'aide d'un coussin/des étriers/de l'arceau | 4 | 48 | 18 | 70 |
| AUTRES | | | | |
| « 4 pattes » | - | 4 | - | 4 |
| « Sur le dos, cuisses en hyperflexion » | - | 1 | - | 1 |
| « Sur le dos jambes flechies sur un ballon » | - | 1 | - | 1 |
| « Désir de la patiente » | - | 2 | - | 2 |

2.5. EMPLOI DU SYNTOCINON®

2.5.1. Utilisation du Syntocinon®

Tableau 7 : Analyse de l'utilisation du Syntocinon® par les 96 sages-femmes selon leur niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Synto - Effectif (%) | Synto + Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Maternité niveau 1 | 5 (83) | 1 (17) | 6 (100) |
| Maternité niveau 2 | 55 (79) | 15 (21) | 70 (100) |
| Maternité niveau 3 | 20 (100) | - | 20 (100) |
| Total | 80 (83) | 16 (17) | 96 (100) |

Notes : Synto - = Utilisation non systématique du Syntocinon® ; Synto + = Utilisation systématique du Syntocinon®

A la lecture de l'annexe VI (figure 1), l'unique sage-femme de maternité 1 a déclaré utiliser le Syntocinon® systématiquement à partir de 4 cm de dilatation cervicale. Les sages-femmes de maternité de niveau 2 se sont réparties sur des niveaux de dilatation allant de 3 à 10 cm avec un pic sur la dilatation à 4 cm. A noter que quatre sages-femmes de maternité de niveau 2 n'ont pas indiqué la dilatation à laquelle elles ont débuté l'utilisation du Syntocinon® de façon systématique.

2.5.2. Paramètres d'utilisation du Syntocinon®

Tableau 8 : Analyse des paramètres d'utilisation du Syntocinon® par les 96 sages-femmes selon leur niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 Effectif (%) | Maternité niveau 2 Effectif (%) | Maternité niveau 3 Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Posologie | | | | |
| 5 UI dans 500 mL de G5 | 6 (100) | 69 (99) | 18 (90) | 93 (97) |
| 5 UI dans 500 mL de NaCl | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| Non répondu | - | - | 2 (10) | 2 (2) |
| Débit | | | | |
| 6 mL/h | - | 2 (3) | - | 2 (2) |
| 10 mL/h | 5 (83) | 1 (1) | 4 (20) | 10 (11) |
| 12 mL/h | 1 (17) | 66 (95) | 12 (60) | 79 (82) |
| 15 mL/h | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| Non répondu | - | - | 4 (20) | 4 (4) |

| | Maternité niveau 1 Effectif (%) | Maternité niveau 2 Effectif (%) | Maternité niveau 3 Effectif (%) | Total Effectif (%) |
|----------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Débit maximal | | | | |
| 50 mL/h | - | 3 (5) | - | 3 (3) |
| 60 mL/h | 1 (17) | 5 (8) | 1 (5) | 7 (7) |
| 65 mL/h | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| 70 mL/h | 1 (17) | - | - | 1 (1) |
| 72 mL/h | - | 14 (20) | - | 14 (15) |
| 80 mL/h | 2 (33) | - | - | 2 (2) |
| 84 mL/h | - | 2 (3) | - | 2 (2) |
| 90 mL/h | - | 9 (13) | 3 (15) | 12 (13) |
| 96 mL/h | - | 9 (13) | - | 9 (10) |
| 100 mL/h | - | 1 (1) | 3 (15) | 4 (4) |
| 108 mL/h | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| 110 mL/h | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| 120 mL/h | 2 (33) | 20 (29) | 10 (50) | 32 (34) |
| Non répondu | - | 3 (5) | 3 (15) | 6 (6) |
| Paliers | | | | |
| 10 minutes | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| 15 minutes | - | 2 (3) | - | 2 (2) |
| 15 - 20 minutes | 1 (17) | 2 (3) | - | 3 (3) |
| 20 minutes | 1 (17) | 25 (36) | 1 (5) | 27 (28) |
| 20 - 30 minutes | 1 (17) | 6 (9) | 3 (15) | 10 (11) |
| 25 - 30 minutes | - | 1 (1) | - | 1 (1) |
| 30 minutes | 2 (32) | 29 (41) | 12 (60) | 43 (45) |
| 30 - 40 minutes | - | 4 (6) | - | 4 (4) |
| 30 - 45 minutes | 1 (17) | - | 1 (5) | 2 (2) |
| 40 minutes | - | - | 1 (5) | 1 (1) |
| 45 minutes | - | - | 1 (5) | 1 (1) |
| Non répondu | - | - | 1 (5) | 1 (1) |
| Dose maximale | | | | |
| 5 UI | 3 (50) | 27 (39) | 9 (45) | 39 (41) |
| 10 UI | 2 (33) | 24 (34) | 3 (15) | 29 (30) |
| 15 UI | 1 (17) | 3 (4) | 2 (10) | 6 (6) |
| 20 UI | - | 4 (6) | - | 4 (4) |
| Non répondu | - | 12 (17) | 6 (30) | 18 (19) |

La posologie qui a été prescrite à 97% par les sages-femmes a été de « 5 UI dans 500mL de G5 ».

Le débit qui a été indiqué par 83% des sages-femmes a été de « 12 mL/h ».

Le débit maximal qui a été le plus énoncé a été de « 120 mL/h ».

Les temps entre chaque palier qui ont été indiqués le plus fréquemment par les sages-femmes ont été de « 20 minutes » ou de « 30 minutes ».

La dose maximale de Syntocinon® qui a été donnée comme utilisée le plus souvent par les sages-femmes a été entre « 5 UI » et « 10 UI ».

L'ensemble des sages-femmes interrogées ont répondu adapter le débit du Syntocinon® à la réponse utérine.

Tableau 9 : Existence d'un protocole d'utilisation du Syntocinon pour les grossesses gémellaires par niveau de maternité, analysé par les sages-femmes. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

| | Maternité niveau 1 | Maternité niveau 2 | Maternité niveau 3 | Total |
|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| | Effectif (%) | Effectif (%) | Effectif (%) | Effectif (%) |
| Oui | 1 (17) | 2 (3) | - | 3 (3) |
| Non | 5 (83) | 62 (89) | 17 (85) | 84 (88) |
| Autres : | | | | |
| « Protocole général » | - | 3 (4) | - | 3 (3) |
| « Ne sais pas » | - | 3 (4) | 2 (10) | 5 (5) |
| Non répondu | - | - | 1 (5) | 1 (1) |

Quatre-vingt huit pourcents des sages-femmes ont déclaré ne pas disposer d'un protocole d'utilisation du Syntocinon® spécifique des grossesses gémellaires.

2.6. UTILISATION D'AUTRES MÉDICATIONS OU MOYENS THÉRAPEUTIQUES

En maternité de niveau 3, toutes les sages-femmes ont déclaré utiliser d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques. Pour les maternités de niveau 1 et 2, ces moyens ont été plébiscités par respectivement 83% et 80% des sages-femmes. (ANNEXE VII, figure 1)

Les médicaments qui ont été le plus fréquemment cités ont été le « Spasfon » (17% en maternité de niveau 1, 44% en maternité de niveau 2, 40% en maternité de niveau 3) et le « Calcium » (33% en maternité de niveau 1, 23% en maternité de niveau 2, 40% en maternité de niveau 3).

Les autres moyens cités ont été « Magnésium », « Homéopathie », « Acupuncture », « Hypnose », « Atropine », « Kalinox », « Cimétidine ». (ANNEXE VII, figure 2)

Troisième partie : Discussion

Dans la première partie de ce travail, a été exposé le cadre théorique d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique avec les particularités de son suivi et de sa prise en charge à l'accouchement.

Dans la deuxième partie, après la formulation des objectifs et des hypothèses, ont été présentés les résultats de l'enquête réalisée auprès de la population étudiée.

Dans la troisième partie sont développés l'analyse des résultats avec confirmation ou infirmation des hypothèses, ainsi que la discussion et les propositions quant à cette analyse.

1. ANALYSE DES RÉSULTATS

1.1. PROFIL DES SAGES-FEMMES

Afin de répondre au mieux à la problématique initiale, le profil des sages-femmes répondant à l'étude a été étudié. Les critères analysés ont été : l'année d'obtention du diplôme, le temps d'exercice en salle de naissance, les formations effectuées durant leur carrière et le nombre de travaux suivis d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique.

Les résultats de l'enquête montrent qu'une corrélation peut être faite entre l'année d'obtention du diplôme et le nombre de travaux suivis d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique. En effet, les sages-femmes de maternité de niveau 3 ont suivi, pour 16 d'entre elles, plus de 20 travaux sachant que 15 sages-femmes sur 20 ont été diplômées entre 1990 et 2009. Pour les sages-femmes de niveau 2, celles-ci sont réparties sur toutes les tranches de travaux suivis avec une obtention de diplôme entre 2000 et 2018 pour 55 sages-femmes sur 70. Tandis que pour les sages-femmes de niveau 1, 100% ont suivi moins de cinq travaux pour une obtention de diplôme après 2010 pour cinq sages-femmes sur six. Par ailleurs les risques de prématurité et de RCIU étant augmentés pour ce type de grossesse, il semble cohérent que les maternités de niveau 3 et/ou de niveau 2 soit plus souvent confrontées aux accouchements de ces grossesses, afin d'avoir une concordance entre niveau de maternité et terme et/ou poids des jumeaux à naître. Ces résultats rendent les pratiques des sages-femmes des maternités de niveau 3 et 2 plus empiriques.

Les formations complémentaires effectuées par 69% des sages-femmes permettent d'apporter des pratiques supplémentaires dans cette étude élargissant ainsi le champ d'action des sages-femmes face au suivi du travail des grossesses gémellaires.

1.2. UN CONSENSUS DANS LA SURVEILLANCE FŒTALE

1.2.1. Pratique de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux

Les résultats de l'enquête montrent que l'intégralité des sages-femmes de maternité de niveau 1 et 3 s'est accordée pour enregistrer de façon continue le rythme cardiaque des jumeaux dès l'entrée de la parturiente en salle de naissance tout en excluant l'utilisation d'une électrode au scalp sur J1.

Par contre, dans les maternités de niveau 2, représentant 73% des sages-femmes de la population étudiée :

- 11% des sages-femmes déclarent ne pas pratiquer l'enregistrement en continue du rythme cardiaque fœtal des jumeaux en début de travail, avant la pose de péridurale ou en fonction de la dilation et/ou du déclenchement.

- 24% des sages-femmes déclarent utiliser une électrode au scalp sur J1 et ceci de manière non systématique.

Pour la non utilisation d'une électrode au scalp sur J1 les seules raisons invoquées en maternité 1 et 3 ont été la « pratique de l'établissement » ou la « non disponibilité d'électrode dans le service ». À contrario, en maternité de niveau 2, l'utilisation ou non d'une électrode au scalp a été justifiée pour des raisons médicales.

Il semblerait tout de même qu'il y ait eu un consensus de méthodologie dans l'ensemble des maternités pour enregistrer de façon continue le rythme cardiaque fœtal des jumeaux sans utiliser d'électrode au scalp.

De même, il y a un consensus pour l'utilisation d'une tocographie externe.

Il est à noter toutefois que sur les 74 sages-femmes ayant justifié leur réponse quant à l'utilisation d'une tocographie interne ou externe, 19 déclarent qu'une tocographie externe est suffisante et 18 déclarent qu'une tocographie interne se justifie si les contractions utérines sont mal captées.

1.2.2. Continuité de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux et changement de positions

Il y a de nouveau un consensus sur le frein que représente l'association enregistrement cardiaque et changement de position ; en effet, 56% des sages-femmes interrogées, sur l'ensemble des maternités, répondent affirmativement au frein que représente l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux aux changements de positions de la parturiente ; et ceci en justifiant cet avis par la difficulté d'enregistrement et de différenciation des deux fœtus en continu (50%).

A noter toutefois que 23% des sages-femmes jugent que ce n'était pas un frein, sans explication supplémentaire.

1.3. UN CONSENSUS DANS LES CONDITIONS MATERNELLES

1.3.1. Pratique de l'amniotomie artificielle

Sur les trois niveaux de maternité, 79 % des sages-femmes ne réalisent pas d'amniotomie systématique. Cette méthodologie fait donc consensus.

Les 21% qui déclarent pratiquer l'amniotomie de manière systématique la réalise à des niveaux de dilatation cervicale divers, de 3 à 6 cm.

1.3.2. Incitation à la réalisation d'une analgésie péridurale

L'intégralité des sages-femmes recommandent aux parturientes de bénéficier d'une analgésie péridurale.

La majorité des sages-femmes de l'étude s'entendent pour préconiser cette pose de péridurale entre 3 et 4 cm (72 sages-femmes sur 88).

1.4. UN CONSENSUS DANS LA MOBILISATION DE LA PARTURIENTE

1.4.1. Mobilisation en début de travail

Entre 70 et 100% des sages-femmes des différents niveaux de maternités stipulent mobiliser les parturientes en début de travail.

Les positions retenues par le plus grand nombre en début de travail sont « *assises sur un ballon* » et « *sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine (étrier ou coussin)* » avec respectivement 65 et 60 des sages-femmes interrogées qui les proposent.

1.4.2. Mobilisation en phase active du travail

Les positions retenues par le plus grand nombre en phase active du travail sont « *semi-assise jambes fléchies à l'aide d'un coussin/des étriers/de l'arceau* » et « *sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine (étrier ou coussin)* » avec respectivement 70 et 72 des sages-femmes interrogées qui les proposent.

Au vu de cette étude, l'hypothèse « **la sage-femme privilégie la posture semi-assise de la parturiente en phase active** » est **validée** car pratiquée par 70 sages-femmes sur 96.

1.5. UN CONSENSUS POUR L'EMPLOI DU SYNTOCINON®

Sur les trois niveaux de maternité, 83% des sages-femmes n'utilisent pas systématiquement le Syntocinon®. Ce pourcentage a atteint 100% pour la maternité de niveau 3.

Les paramètres d'utilisation du Syntocinon® font l'objet d'une prescription quasi-unanime :

- Une posologie de « 5 UI dans 500mL de G5 »
- Un débit de « 12 mL/h »
- Un débit maximal de « 120 mL/h »
- Un espace entre chaque palier de « 20 minutes » ou de « 30 minutes »
- Une dose maximale entre « 5 UI » et « 10 UI »
- Un débit adapté à la réponse utérine

Cette étude a démontré l'absence de protocole d'utilisation du Syntocinon® spécifique aux grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques et **invalide** l'hypothèse « **La Sage-Femme pose systématiquement du Syntocinon® durant le travail** ».

1.6. UN CONSENSUS POUR L'UTILISATION D'AUTRES MÉDICATIONS OU MOYENS THÉRAPEUTIQUES

L'étude démontre que la quasi-totalité des sages-femmes, quelque soit le niveau de maternité, utilisent d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques ce qui permet de **valider** l'hypothèse n°3 selon laquelle « **La Sage-Femme propose d'autres médicaments, thérapeutiques que le Syntocinon®** ».

Le consensus se pose sur l'utilisation du « Spasfon » et du « Calcium ».

2. DISCUSSION

Dans la littérature, plusieurs publications notamment celles de T. Schmitz (2009) [67] et de F. Vendittelli (2009 et 2005) [68,69] étudient la voie d'accouchement des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques et notamment la voie basse qui ressort comme une pratique avisée pour les patientes à bas risques (absence de complications pendant la grossesse).

Au travers de l'analyse des données de la littérature faite par T. Schmitz sur l'accouchement par voie basse des grossesses gémellaires, le protocole de prise en charge en salle de travail à la maternité de Port-Royal est mis en évidence, en énonçant les faits suivants : « *Une fois la tentative de voie basse décidée, la prise en charge du travail et de l'accouchement est la suivante. A l'arrivée en salle de travail, une voie d'abord veineuse de gros calibre est mise en place. L'enregistrement du RCF des deux fœtus est continu à l'aide d'un appareil permettant de décaler le RCF de base d'un des jumeaux afin d'en rendre plus aisée l'analyse. En cas de difficulté d'enregistrement du RCF du premier jumeau ou de mauvaise distinction du RCF de chaque jumeau, une électrode est disposée sur le scalp du premier jumeau. L'analgésie péridurale, en l'absence de contre-indication, est utilisée en routine. Au moment de l'accouchement sont présents dans la salle d'accouchement : l'interne et le sénior d'obstétrique, deux sages-femmes, un anesthésiste.* » [67]

Conformément aux recommandations de surveillance fœtale de 2007 [45], le protocole de Port-Royal, cité dans l'analyse de T. Schmitz, ainsi que mon étude actent un enregistrement cardiaque fœtal des jumeaux continu pendant le travail. Afin d'assurer un enregistrement de qualité de ce rythme, Port-Royal a privilégié l'utilisation d'une électrode au scalp sur J1 si il y a une difficulté d'enregistrement ou de différenciation comme 40% des sages-femmes des maternités de niveau 2 l'ont déclaré lors de mon étude. De plus, mon étude fait ressortir que le changement de positions pendant le travail constitue une difficulté d'enregistrement et de différenciation des deux fœtus, ce qui pourrait induire l'utilisation d'une électrode au scalp sur J1 afin de mobiliser au mieux les parturientes.

Concernant l'enregistrement des contractions utérines, aucune donnée dans la littérature n'a concerné l'utilisation de la tocographie interne sur les grossesses gémellaires. Mon étude ne fait pas ressortir de difficulté quant à l'utilisation d'une tocographie externe simple. Il en ressort, à mon avis, que la tocographie interne lors d'une grossesse gémellaire ne semble pas opportune à être pratiquée.

Pour la réalisation d'une analgésie péridurale pendant le travail des grossesses gémellaires, aucune recommandation n'est parue. Cependant, l'enquête de F. Vendittelli de 2005 décrivant les politiques obstétricales des maternités françaises sur la gestion de l'accouchement des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques à terme, au travers d'un questionnaire distribué aux maternités appartenant au réseau sentinelle Audipog (n=170), a exposé que la péridurale a été conseillée à plus de 98%. De plus, la revue de la littérature de F. Vendittelli de 2009 sur la voie d'accouchement pour les jumeaux a présenté qu'« *il est souhaitable que les femmes ayant une grossesse gémellaire puissent bénéficier d'une analgésie péridurale (avis d'expert)* ». [68] Ces deux parutions ajoutées au protocole de Port-Royal et à mon étude, démontrent que tous se sont accordés sur l'utilisation d'une analgésie péridurale durant le travail sans définir un temps idéal pour la poser. Conformément aux recommandations de la SFAR de 2007 [51], Port-Royal a rajouté la notion de voie veineuse périphérique à la mise en place d'une analgésie péridurale.

Dans l'enquête de F. Vendittelli de 2005, les ocytociques ont été autorisés par plus de 96% des répondants durant le travail et dans mon étude 83% des sages-femmes n'ont pas utilisé de façon systématique le Syntocinon®. Cela démontre que le Syntocinon® est autorisé par les professionnels mais sans être un automatisme de pratique. Mon étude fait ressortir que les paramètres d'utilisation du Syntocinon®, ainsi que la rupture artificielle des membranes, suivent les recommandations du CNSF du 2016 [50] sans prendre de précaution particulière quant à la gémellarité.

Outre le Syntocinon®, mon étude fait ressortir qu'entre 80% et 100% des sages-femmes interrogées utilisent d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques. Les recommandations de l'HAS sur l'accouchement normal sorti en 2017, ont exprimé que *« la plupart des interventions non médicamenteuses semblent inoffensives pour la mère et l'enfant. Il est donc souhaitable d'accompagner les femmes dans leur choix en termes de moyens non médicamenteux qu'elles souhaiteraient, tant que ceux-ci n'altèrent pas la surveillance maternelle ou fœtale (AE). Parmi les nombreuses méthodes proposées, certaines techniques telles que l'immersion, la relaxation, l'acupuncture, les massages ou l'hypnose pourraient être efficaces (NP3). »* [39] Dans mon étude l'acupuncture et l'hypnose sont proposées par les sages-femmes qui ont été formées à ces pratiques à savoir 7 sages-femmes pour l'acupuncture et 5 pour l'hypnose. Sous les mêmes conditions que citées dans les recommandations ci-dessus, l'utilisation de ces moyens pour les grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques sont un accompagnement supplémentaire qui pourrait être efficace tant que la surveillance maternelle et fœtale reste assurée.

Dans une étude de S.Tabassum publié en 2005, sur le Phloroglucinol pour accélérer le travail, il a été conclu que *« le phloroglucinol raccourcit la durée du travail, est non toxique pour la mère et le fœtus et ne provoque pas d'hémorragie du post-partum primaire »*. [62] Dans mon étude le Spasfon® est largement proposé par les sages-femmes. En accord avec les propos précédents et les indications connues du médicament, il peut être efficace d'utiliser le Spasfon® pour l'avancée du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques en association avec du Calcium ou du Magnésium, sans étude pour appuyer ce postulat.

L'homéopathie, également proposée par des sages-femmes de mon étude avec 4 sages-femmes formées à son utilisation, conserve des mécanismes et une efficacité à démontrer.

Concernant les postures de travail, les recommandations de l'HAS sur l'accouchement normal stipulent : *« il semble qu'il ne soit pas délétère de mobiliser les femmes pendant le travail ; la mobilité à un niveau individuel doit donc être autorisée. Cependant, il n'existe pas de niveau de preuve élevé sur les postures et la mobilité des femmes pendant le travail. [...] Il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité (NP2). En l'absence de contre-indication et sous réserve d'une surveillance maternelle et fœtale préservée, il est recommandé d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables lors du second stade du travail (AE). »* [39] Dans mon étude, nombre de sages-femmes sont formées aux positions de Bernadette De Gasquet (30 sur 66) et à l'accompagnement de l'accouchement physiologique (5 sur 66), encourageant ainsi la mobilisation des parturientes. Néanmoins, cette mobilité est ressortie comme freinée par l'enregistrement de qualité des deux fœtus.

En complément des points de mon étude, l'analyse de T. Schmitz, l'enquête de F. Vendittelli de 2005 et la revue de la littérature de F. Vendittelli de 2009 font mention de la nécessité d'une présence systématique, sur place, d'un senior d'obstétrique, d'une sage-femme, d'un anesthésiste et d'un pédiatre pour la phase expulsive des jumeaux.

Pour conclure cette discussion, mon étude conforte les parutions citées antérieurement. Toutefois mon étude se limite aux pratiques du premier stade du travail pour des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées, et ne prend pas en compte les différentes présentations fœtales, les cas de prématurés ou de déclenchements, ou encore les autres stades du travail.

3. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Au cours de l'étude, six maternités de trois types ont été sélectionnées permettant ainsi de représenter leurs différentes activités. Cinq de ces hôpitaux sont situés dans trois départements limitrophes à savoir la Moselle (CHR Metz-Thionville), la Meuse (CH de Verdun) et la Meurthe-et-Moselle (CHU de Nancy et CH de Toul). Tous ces centres ont été sélectionnés puisqu'ils ont été un lieu de stage de ma formation et ont donc été au centre de mon questionnement sur le travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques. Le sixième centre était situé en Vendée et a été choisi car il constituait un lieu de stage d'été et pouvait ainsi démontrer s'il existait des différences significatives entre des secteurs de périnatalités différents ; ce qui n'a pas été le cas.

3.1. LES POINTS FORTS

Le taux de participation des sages-femmes à l'étude est de 65%. Plus de la moitié des sages-femmes des maternités de niveau 2 (60%) et de niveau 3 (87%) ont répondu, ceux-ci montrant l'intérêt porté à la problématique posée.

Le principal point fort de cette étude a été le nombre de questionnaires inclus (96). En effet, cet effectif important assure une puissance statistique suffisante pour mettre en évidence les pratiques des sages-femmes sur le suivi du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées. Cette étude permet également de constater le peu de parution sur le sujet pouvant ainsi inspirer d'autres recherches futures.

3.2. LES POINTS FAIBLES

Dans cette étude, la majorité des sages-femmes répondantes sont issues des maternités de niveau 2 (73%), en corrélation avec le nombre de maternités de niveau 2 sélectionnées (4 sur 6), rendant cette étude plus représentative des activités des professionnelles exerçant dans celles-ci. De plus le taux de réponses en maternité de niveau 1 (6 sur 13 soit 46%) a apporté un effectif réduit (6%) dans l'étude, ne pouvant pas refléter l'activité de manière significative dans celle-ci.

Afin d'éviter les biais, il aurait été plus juste d'avoir le même effectif de départ dans chaque niveau de maternité pour être plus exhaustif.

Par ailleurs, plusieurs questions du questionnaire sont revenues avec des questions sans réponse, tout niveau de maternité confondu. Afin d'éviter toute incompréhension ou subjectivité, une étude de dossiers pourrait être plus objective sur le sujet.

4. PROPOSITIONS POUR LA PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL DES GROSSESSES GÉMELLES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES NON COMPLIQUÉES

L'accouchement voie basse des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques, dont le travail ne fait, à ma connaissance, pas l'objet de recommandation, est une situation obstétricale fréquemment rencontrée par la sage-femme.

Mon étude fait ressortir que les sages-femmes appliquent les recommandations préconisées aux accouchements des singletons physiologiques cependant l'accouchement des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques reste une situation à risque nécessitant une approche spécifique. Il serait opportun de réaliser des études complémentaires pour identifier, par l'intermédiaire des dossiers, les pratiques réelles d'accouchement voie basse des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées et la prise en charge des éventuelles complications. Ceci pourrait également être fait pour les naissances des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques compliquées.

A mon avis, mon étude est insuffisamment précise avec uniquement des questionnaires, et un certain nombre d'interrogations personnelles restent sans réponse, telles que :

- Y-a-t-il une nécessité de continuité d'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux dès le début de travail (dès la première contraction) pour la surveillance fœtale ?
- Peut-on laisser un temps de travail mobile à la parturiente avant la pose d'une péridurale ?
- Quelles précautions particulières pour l'utilisation du Syntocinon® face à la sur-distension utérine des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques ?

Les sages-femmes de mon étude ne sont pas unanimes dans leurs réponses au questionnaire, avec beaucoup de non répondantes à certaines questions. Néanmoins, les réponses d'une majorité des sages-femmes de mon étude font apparaître un consensus de prise en charge du premier stade du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques. Il pourrait donc être établi un protocole de prise en charge du premier stade du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques applicable aux situations non compliquées, dont je vous propose une rédaction en annexe. (ANNEXE VIII)

Ce protocole pourrait être une première étape à la mise en place d'études complémentaires amenant à des recommandations nationales.

CONCLUSION

La grossesse gémellaire bichoriale biamniotique comporte les caractéristiques anatomiques les plus fréquemment rencontrées. Le caractère à haut risque de ce type de grossesse est solliciteur de surveillances et de précautions particulières afin d'éviter au mieux les risques de morbi-mortalité maternelle et fœtale.

Dans la littérature, il existe peu de données quant à la pratique des sages-femmes sur le travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques. L'objectif principal de ce travail de recherche était de décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes face au suivi du travail d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée. Les objectifs secondaires étaient de recenser les différentes méthodes posturales utilisées pendant le travail et d'identifier les médicaments et les thérapeutiques dispensés au cours du travail.

Les questionnaires recueillis ont donc pu répondre à la problématique formulée : Comment la sage-femme en salle de naissance assure-t-elle le travail d'une parturiente présentant une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée?

Malgré les limites de l'étude, ce travail de recherche a permis de recueillir les pratiques professionnelles dans six maternités et ainsi mettre en évidence des pratiques communes face au suivi du premier stade du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées. Les réponses des sages-femmes aux questionnaires semi-directifs ont permis de **valider** les hypothèses « **La sage-femme privilégie la posture semi-assise de la parturiente en phase active.** », « **La sage-femme propose d'autres médicaments, thérapeutiques que le Syntocinon®.** » et **invalidier** l'hypothèse « **La sage-femme pose systématiquement du Syntocinon® durant le travail.** ».

Au vu de ces résultats, il semblerait intéressant d'approfondir le questionnement initial pour établir des prises en charge optimales et prévenir des risques associés à ces grossesses. Cependant, le protocole établi dans ce mémoire permet une première avancée et pourrait d'ores et déjà accorder les professionnels afin d'assurer une sécurité des soins.

En tant que future professionnelle sage-femme, je suivrai les résultats obtenus lors de mon étude pour prendre en charge le travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées afin d'être en accord avec mes pairs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Pons JC, Charmelaire C, Papiernik E. Les grossesses multiples. Paris : Médecine-Sciences Flammarion ; 2000.
- [2] Lansac J, Descamps P, Oury JF. PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT. 6^{ème} ed. Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011.
- [3] Matis R. Mémento de la sage-femme. Issy-Les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson ; 2014.
- [4] Université médicale virtuelle francophone. Grossesses gémellaires, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/diuecho/poly/1500fra.html>.
- [5] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : les grossesses gémellaires, [en ligne]. (Consulté le 29/11/2017). Disponible sur : http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/RPC%20GEMELLAIRE_2009.pdf.
- [6] Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974, [en ligne]. (Consulté le 18/03/2018). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>.
- [7] Dumont GF. Europe : le premier enfant à quel âge ?. POPULATION & AVENIR. 2018 Mar ;738 :3.
- [8] Institut national de la statistique et des études économiques. Age moyen de la mère à la naissance – France métropolitaine, [en ligne]. (Consulté le 05/04/2019). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001774617#Tableau>.
- [9] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 : Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010, [en ligne]. (Consulté le 18/03/2018). Disponible sur : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.
- [10] Institut national de la statistique et des études économiques. Bilan démographique 2018, [en ligne]. (Consulté le 05/04/2019). Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926>.
- [11] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Assistance médicale à la procréation (AMP) : Des techniques plus ou moins invasives pour aider les couples infertiles, [en ligne]. (Consulté le 18/03/2018). Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>.
- [12] Agence de la biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaine en France, [en ligne]. (Consulté le 25/03/2018). Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>.

- [13] Agence de la biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaine en France, [en ligne]. (Consulté le 18/03/2018). Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2013/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>.
- [14] Agence de la Biomédecine. Le rapport médical et scientifique de l'assistance médicale à la procréation et de la génétique humaine en France, [en ligne]. (Consulté le 05/04/2019). Disponible sur : <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/procreation/01-amp/synthese.htm>.
- [15] Institut National d'Etudes Démographiques. Accouchements multiples, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/accouchements-multiples/>.
- [16] Institut National d'Etudes Démographiques. Le boom des jumeaux, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/boom-jumeaux/>.
- [17] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. LES COMPLICATIONS DES GROSSESSES GEMELLAIRES, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1996_GO_021_pons.pdf.
- [18] Université médicale virtuelle francophone. Accouchement gémellaire, [en ligne]. (Consulté le 01/12/2017). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/des_uvp5/AccouchementGemellaire.pdf.
- [19] Haute Autorité de Santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_argumentaire.pdf.
- [20] Ordre des Sages-Femmes. Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes. In : Code de déontologie des Sages-Femmes, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf>.
- [21] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. LE CYCLE MENSTRUEL, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/103-le-cycle-menstruel>.
- [22] Embryology. Embryogénèse, [en ligne]. (Consulté le 12/02/2018). Disponible sur : <http://www.embryology.ch/genericpages/moduleembryo.fr.html>.
- [23] Université médicale virtuelle francophone. Chapitre 7 : les jumeaux, [en ligne]. (Consulté le 04/07/2018). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/histologie-et-embryologie-medicales/enseignement/embryo_7/site/html/cours.pdf.

- [24] Université médicale virtuelle francophone. Assistance Médicale à la Procréation (AMP), [en ligne]. (Consulté le 02/10/2018). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_30/site/html/cours.pdf.
- [25] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'infertilité, [en ligne]. (Consulté le 02/10/2018). Disponible sur : <http://www.cngof.fr/communiqués-de-presse/105-l-infertilité>.
- [26] CFEF. Rappel des recommandations du CNGOF 2009, [en ligne]. (Consulté le 02/10/2018). Disponible sur : http://www.cfef.org/etudes_flash/etude_1/documents/informations.
- [27] Blondel B. Augmentation des naissances gémellaires et conséquences sur le santé. JGOBR. 2009 Déc ; 38(8S1) :7-17.
- [28] Université médicale virtuelle francophone. Module 2 : Grossesse pathologique, [en ligne]. (Consulté le 02/10/2018). Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/module2.htm#chapV>.
- [29] Organisation Mondiale de la Santé. Naissances prématurées, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- [30] Réseau Périnatal Lorrain. RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN : MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE A MEMBRANES INTACTES, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : file:///C:/Users/Soline/Downloads/RECO_RPL_MAP_VF_12122016.pdf.
- [31] Isaac C. GROSSESSES GEMELLAIRES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES : EXISTE-T-IL DES FACTEURS PREDICTIFS DE GRANDE PREMATURITE ? [mémoire]. Rouen : Centre Hospitalier Universitaire de Rouen ; 2012. 76p.
- [32] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Enquête nationale périnatale 2003 – Situation en 2003 et évolution depuis 1998, [en ligne]. (Consulté le 05/04/2019). Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/enp_2003_rapport_inserm.pdf.
- [33] Université médicale virtuelle francophone. Prise en charge du nouveau-né, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/nouveau_ne/site/html/4_4.html.
- [34] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Le retard de croissance intra-utérin, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2013_FINAL_RPC_rciu.pdf.
- [35] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Surveillance des grossesses gémellaires Bichoriales Biamniotiques non compliquées, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : <https://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/z6/qsajztm10twy88mh3vcdab3feqv4dd-org.pdf>.

- [36] Picone O. Surveillance des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2009;38:S51-55.
- [37] Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, [en ligne]. (Consulté le 29/09/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees.
- [38] Haute Autorité de Santé. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_synthese.pdf.
- [39] Haute Autorité de Santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf.
- [40] Université médicale virtuelle francophone. Le travail : mécanique obstétricale – surveillance – partogramme (Premier et deuxième temps de la deuxième étape du travail), [en ligne]. (Consulté le 16/01/2018). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/cours.pdf.
- [41] Haute Autorité de Santé. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé, [en ligne]. (Consulté le 20/09/2018). Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-01/09r26_synt_criteres_indications_transfert_pediatrique.pdf.
- [42] Organisation Mondiale de la Santé. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin, [en ligne]. (Consulté le 25/01/2018). Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67874/1/WHO_RHR_00.7_fre.pdf.
- [43] Vayssière C, Parant O. Surveillance fœtale pendant le travail. Issy-Les-Moulineaux Cedex : Elsevier Masson ; 2016.
- [44] Université médicale virtuelle francophone. ERCF, [en ligne]. (Consulté le 02/10/2018). Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/campus-numeriques/gynecologie-et-obstetrique/mto/poly/13000faq.html>.
- [45] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. RECOMMANDATIONS pour la PRATIQUE CLINIQUE : Modalités de surveillance fœtale pendant le travail (12 décembre 2007), [en ligne]. (Consulté le 10/10/2018). Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_18.HTM#modalites.
- [46] Le Breton M. 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]. Metz : Ecole de Sage-femme de Metz, Université de Lorraine ; 2011. 53p.

- [47] Université médicale virtuelle francophone. La physiologie du liquide amniotique, [en ligne]. (Consulté le 02/10/2018). Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/liq_amniotique/site/html/cours.pdf.
- [48] Organisation Mondiale de la Santé. Recommandations relatives à l'accélération du travail, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200210/1/WHO_RHR_15.05_fre.pdf.
- [49] Organisation Mondiale de la Santé. Intrapartum care for a positive childbirth experience, [en ligne]. (Consulté le 10/03/2018). Disponible sur : <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=7A1A9617BBBB8F8C807D53C8E89E35F9?sequence=1>.
- [50] Collège National des Sages-Femmes de France. DOSSIER DE PRESSE, [en ligne]. (Consulté le 16/01/2018). Disponible sur : https://www.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/docs/CNSF-profession-revolution_oxytocine_RPC.pdf.
- [51] Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE : Les blocs périmédullaires chez l'adulte, [en ligne]. (Consulté le 19/10/2018). Disponible sur : https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/10/2_AFAR_Blocs-perimedullaires-chez-l%E2%80%99adulte.pdf.
- [52] Université médicale virtuelle francophone. Analgésie et anesthésie obstétricales, [en ligne]. (Consulté le 19/10/2018). Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/sahel/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-anesthesieobst.pdf>.
- [53] MEDECINS SANS FRONTIERES. Utilisation de l'oxytocine pendant le travail, [en ligne]. (Consulté le 10/10/2018). Disponible sur : <https://medicalguidelines.msf.org/viewport/EONC/latest/7-4-utilisation-de-l-oxytocine-pendant-le-travail-20319424.html>.
- [54] INSTITUT DE MYOLOGIE. Le muscle lisse, [en ligne]. (Consulté le 20/10/2018). Disponible sur : <http://www.institut-myologie.org/enseignement/connaissances-sur-le-muscle/les-differents-types-de-muscles/le-muscle-lisse/>.
- [55] ANSM. RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT, [en ligne]. (Consulté le 10/10/2018). Disponible sur : <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0214709.htm>.
- [56] Ordre des sages-femmes. Droit de prescription, [en ligne]. (Consulté le 12/12/2018). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/droit-de-prescription/>.
- [57] Boulet J. ACCOUCHEMENT. In : Dictionnaire de l'homéopathie. 1^{er} ed Toulouse : Privat ; 2007. p.13-4.
- [58] Latour E, Tétou M. Guide homéopathique de la Sage-Femme. 1^{er} ed Paris : Le Manuscrit ; 2011.
- [59] Charvet C, Demonceaux A, Donner F. THERAPEUTIQUE HOMEOPATHIQUE Schémas & Protocoles en gynécologie obstétrique. 1^{er} ed France : CEDH ; 2010.

- [60] Vidal. Spasfon, [en ligne]. (Consulté le 20/10/2018). Disponible sur : <https://www.vidal.fr/Medicament/spasfon-15374-composition.htm>.
- [61] Teston S. Thérapeutiques à visée antispasmodique en salle d'accouchement : Analyse des pratiques et des connaissances des Sages-Femmes [mémoire]. Lyon : UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux, Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2012. 104p.
- [62] Tabassum S, Afridi B, Aman Z. Phloroglucinol for acceleration of labour: double blind, randomized controlled trial. Journal Of Pakistan Medical Association. 2005 Sep; 55(9): 408.
- [63] Cochrane. Les antispasmodiques pour le travail d'accouchement, [en ligne]. (Consulté le 05/04/2019). Disponible sur : <https://www.cochrane.org/fr/CD009243/les-antispasmodiques-pour-le-travail-daccouchement>.
- [64] VIDAL. GLUCONATE DE CALCIUM LAVOISIER 10 % solution injectable IV, remise à disposition progressive, [en ligne]. (Consulté le 05/04/2019). Disponible sur : https://www.vidal.fr/actualites/5913/gluconate_de_calcium_lavoisier_10_solution_injectable_iv_remise_a_disposition_progressive/.
- [65] De Gasquet B. Accouchement : la méthode de Gasquet. Paris cedex 15 : Marabout ; 2012.
- [66] De Gasquet B. TROUVER SA POSITION D'ACCOUCHEMENT. Paris cedex 15 : Marabout ; 2010.
- [67] Schmitz T, Azria E, Cabrol D, Goffinet F. L'accouchement par voie basse des grossesses gémellaires est-il encore une option raisonnable ? Analyse des données de la littérature. JGOBR. 2009 Avr 8 ; 38 :367-376.
- [68] Vendittelli F, Accoceberry M, Savary D et al. Quelle voie d'accouchement pour les jumeaux ?. JGOBR. 2009; 38 :104-113.
- [69] Vendittelli F, Rivière O, Pons JC et al. Accouchement des grossesses gémellaires : enquête sur les politiques des maternités françaises. GYOBFE. Oct 2005;34:19-26.

ANNEXES

ANNEXE I : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE

ANNEXE II : GRAPHIQUES APPARENTÉS À LA POPULATION

ANNEXE III : GRAPHIQUES APPARENTÉS À LA SURVEILLANCE FŒTALE

ANNEXE IV : GRAPHIQUES APPARENTÉS AUX CONDITIONS MATERNELLES

ANNEXE V : GRAPHIQUE APPARENTÉ AUX POSITIONS DE TRAVAIL DE LA PARTURIENTE

ANNEXE VI : GRAPHIQUE APPARENTÉ À L'EMPLOI DU SYNTOCINON®

ANNEXE VII : GRAPHIQUES APPARENTÉS À L'UTILISATION D'AUTRES MÉDICATIONS OU MOYENS THÉRAPEUTIQUES

ANNEXE VIII : PROPOSITION DE PROTOCOLE RELATIF AU PREMIER STADE DU TRAVAIL DES GROSSESSES GÉMELAIRES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES NON COMPLIQUÉES

Questionnaire adressé aux sages-femmes du service de salle de naissance

Réalisé par Soline FREMY

Thème : La conduite du travail d'une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique

Actuellement étudiante sage-femme à l'école de Metz, j'ai choisi de réaliser mon mémoire de fin d'étude sur le thème de la conduite du travail d'une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique.

Afin de réaliser mon enquête, je vous demande de bien vouloir compléter ce questionnaire. Je m'engage à respecter la confidentialité et l'anonymat. Je vous remercie du temps que vous voudrez bien y consacrer et reste à votre disposition pour tout complément d'informations.



1. Niveau de la maternité :

2. Avez-vous déjà pris en charge le travail d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

3. Si oui, combien de travaux avez-vous suivi? *

Une seule réponse possible.

- < 5
 ≥ 5 et < 10
 ≥ 10 et < 20
 ≥ 20

4. L'enregistrement du rythme cardiaque foetal des jumeaux est-il continu dès l'entrée de la parturiente en service de salle de naissance?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Si non, pour quelles raisons ?

6. Utilisez-vous une électrode au scalp sur J1?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

7. Si oui, est-ce de manière systématique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

8. Pour quelles raisons?

9. A l'aide de quelle tocographie enregistrez-vous les contractions utérines le plus souvent?

Une seule réponse possible.

- Interne
 Externe

10. Pour quelles raisons?

11. Réalisez-vous une amniotomie artificielle systématique ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. Si oui, à quelle dilatation cervicale?

Une seule réponse possible.

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | cm |
| <input type="radio"/> | |

13. Favorisez-vous la mobilisation de la parturiente en début de travail?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

14. Quelles sont alors les positions que vous leur proposez le plus souvent?

Plusieurs réponses possibles.

- Debout penché en avant
 Accroupie en suspension
 Accroupie avec un ballon
 Assises (+/- tailleur) penchées en avant sur un coussin/ballon/chaise
 Assises sur un ballon
 Sur le dos coussin sous les jambes
 Sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine (étrier ou coussin)
 Semi-assise jambes fléchies à l'aide d'un coussin/des étriers/de l'arceau
 Autre : _____

15. Conseillez-vous une analgésie péridurale aux femmes? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

16. Si oui, à quelle dilatation cervicale la proposez-vous?

Une seule réponse possible.

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

17. Utilisez-vous le Syntocinon® systématiquement durant le travail?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. Si oui, à quelle dilatation cervicale le débutez-vous en général?

Une seule réponse possible.

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

19. Quelles posologies utilisez-vous? (Indiquez le nombre d'unité de Syntocinon® dans le type de solution (en mL) utilisé)

20. Sur la pompe volumétrique, à quel débit mettez-vous le Syntocinon®? (en mL/h)

21. Quel est le débit maximal que vous utilisez? (en mL/h)

22. Adaptez-vous se débit à la réponse utérine?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

23. De combien de temps espacez-vous les paliers du Syntocinon®? (en min)

24. Quelle est la dose maximale que vous utilisez pendant le travail? (en UI)

25. Disposez-vous d'un protocole d'utilisation du Syntocinon® au cours du travail des grossesses gémellaires?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Autre : _____

26. Utilisez-vous d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques pendant le travail?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. Si oui, lesquels?

28. A partir de la phase active, quelles positions proposez-vous aux parturientes?

Plusieurs réponses possibles.

- Debout penché en avant
 Accroupie en suspension
 Accroupie avec un ballon
 Assises (+/- tailleur) penchées en avant sur un coussin/ballon/chaise
 Assises sur un ballon
 Sur le dos coussin sous les jambes
 Sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine (étrier ou coussin)
 Semi-assise jambes fléchies à l'aide d'un coussin/des étriers/de l'arceau
 Autre : _____

29. La continuité de la surveillance foetale des jumeaux est-elle un frein au changement de positions durant le travail? (Expliquez)

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

31. Combien d'années d'exercice professionnel comptez-vous en salle de naissance?

32. Avez vous bénéficié de formations supplémentaires?

Plusieurs réponses possibles.

- Diplomantes
 Non diplomantes

33. Lesquelles?

Je vous remercie de votre participation.

ANNEXE II : GRAPHIQUES APPARENTÉS À LA POPULATION

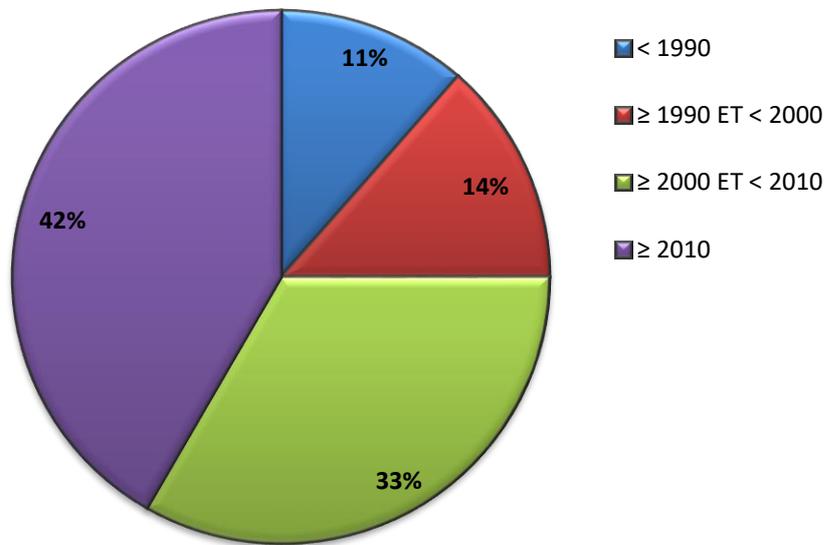


Figure 1 : Répartition des 96 sages-femmes par année d'obtention de leur diplôme en quatre tranches : diplôme obtenu avant 1990, entre 1990 et 1999, entre 2000 et 2009, et après 2010. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

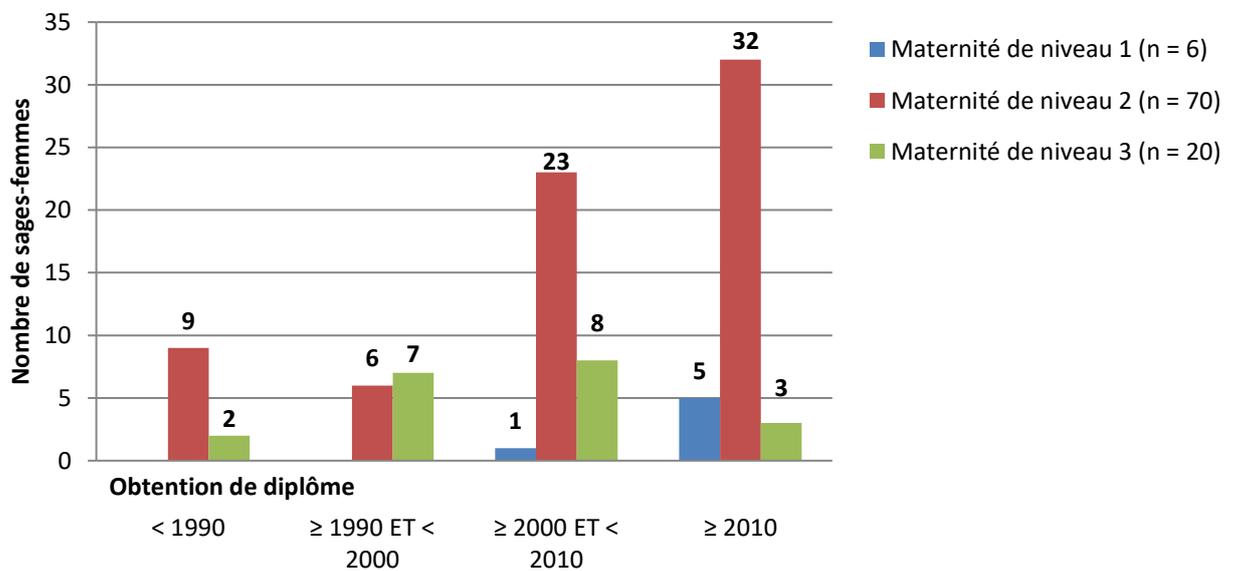


Figure 2 : Répartition des 96 sages-femmes par année d'obtention de leur diplôme en quatre tranches par niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

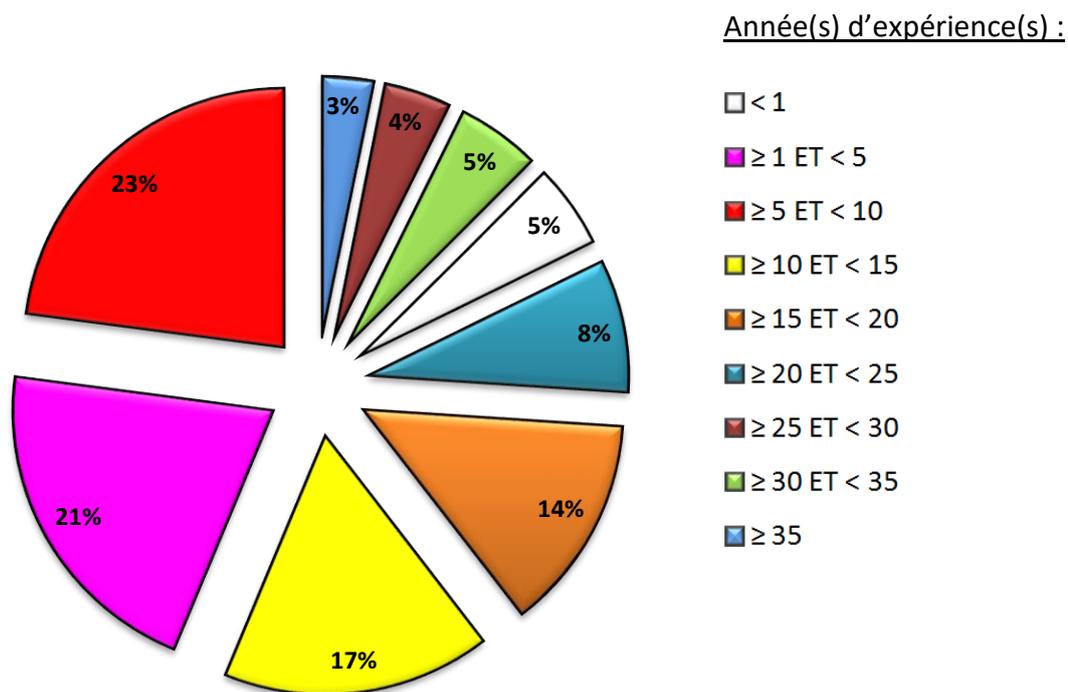


Figure 3 : Répartition des 96 sages-femmes en fonction de leur(s) année(s) d'expérience(s). Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

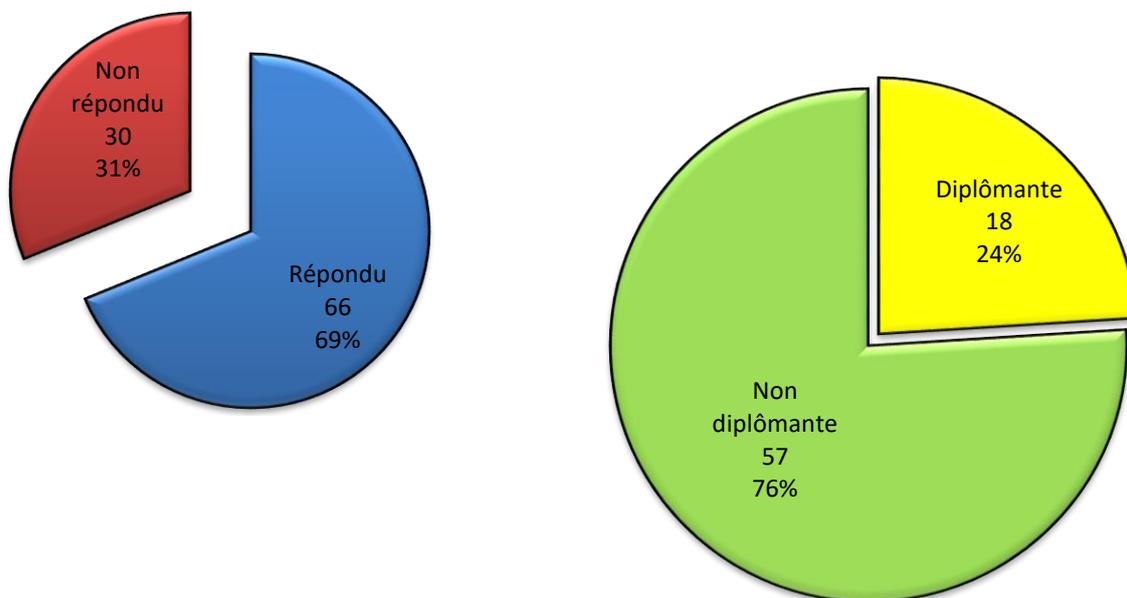


Figure 4 : Analyse du facteur diplômé ou non diplômé des formations supplémentaires des 96 sages-femmes exerçant en salle de naissance des maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

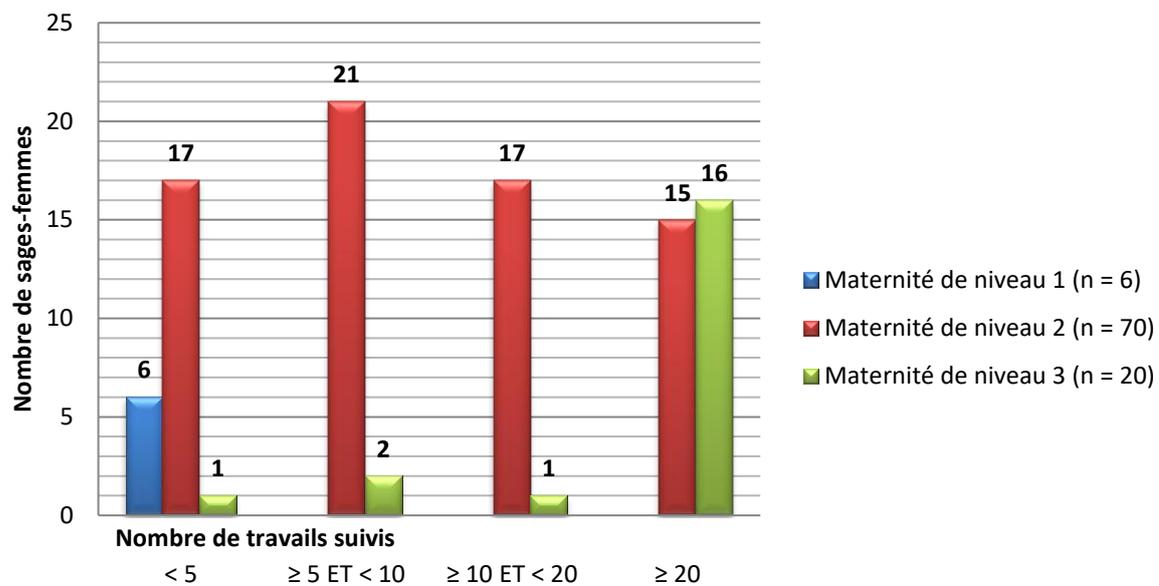


Figure 5 : Répartition par typologie de maternité du nombre de travaux suivis de grossesses géminaires bichoriales biamniotiques par les 96 sages-femmes. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

ANNEXE III : GRAPHIQUES APPARENTÉS À LA SURVEILLANCE FŒTALE

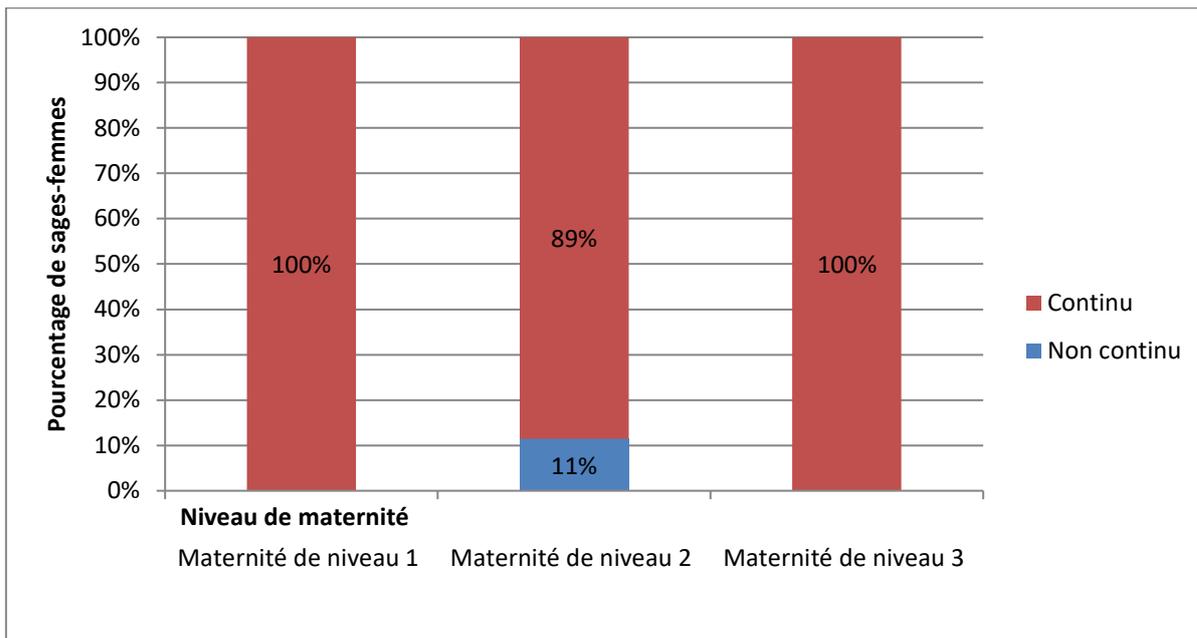


Figure 1 : Parmi les 96 sages-femmes : pourcentage de sages-femmes enregistrant de façon continue le rythme cardiaque des jumeaux dès l'entrée de la parturiente en salle de naissance par niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

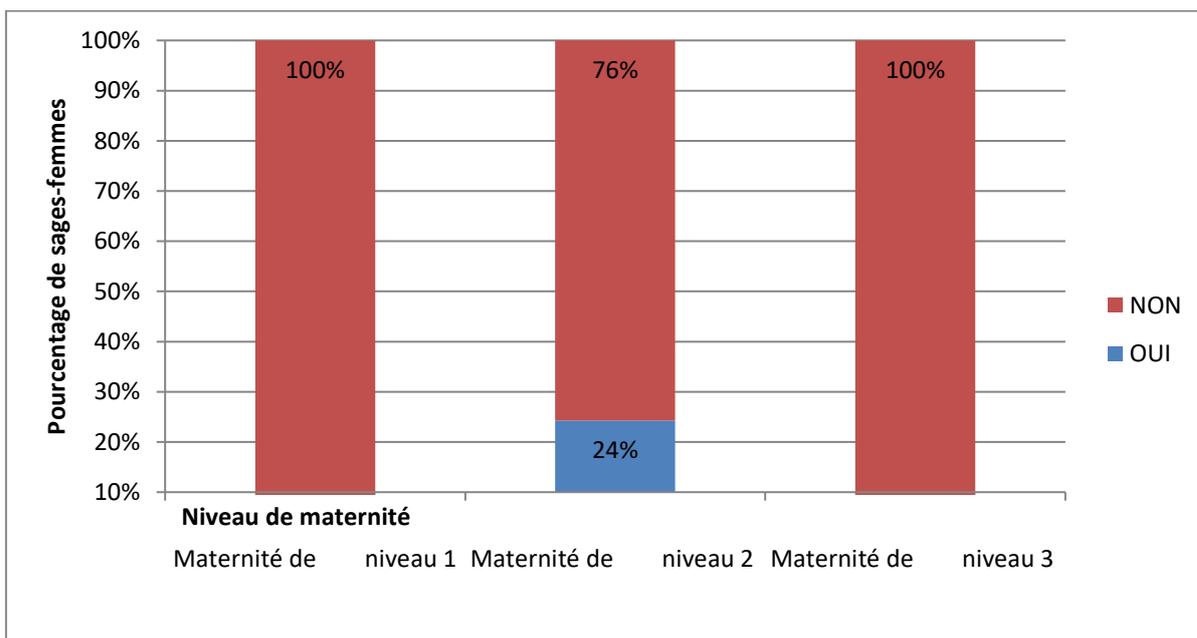


Figure 2 : Parmi les 96 sages-femmes : pourcentage de sages-femmes utilisant une électrode au scalp sur le jumeau 1 (J1). Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

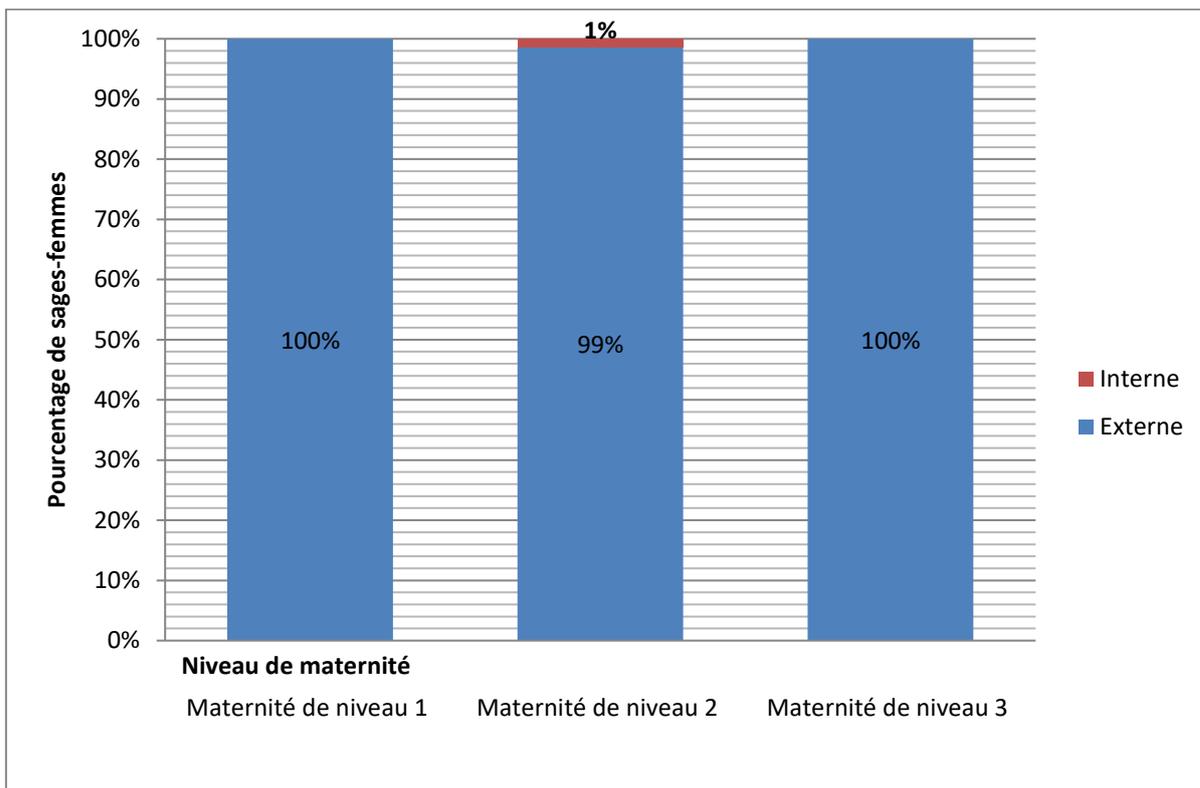


Figure 3 : Pourcentage de tocographie interne ou externe utilisé par les 96 sages-femmes des trois niveaux de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

ANNEXE IV : GRAPHIQUES APPARENTÉS AUX CONDITIONS MATERNELLES

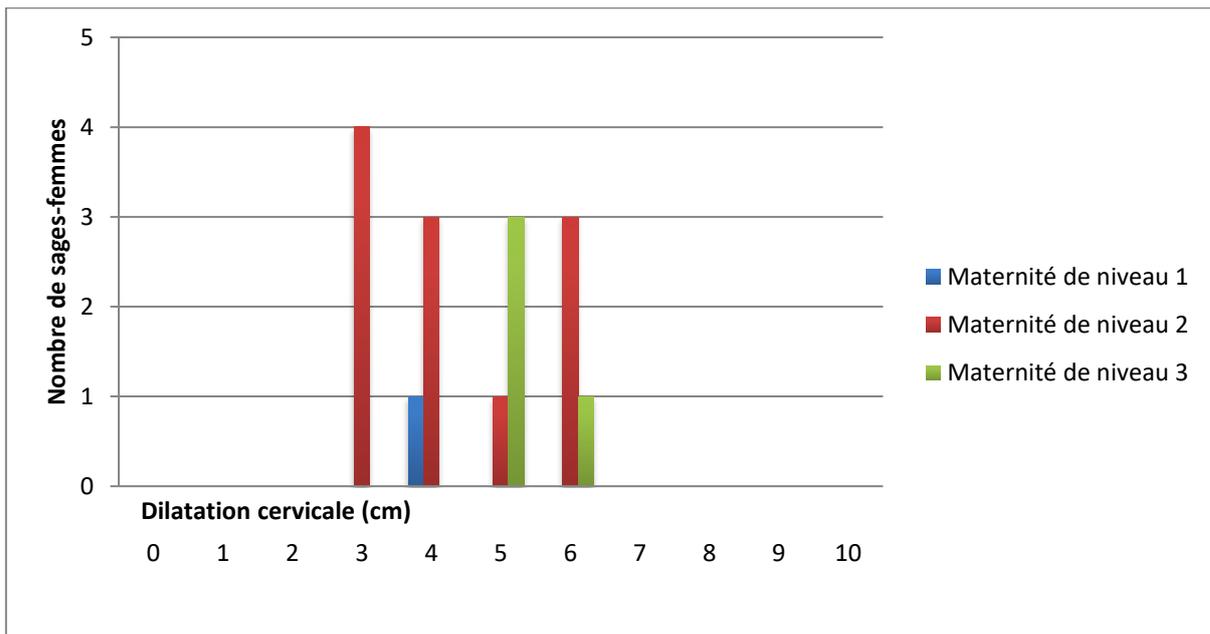


Figure 1 : Répartition des 16 sages-femmes réalisant une amniotomie systématique par centimètre de dilatation cervicale et niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

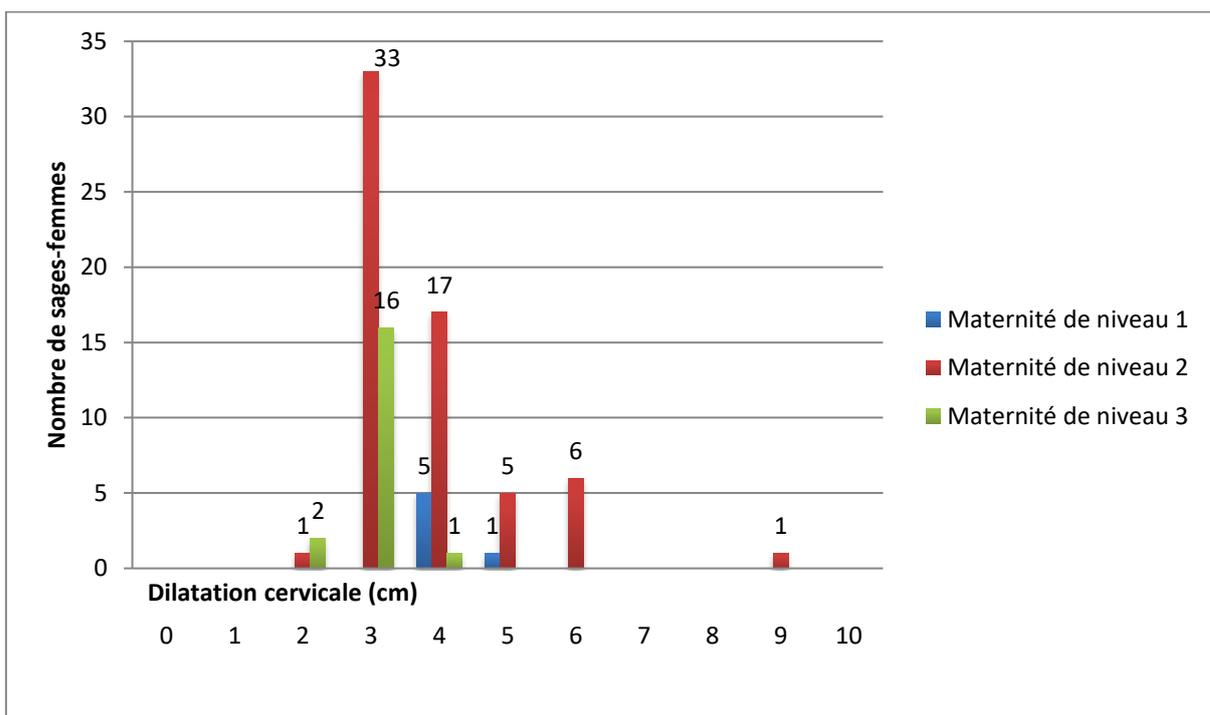


Figure 2 : Niveau de dilatation cervicale conseillé par les sages-femmes pour la réalisation d'une analgésie péridurale, par niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

ANNEXE V : GRAPHIQUE APPARENTÉ AUX POSITIONS DE TRAVAIL DE LA PARTURIENTE

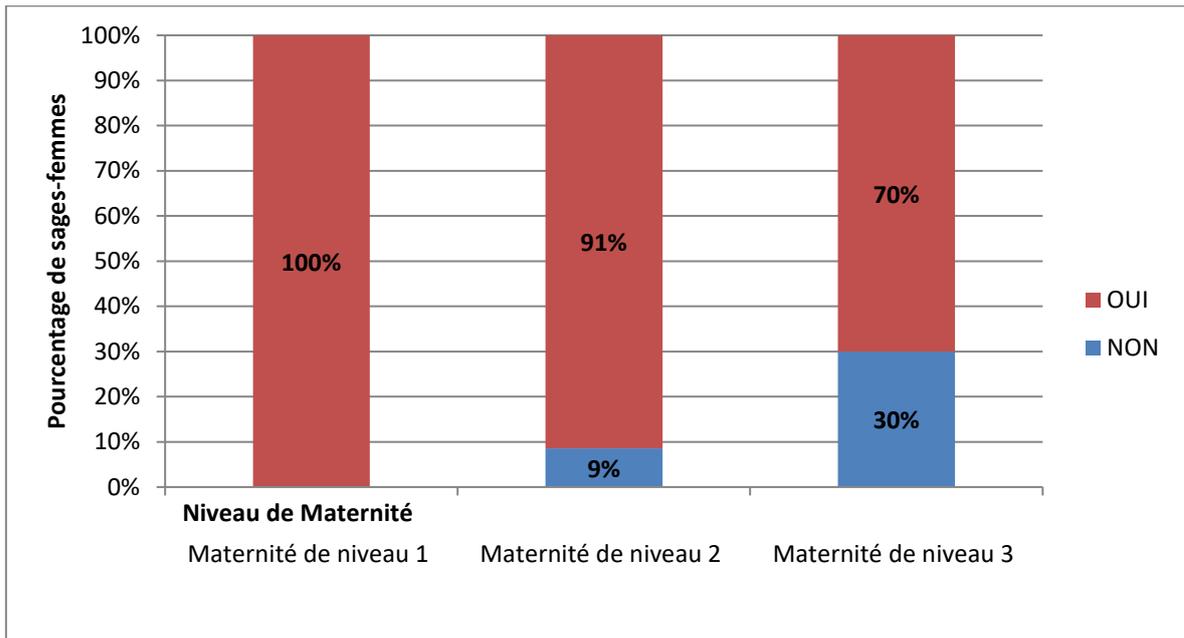


Figure 1 : Taux de mobilisation de la parturiente en début de travail par les 96 sages-femmes et par niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

ANNEXE VI : GRAPHIQUE APPARENTÉ À L'EMPLOI DU SYNTOCINON®

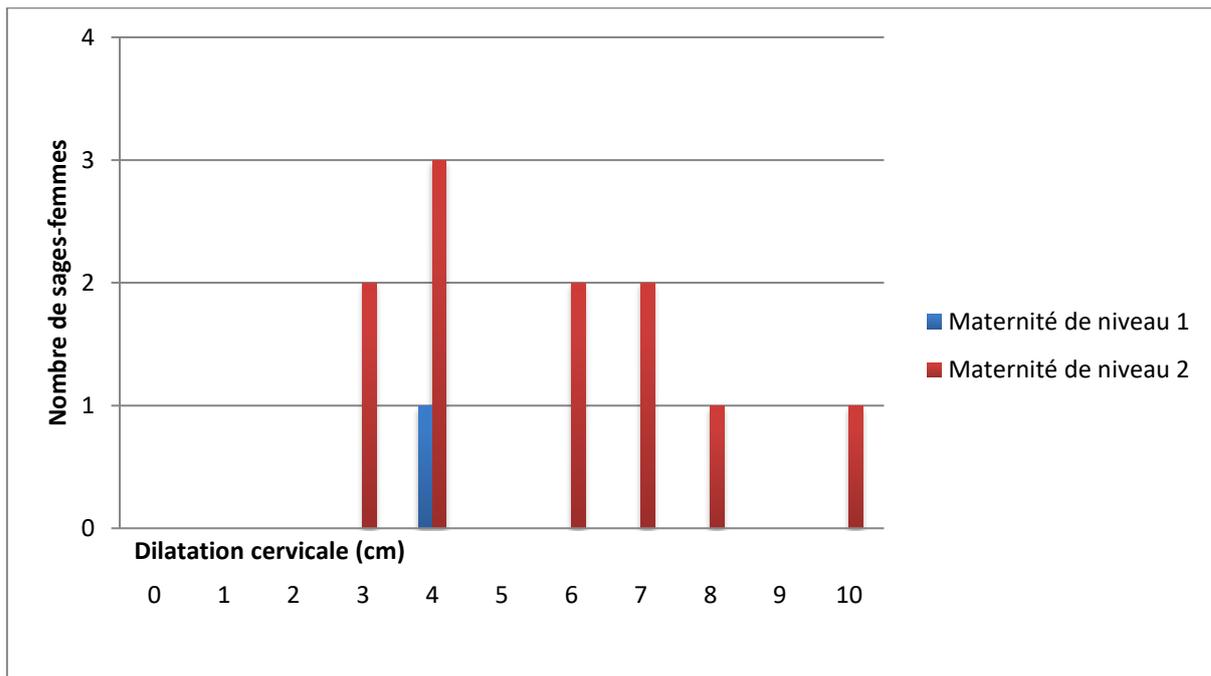


Figure 1 : Répartition des 16 sages-femmes, utilisant systématiquement du Syntocinon®, par centimètre de dilatation cervicale et niveau de maternité. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

ANNEXE VII : GRAPHIQUES APPARENTÉS À L'UTILISATION D'AUTRES MÉDICATIONS OU MOYENS THÉRAPEUTIQUES

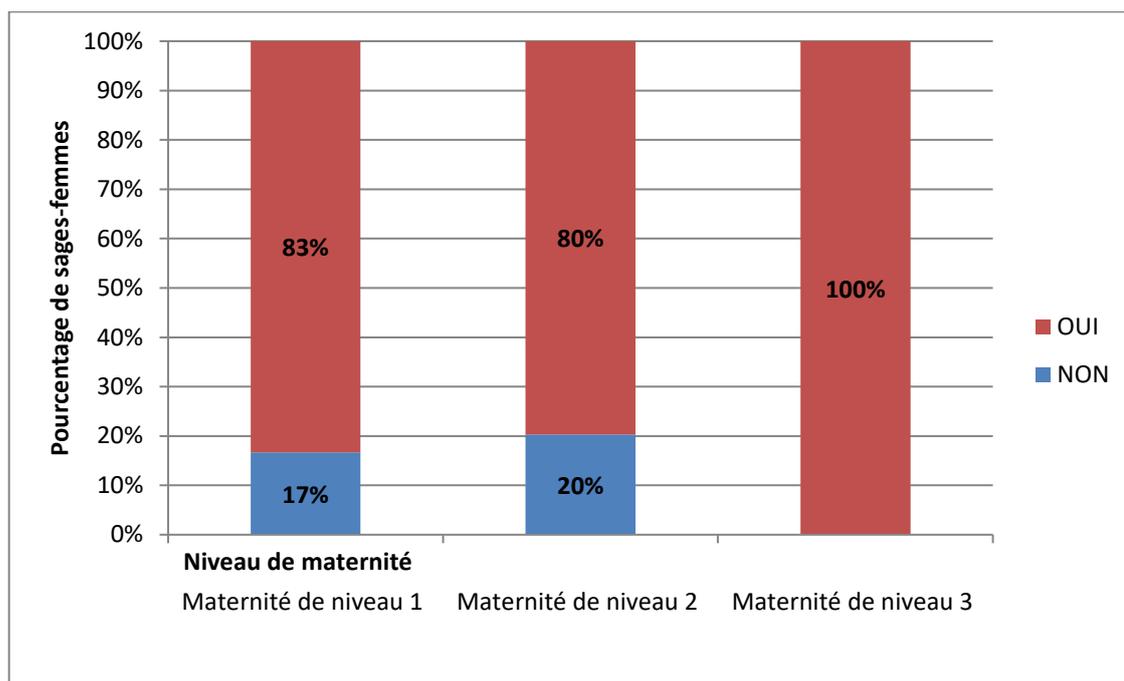


Figure 1 : Parmi les 96 sages-femmes : pourcentage de sages-femmes utilisant d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques pendant le travail. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

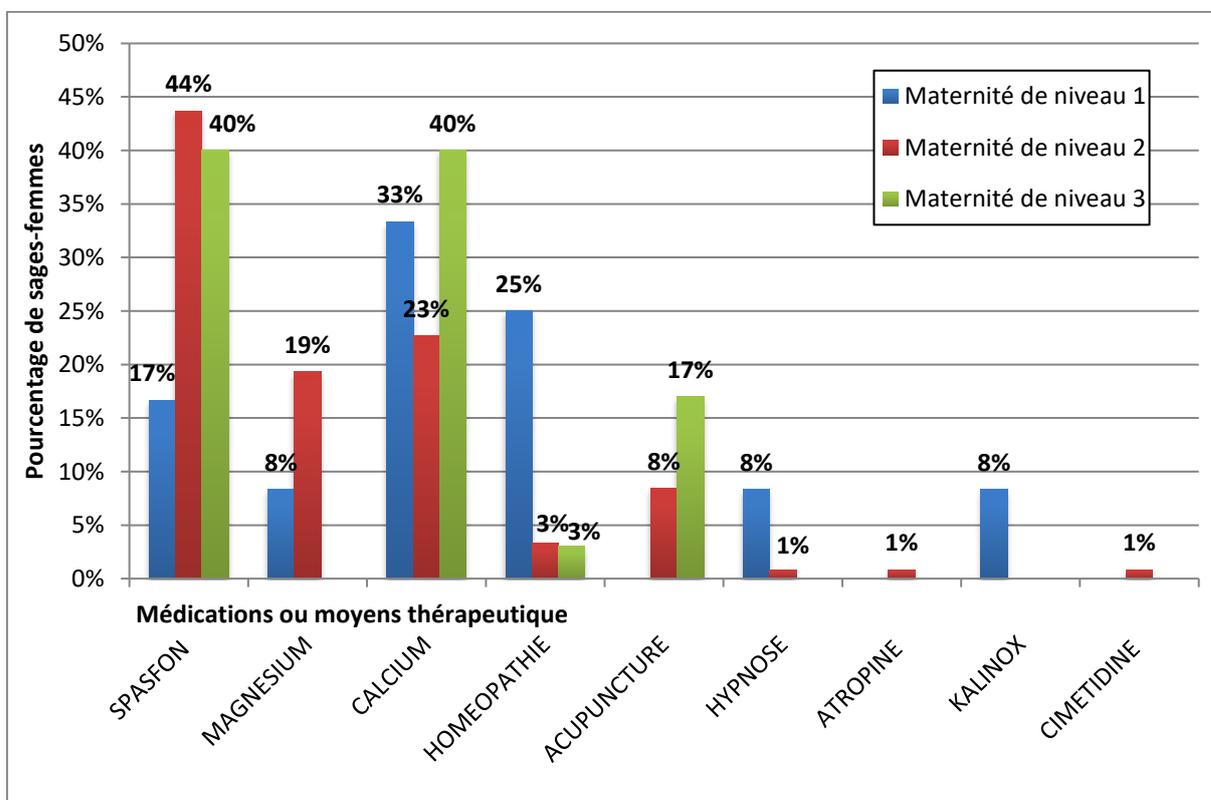


Figure 2 : Répartition des différentes médicaments ou moyens thérapeutiques proposés par les 96 sages-femmes ayant répondu. Etude faite dans les maternités de Nancy, Metz, Thionville, Verdun, La Roche-sur-Yon et Toul entre août 2018 et janvier 2019.

ANNEXE VIII : PROPOSITION DE PROTOCOLE RELATIF AU PREMIER STADE DU TRAVAIL DES GROSSESSES GÉMELLAIRES BICHORIALES BIAMNIOTIQUES NON COMPLIQUÉES

| | | | |
|---|--|---------------------------|----------|
| Rédacteur : S. FRÉMY, Etudiante Sage- Femme en 5 ^{ème} année | Protocole de prise en charge du premier stade du travail spontané chez une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée | Version n°1 15/04/2019 | Page 1/3 |
|---|--|---------------------------|----------|

I. DOMAINE D'APPLICATION

Ce protocole s'applique aux parturientes présentant une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée : à terme (≥ 37 SA), sans antécédent de césarienne, sans pathologie médicale ou obstétricale connue, sans restriction de croissance connue chez les deux fœtus, lors d'un travail spontané avec une présentation céphalique pour le jumeau 1.

II. ABREVIATIONS

APD Analgésie PériDurale
CU Contraction Utérine
RAM Rupture Artificielle des Membranes
RCF Rythme Cardiaque Fœtal
TA Tension Artérielle

III. PHASE DE LATENCE : 0 À 5 CM

Elle débute avec les premières contractions régulières/rythmées et potentiellement douloureuses avec ou sans modification du col.

❖ Surveillance fœtale

Mise en place d'un enregistrement du RCF des deux jumeaux en continu dès l'entrée en salle de naissance via un cardiotocographe externe +/- sans fil.

En cas de difficulté d'enregistrement ou de différenciation des rythmes cardiaques des jumeaux, la mise en place d'une électrode au scalp sur J1 sera nécessaire (acte possible dès 2cm de dilatation après RAM).



Pour RAM, proposez la mise en place d'une APD en amont car risque élevé de procidence dû à la sur-distension utérine.

❖ Surveillance maternelle

Prise de fréquence cardiaque, de TA et de température toutes les quatre heures. Proposition d'un toucher vaginal toutes les deux heures.

| | | | |
|---|---|---------------------------|----------|
| Rédacteur : S. FRÉMY, Etudiante Sage- Femme en 5 ^{ème} année | Protocole de prise en charge du premier stade du travail spontané chez une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée | Version n°1 15/04/2019 | Page 2/3 |
|---|---|---------------------------|----------|

Hors cas d'une RAM, proposez la mise en place d'une APD à partir de 3 cm de dilatation cervicale. L'APD sera accompagnée d'une mise en place de voie veineuse périphérique fonctionnelle (cathéter 18 Gauges ou 16 Gauges), d'une surveillance automatisée de la TA ainsi qu'un monitoring par électrocardioscope.



APD possible même à dilatation complète.

IV. PHASE ACTIVE : 5 CM À DILATATION COMPLÈTE

- ❖ Oxytocine (Syntocion®)

Employer ce produit face à une dystocie dynamique.

Entre 5 et 7 cm, on considère qu'il y a une stagnation de la dilatation lorsque la vitesse de celle-ci est inférieure à 1 cm par 4 heures et, entre 7 cm et dilatation complète, on considère qu'il y a une stagnation lorsque la vitesse est inférieure à 1 cm par 2 heures.

Intervention :

- Réaliser une amniotomie en première intention si membranes intactes
- Une heure après l'amniotomie, si stagnation persistante, administrer du Syntocion®
- Si membranes déjà rompues et CU insuffisantes, administrer du Syntocion®.

Paramètres d'utilisation :

- Diluer une ampoule de Syntocion® dans 500mL de solution G5%
- Administrer la solution par voie intra-veineuse via une pompe à perfusion volumétrique au débit initial de 12 mL/h (2 mUI/min = 4 gouttes/min).
- Augmenter par palier de 12mL/h toutes les 20 à 30 minutes (Débit maximal possible : 120mL/h soit 20 mUI/min = 40 gouttes/min).
- Adapter ce débit à la réponse utérine en arrêtant l'augmentation du produit dès :
 - Obtention d'une activité utérine à fréquence de 3 à 5 CU par 10 minutes
 - Obtention d'une modification cervicale.



Précautions d'emploi face à la sur-distension de l'utérus ; risque augmenté de rupture utérine.

- ❖ Autres thérapeutiques

Les interventions comme l'acupuncture, l'hypnose ou l'utilisation de médicaments homéopathiques peuvent être proposées.

L'utilisation de Spasfon® associé à du Gluconate de Calcium® est fortement encouragé face à une résistance segmentaire ou cervicosegmentaire.

| | | | |
|---|---|---------------------------|----------|
| Rédacteur : S. FRÉMY, Etudiante Sage- Femme en 5 ^{ème} année | Protocole de prise en charge du premier stade du travail spontané chez une parturiente qui présente une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée | Version n°1 15/04/2019 | Page 3/3 |
|---|---|---------------------------|----------|

V. MOBILITÉ PENDANT LE TRAVAIL

Tout au long du travail, il est recommandé d'encourager les parturientes à exprimer leurs envies sur leur mobilité. Afin de soulager ou d'améliorer l'avancée du travail, la sage-femme pourra proposer diverses positions.

Hors APD, l'ensemble des positions verticales et horizontales, connues par la sage-femme, pourront être proposées. Dans le contexte d'une APD, les positions debout seront exclues. Dans la mesure du possible, toutes les positions sont réalisables.



La diversification des positions devra prendre en compte l'enregistrement continu, de qualité, des RCF des jumeaux.

**Conduite du travail chez une parturiente qui présente
une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée**

Etude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique décrivant les pratiques des Sages-Femmes de service de salle de naissance via un questionnaire semi-directif sur la période d'août 2018 à janvier 2019.

Résumé

Introduction: Au cours de stages en salle de naissance, j'ai pu observer différentes pratiques professionnelles concernant le suivi du travail des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques non compliquées. La littérature comprend peu de données concernant la gestion du travail de ces grossesses. Ainsi un questionnement est né « Comment la sage-femme en salle de naissance assure-t-elle le travail d'une parturiente présentant une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée ? »

Méthode: Une étude par questionnaire auprès des sages-femmes de salle de naissance, de maternités de différents niveaux, a été réalisée. C'était une étude épidémiologique observationnelle descriptive multicentrique, décrivant les pratiques des sages-femmes, sur la période d'août 2018 à Janvier 2019. L'objectif principal a été de décrire les pratiques professionnelles des sages-femmes face au suivi du travail d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique non compliquée.

Résultats: Les résultats de cette étude ont montré que l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal des jumeaux en continue dès l'entrée en salle de naissance est réalisé par la majorité (100% des répondants des niveaux 1 et 3, 89% en niveau 2) et que cette continuité est altérée par le changement de positions (56%). La position prédominante a été « sur le côté cuisse supérieure vers la poitrine » avec 60 sages-femmes la proposant en début de travail et 72 en phase active. Le Syntocinon® n'a pas été utilisé systématiquement pendant le travail (83%) et ses paramètres d'utilisation n'ont pas suivi un protocole spécifique des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques (88%). De plus, les résultats ont montré que les sages-femmes ont utilisé d'autres médicaments ou moyens thérapeutiques (80 à 100%).

Conclusion: Cette étude montre que les pratiques professionnelles des sages-femmes présentent des similitudes tant par l'utilisation des positions, du Syntocinon® et des autres thérapeutiques. L'élaboration d'un protocole pourrait être facilitant pour les sages-femmes.

Mots clés: Grossesse gémellaire bichoriale biamniotique, travail, sages-femmes, pratiques professionnelles

Abstract

Introduction: During my practical training in the delivery room, I was able to observe different professional practices concerning the monitoring of the labor of uncomplicated dichorionic diamniotic twin pregnancies. The literature contains relatively few data on the management of the labor of these pregnancies. From this observation was born the following issue: "How does the midwife in the birthing room ensure the labor of a patient presenting an uncomplicated dichorionic diamniotic twin pregnancy?"

Method: A survey by questionnaire from midwives in delivery room of maternity from different levels was conducted. It was a descriptive multicentre observational epidemiological study, describing midwifery practices, from August 2018 to January 2019. The main objective was to describe the professional practices of midwives in the monitoring of the labor of uncomplicated dichorionic diamniotic twin pregnancy.

Results: The results of this survey showed that fetal monitoring of twins to continue, as soon as they enter the delivery room, is performed by the majority (100% of level 1 and 3 respondents, 89% in level 2) and that this continuity is altered by the change of positions (56%). The prevailing position was "on the side, thigh to the breast" with 60 midwives suggesting it at the beginning of work and 72 in the active phase. Syntocinon® was not routinely used during labor (83%) and its use parameters did not follow a specific protocol for dichorionic diamniotic twin pregnancies (88%). In addition, the results showed that midwives used other medications or therapeutic means (80 to 100%).

Conclusion: This survey shows that the professional practices of midwives have similarities in the use of positions, Syntocinon® and other therapeutic. The development of a protocol could be facilitative for midwives.

Keywords: dichorionic diamniotic twin pregnancy, labor, midwives, professional practices