

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2013

MEMOIRE

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES SAGES-FEMMES
DU LIMOUSIN SUR LA PRESCRIPTION D'HOMÉOPATHIE PENDANT LE
TRAVAIL EN VUE DE FAVORISER LA DILATATION CERVICALE

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Justine Planson

née le 21 février 1989 à Romorantin-Lanthenay

Maître de mémoire: Pauzet Marie-Pierre

Guidant de mémoire: Fourgeaud Vincent

REMERCIEMENTS

Aux cadres des services, m'ayant permis de réaliser cette étude.

Aux sages-femmes, ayant pris le temps de remplir le questionnaire.

A Mr Fourgeaud Vincent pour ses conseils, sa disponibilité, et ses encouragements.

Mais surtout et avant tout:

Un très grand Merci à Marie-Pierre Puzet, pour son investissement, son soutien, sa disponibilité et ses conseils précieux.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE

1. UTÉRUS GRAVIDE

1.1. Définition

1.2. Anatomie

2. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

2.1. Définition de l'accouchement

2.2. Evolution de l'accouchement

2.3. Techniques et thérapeutiques administrées durant le travail pour faciliter celui-ci

3. PLACE DE L'HOMÉOPATHIE

3.1. Définitions générales et historique de la prescription d'homéopathie

3.2. Principes fondamentaux

3.3. Place de l'homéopathie aujourd'hui

3.4. Place de l'homéopathie durant le travail en salle de naissance

3.5. Etudes déjà réalisées

4 SAGES-FEMMES ET HOMÉOPATHIE

4.1 Place de la formation initiale

4.2 Place de la législation

DEUXIÈME PARTIE: L'ÉTUDE

1. PROBLÉMATIQUE



2. OBJECTIFS

2.1. Objectif principal

2.2. Objectif secondaire

3. HYPOTHÈSES

3.1. Hypothèse principale

3.2. Hypothèse secondaire

4. CRITÈRES DE JUGEMENT

4.1. Critère principal de jugement

4.2. Critère secondaire de jugement

5. SHÉMA D'ÉTUDE

5.1. Type d'étude

5.2. La population étudiée

5.3. Les variables

5.4. Les modalités du recueil des données et les modalités de mesure

TROISIÈME PARTIE: LES RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

1.1. L'âge

1.2. L'année d'obtention du Diplôme d'Etat (DE)

1.3. L'école de formation

1.4. Les secteurs d'activités

1.5. La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sage-femme

1.6. La confrontation des sages femmes à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques

1.7. La pratique de la population étudiée

1.8. Les notes obtenues par la population aux questionnaires

2. DEFINITION DE SOUS POPULATIONS



2.1. La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sage-femme

2.2. La confrontation à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques

2.3. La pratique de ces sous-populations

3. ETUDE D'UNE SOUS POPULATION REPRÉSENTÉE PAS LES SAGES-FEMMES TRAVAILLANT EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

3.1. Description et pratique de la sous population

3.2. Répartition du niveau de connaissance des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement

QUATRIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION

1. LA CONFRONTATION AUX HYPOTHÈSES

1.1. Hypothèse principale

1.2. Hypothèses secondaires

2. ANALYSE DE LA POPULATION

2.1. En regard des notes obtenues aux questionnaires

2.2. Les caractéristiques de la population ayant une influence sur le niveau de connaissance de la population

3. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE

3.1. Les points forts de l'étude

3.2. Les points faibles de l'étude

4. ACTIONS ENVISAGÉES

CONCLUSION

RÉFÉRENCES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXE I

ANNEXE II



INTRODUCTION

L'usage de l'homéopathie est de plus en plus développée dans notre société.

Elle intervient à plusieurs titres dans l'amélioration de nos soins de santé, notamment en obstétrique où l'homéopathie a déjà prouvé un intérêt clinique sur de nombreux points en améliorant essentiellement le confort de la patiente.

L'homéopathie constitue une alternative intéressante aux thérapeutiques allopathiques dont l'utilisation est limitée chez les gestantes.

Parmi les produits homéopathiques, certains ont une action sur le col utérin.

De plus les sages-femmes disposent de l'autorisation de prescription d'homéopathie depuis Octobre 2011, jusqu'alors réservée à un médecin.

Cette étude a donc cherché à évaluer (quels sont aujourd'hui) les connaissances et la pratique des sages-femmes du Limousin sur la prescription d'homéopathie pendant le travail en vue de favoriser la dilatation cervicale.

Dans une première partie je décrirai la physiologie de l'accouchement, ainsi que les techniques et thérapeutiques courantes utilisées durant le travail pour le faciliter. J'étudierai ensuite l'homéopathie d'un point de vue général puis plus spécifiquement durant le travail en salle de naissance.

Puis je présenterai en deuxième partie la méthodologie de l'étude réalisée auprès des sages-femmes du Limousin, ainsi que les résultats obtenus en troisième partie.

La quatrième partie sera consacrée à l'analyse des résultats et à la discussion, mon projet d'action y sera proposé.

PREMIERE PARTIE

PREMIÈRE PARTIE

Dans cette première partie, l'anatomie de l'utérus ainsi que les différentes phases de l'accouchement sont abordées. Ces éléments étant respectivement la cible et la période où l'homéopathie peut être utilisée.

Nous aborderons également les différentes techniques et thérapeutiques actuelles visant à faciliter le travail, afin de décrire la place de l'homéopathie aujourd'hui.

1. UTÉRUS GRAVIDE

1.1. Définition

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la fécondation. Il le contient pendant la grossesse tout en permettant son développement et l'expulse lors de l'accouchement.

Au cours de la grossesse, des modifications importantes se produisent.
(1), (2)

1.2. Anatomie

1.2.1. Corps

L'utérus est composé de trois tuniques:

- La séreuse: soit le péritoine qui recouvre le corps et le segment inférieur. Elle suit le développement du muscle. (3)
- La musculuse: composée de trois couches de fibres lisses. On retrouve deux couches, une interne et une externe qui vont former la partie contractile de l'utérus, entre lesquelles on individualise une couche plus

épaisse formant la couche plexiforme. Elle enserre de nombreux vaisseaux qui servent de réserve sanguine.

- La muqueuse: elle s'épaissit et se transforme en caduque. On distingue trois caduques: la caduque basale, la caduque ovulaire, la caduque pariétale. (2), (3)

1.2.2.Segment inférieur

En forme de calotte évasée ouverte vers le haut, le segment inférieur s'individualise au cours des derniers mois de la grossesse entre le corps et le col de l'utérus. Il a un rôle capital au cours de l'accouchement, lié à sa bonne formation. Le caractère essentiel étant lié à sa minceur. Il joue un rôle d'amortisseur en conditionnant les effets contractiles du corps sur le col. Il est principalement composé de fibres conjonctives et élastiques, les fibres musculaires, elles, en revanche sont peu nombreuses. (2), (3)

1.2.3.Col

Les modifications sont peu nombreuses durant la grossesse.

Le volume et la forme restent identiques. La situation et la direction du col changent en fin de grossesse, lorsque la présentation s'accommode.

Les orifices restent fermés jusqu'au début du travail chez la primipare. En revanche, l'orifice externe est souvent déhiscent chez la multipare. L'orifice interne peut lui aussi être légèrement ouvert dans les derniers mois de la grossesse. La longueur du col peut diminuer mais celui-ci ne s'effacera pas avant le travail.

En ce qui concerne la structure du col, celui-ci est formé de tissu conjonctif, de fibres de collagène et de protéoglycanes. C'est la cohésion des fibres de collagène qui assure au col sa rigidité et empêche la dilatation. Le tissu musculaire y est peu présent. (1)

Chacune de ces parties de l'organe vont avoir un rôle bien défini dans le déroulement de l'accouchement.

2. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT

2.1. Définition de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques qui ont pour conséquence l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus et des annexes embryonnaires hors des voies génitales maternelles à partir de 22 semaines d'aménorrhée révolues ou pour un fœtus de plus de 500 g.

Ces phénomènes sont possibles grâce à :

- Une adaptation des dimensions des diamètres fœtaux aux dimensions du bassin maternel et aux parties molles, offrant la possibilité au fœtus de traverser la filière génitale,
- Des contractions utérines qui orientent le fœtus en dehors des voies génitales.

L'accouchement qui se produit après 37 semaines d'aménorrhée (SA) est dit à terme. Avant, celui-ci est qualifié de prématuré et post mature au delà de 42 SA.

Un accouchement est eutocique lorsqu'il évolue suivant un déroulement physiologique normal. Dans le cas contraire, nous parlons d'accouchement dystocique. (1), (4), (5)

2.2. Evolution de l'accouchement

Le déroulement de l'accouchement se divise en trois périodes qui se succèdent :

- L'effacement et la dilatation du col,
- L'expulsion du fœtus hors des voies génitales,
- L'expulsion des annexes (placenta et membranes) hors des voies génitales, couramment nommée la délivrance.

Ces trois périodes sont aussi appelées travail, celui-ci étant défini comme l'ensemble des phénomènes mécaniques et dynamiques qui conduisent à l'accouchement. (1), (5)

2.2.1. Période d'effacement et de dilatation du col : première partie du travail

Elle est marquée par l'apparition de contractions utérines efficaces permettant de modifier le col utérin en l'effaçant et en le dilatant. Cette phase est terminée lorsque la dilatation du col est complète.

Cette phase est divisée en:

- Phase de latence, qui coïncide avec le début du travail mais parfois elle le précède. Il s'agit de la plus longue phase du travail qui dure 6 à 8 heures chez la primipare. Pendant cette phase du travail la dilatation du col utérin est lente et elle atteint à la fin de cette phase, chez la primipare, les 2 à 3 cm.

- Phase active où la dilatation du col utérin s'accélère, avec une vitesse de 3 cm/heure. Cette phase se divise en:

- une phase d'accélération, d'environ 2 heures,
- une phase de pente maximale de dilatation où la dilatation va passer de 4 cm à 8/9 cm.

- Phase de décélération, elle se situe à 8/9 cm de dilatation et on note, chez certaines patientes, un ralentissement de la dilatation précédant la phase d'expulsion du fœtus.

Il s'agit de la période la plus longue de l'accouchement. En moyenne, dans les cas non pathologiques, elle dure de 7 à 10 heures chez la primipare et de 3 à 6 heures chez la multipare. (1), (5), (6),(7)

Il est à noter ici dans certains cas pathologiques, lorsque les contractions utérines ne permettent pas la dilatation cervicale, on parle de dystocie de démarrage ou de faux travail:

La dystocie de démarrage, est une situation où l'on observe une absence de dilatation cervicale chez des femmes, ayant des contractions utérines espacées, régulières, de plus en plus intenses, celles-ci ayant tendance à augmenter à la marche.

Le faux travail, est une situation où l'on observe une absence de dilatation cervicale chez des femmes ayant des contractions utérines espacées, irrégulières (en fréquence et intensité), celles-ci n'augmentant pas à la marche. (8)

2.2.2.Période d'expulsion: deuxième période du travail

Cette période correspond à l'expulsion du fœtus hors des voies génitales. Elle commence à dilatation complète et s'étend jusqu'à la naissance. Cette phase peut elle aussi être divisée en deux phases, à savoir:

- La phase d'achèvement de la descente et de la rotation de la présentation.
- La phase d'expulsion proprement dite. La poussée abdominale vient s'ajouter aux contractions utérines.

La période d'expulsion dure en moyenne une à deux heures.

La durée maximale des efforts expulsifs ne doit pas excéder 30 minutes. (7), (9)

2.2.3.Délivrance: troisième période du travail

Il s'agit du dernier temps de l'accouchement. La parturiente va expulser les annexes fœtales (placenta, membranes amniotiques et le reste du cordon ombilical) initialement accolées à l'utérus, hors des voies génitales. Elle évolue en trois phases:

- Phase de décollement du placenta
- Phase d'expulsion du placenta
- Phase d'hémostase

La délivrance doit avoir lieu dans la demie-heure qui suit la naissance. (7), (10).

Le travail est en général plus rapide chez la multipare que chez la primipare.(7)

Le travail peut être dirigé afin de le faciliter et ainsi d'en diminuer la durée.

2.3. Techniques et thérapeutiques administrées durant le travail pour faciliter celui-ci

L'accouchement dirigé n'a pas pour but de modifier le mécanisme physiologique de l'accouchement, mais au contraire d'éliminer d'éventuels éléments pathologiques et maintenir son déroulement physiologique. Cette

intervention du professionnel de santé se justifie à condition de ne nuire ni à l'enfant ni à la parturiente et de ne pas entraver le déroulement physiologique de l'accouchement. Elle met au contraire la mère et l'enfant dans de meilleures conditions et écarte la prolongation excessive du travail. (1), (7)

Pour cela, différentes méthodes peuvent être adoptées quelle soit médicamenteuses ou non.

2.3.1.Méthodes non médicamenteuses

2.3.1.1. Rupture artificielle de la poche des eaux

La rupture de la poche des eaux peut être spontanée ou artificielle. Elle est qualifiée de prématurée si elle a lieu avant le début du travail, de précoce si elle a lieu au début du travail et de tempestive si elle a lieu à dilatation complète.

La rupture artificielle des membranes est décidée par l'accoucheur et effectuée à l'aide d'un perce membrane. Il s'agit le plus souvent d'une rupture artificielle précoce vers 4/5 cm de dilatation, ce qui peut alors faciliter la bonne progression du travail. Lorsque la rupture est spontanée celle-ci peut avoir lieu à n'importe quel stade de la dilatation. (1), (6), (7)

La poche des eaux entrave souvent la progression de la dilatation, soit par l'adhérence membraneuse au col et au segment inférieur, soit en empêchant la bonne accommodation de la présentation au segment inférieur et au col, du fait de l'accumulation du liquide au point déclive. (1)

2.3.1.2. Positions adoptées durant le travail

Différentes positions peuvent être proposées en salle de naissance afin de faciliter la progression du travail et la descente du fœtus. La déambulation tant que celle-ci est encore possible est conseillée de façon à accélérer le travail sans pour autant augmenter la fréquence des contractions utérines.

Lorsque la déambulation ne se révèle plus possible, différentes positions peuvent alors être proposées par le personnel médical en accord avec la femme de façon à favoriser la mécanique obstétricale.

La position adoptée sera adaptée en fonction de l'effet recherché (ouverture du détroit supérieur, ouverture du détroit inférieur, faire pivoter un dos postérieur en antérieur, accompagner la rotation de la présentation). (11)

A coté de ces méthodes, d'autres peuvent être exploitées nécessitant l'introduction de substances médicamenteuses.

2.3.2. Traitements médicamenteux

2.3.2.1. Ocytociques

Les ocytociques ont pour but de renforcer la fréquence et l'amplitude des contractions utérines et de rendre l'accouchement plus rapide. Ils doivent être utilisés pendant le travail en perfusion lente et la dilution effectuée équivalent à ½ milli-unité d'ocytocine (soit 5ui d'ocytocine dans 49 cc de sérum glucosé à 5%). La perfusion est administrée de préférence à la seringue électrique.

La réponse de l'utérus à la perfusion d'ocytocine doit être sollicitée par des doses très faibles et progressivement croissante.

La perfusion n'est au maximum de son efficacité qu'après l'ouverture de l'œuf. La rupture artificielle des membranes est souvent le temps préliminaire de la pose de la perfusion d'ocytociques. (7)

2.3.2.2. Antispasmodiques

L'usage des antispasmodiques est né de la notion de spasme cervical.

Cependant l'utilisation de ces médicaments est limitée et il ne semble pas qu'ils aient en tant que tels une action sur la bonne marche du travail. (1)

Les antispasmodiques peuvent être associés au gluconate de calcium.

2.3.2.3. Analgésie péridurale

Il s'agit d'un procédé qui permet de réaliser un accouchement sans douleur. L'analgésie est obtenue par l'introduction d'un analgésique dans l'espace péridural. Elle provoque un bloc moteur partiel et un bloc sensitif plus ou moins complet. L'analgésie péridurale entraîne en général une baisse de l'activité contractile de l'utérus, ce qui rend fréquemment nécessaire la perfusion d'ocytocine. Par ailleurs, elle diminue les résistances cervico-segmentaires et ainsi diminue le temps de travail.(1), (7)

D'autres analgésiques peuvent être utilisés, mais ils le sont de moins en moins de part l'existence de l'analgésie péridurale. Cependant ils gardent leur intérêt lors d'une contre indication de celle-ci.

On note:

- L'analgésie par inhalation d'un mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, ce qui procurera une analgésie relative. (7)
- L'administration de morphiniques, qui agissent sur la globalité du corps pour diminuer la perception douloureuse globale et de ce fait sur la perception douloureuse des contractions utérines. (1)
- L'anesthésie du nerf honteux interne, permettant une anesthésie et un relâchement du périnée.

Ces traitements médicamenteux et ces méthodes non thérapeutiques peuvent être utilisés durant le travail afin de le faciliter. Les techniques adoptées seront adaptées à la situation rencontrée, et celles-ci peuvent s'additionner.

Une autre méthode pourrait être envisagée pour faciliter le travail, celle-ci, passant par l'utilisation de l'homéopathie en salle de naissance.

3. PLACE DE L'HOMÉOPATHIE

3.1. Définitions générales et historique de la prescription d'homéopathie

Le terme homéopathie a été créé par le médecin allemand Samuel Hahnemann, et provient du grec «homoios» signifiant similaire et «pathos» signifiant «semblable souffrance». La véritable écriture d'homéopathie est donc homéopathie. (12)

Vers la fin du 18ème siècle, ce médecin met en évidence les propriétés uniques de l'écorce de quinquina qui possède la particularité de reproduire chez un sujet sain des symptômes identiques à ceux provoqués par la fièvre intermittente. Dès lors, Hahnemann s'appuiera sur les principes de similitude et de dilution afin de poser les bases d'une nouvelle méthode thérapeutique. (13), (14)

Les médicaments homéopathiques sont élaborés à partir de trois types de souches:

- Les souches végétales, on en dénombre 1286.
- Les souches minérales, on en répertorie 1555.
- Les souches animales, il y en a 173. (15)

3.2. Principes fondamentaux

En homéopathie, le choix d'un traitement s'effectue selon des principes de base, ceux-ci étant fondés sur un simple accord professionnel. Annexe 1

- Le principe de similitude
- Le principe de l'infinitésimal et de la dynamisation

- Le principe de la sensibilité individuelle
- Les conditions de prescription

Le principe de similitude «*Similia similibus curentur*: les semblables guérissent les semblables» (13). Ce principe stipule que toutes les substances capables d'induire à des doses pondérales chez un sujet sain, des manifestations pathologiques, est susceptible à des doses infinitésimales spécialement préparées, de faire disparaître des symptômes semblables chez le malade qui les présentes. (16)

En prenant l'exemple du café, chez des sujets sensibles à son action, sa trop grande consommation provoque une insomnie, une excitation intellectuelle et des palpitations. Si ces mêmes symptômes sont présents chez une personne malade, le café à dose infinitésimale, dénommé «Coffea», sera l'un des médicaments à envisager.

Le principe de l'infinitésimal s'applique à la préparation des médicaments qui seront prescrits au patient selon le principe de similitude. Les médicaments sont dilués progressivement, ce qui a pour conséquence l'administration de doses extrêmement faibles du produit d'origine. La succession des opérations de dilution puis de dynamisation modifient de manière quantitative et qualitative l'action de la substance naturelle. La dilution permet de supprimer la toxicité de la substance. La dynamisation augmente l'action du remède; Samuel Hahnemann parle de «substance énergétique». (12), (16)

La dilution s'effectue selon deux méthodes à savoir:

- La méthode hahnemannienne qui consiste en une succession de dilutions selon une échelle de dilutions centésimales. On prend une partie (1ml par exemple) de produit pur (teinture mère) que l'on mélange dans 99 parties d'un solvant (eau ou alcool), et on agite au moins 100 fois (cela correspond à la dynamisation). On a alors la première dilution centésimale ou 1CH. On prend ensuite une partie de 1CH à laquelle on ajoute 99 parties de solvant, on agite

de nouveaux 100 fois, on a alors la deuxième centésimale et ainsi de suite pour les centésimales suivantes.

- La méthode karsokovienne qui consiste à utiliser le même flacon qui est vidé à chaque palier de succession, considérant que le liquide restant sur les parois équivaut à une goutte.(17)

Le principe de la sensibilité individuelle: les symptômes qui seront observés sont en très grande partie le fait de la réaction du sujet, témoignant de sa sensibilité propre. Ceci permis aux homéopathes de décrire les caractéristiques (physiques, morphologiques, comportementales) des individus sensibles. Le médicament homéopathique utilise la sensibilité et la réactivité personnelle de chaque personne considérée sous l'angle de son unité somato-psychique particulière. (15)

Les conditions de prescription d'un traitement homéopathique,

Il faut que l'on soit face à la fois à:

- Une lésion ou un symptôme réversible.
- La possibilité d'une réaction de l'organisme.
- L'existence d'une substance qui peut déclencher la réaction salutaire chez le malade.

3.3. Place de l'homéopathie aujourd'hui

Dans le monde, 200 millions de personnes ont recours à l'homéopathie et seuls les membres des professions médicales ont le droit de prescrire de l'homéopathie.

L'homéopathie est une thérapeutique officiellement reconnue, elle est inscrite depuis 1965 à la pharmacopée française, les médicaments sont remboursés à 35%. Le reste est pris en charge classiquement par les mutuelles.

L'homéopathie occupe une place grandissante. En 2004, 39 % des foyers avaient recours à l'homéopathie; en 2010 ils sont 53% (étude IPSOS). (18)

L'homéopathie est utilisée pour différentes maladies ou différents maux. Son utilisation dans le secteur obstétrical est intéressante du fait de son innocuité chez la femme enceinte. (17)

L'homéopathie peut être prescrite durant l'accouchement pour aider la parturiente en facilitant le déroulement de l'accouchement.

3.4. Place de l'homéopathie durant le travail en salle de naissance

3.4.1. Utilisation d'*Actaea Racemosa* et *Caulophyllum*

Durant l'accouchement, ces deux traitements homéopathiques peuvent être envisagés afin d'avoir une action sur le corps et le col utérin en favorisant la rapidité de la dilatation de ce dernier.

3.4.1.1. *Actaea Racemosa*

L'*Actaea Racemosa* est une plante originaire d'Amérique du Nord qui fleurit au mois de juillet. Elle peut atteindre deux mètres de haut et ce sont les racines séchées qui sont utilisées en homéopathie. Elle appartient à la famille des Renonculacées.

Elle est aussi appelée *Cimifuga racemosa* et ce remède est recommandé contre les spasmes. Elle était utilisée par les Amérindiens pour faciliter l'accouchement. *Actaea Racemosa* est un médicament de spasme, de col rigide et d'inquiétude face à l'accouchement.

Actaea Racemosa est mis en vente sous différentes formes, mais la plus utilisée est celle présentée en granules.

Ce remède est souvent associé à *Caulophyllum*. (19), (20), (21)

3.4.1.2. Caulophyllum

Caulophyllum est obtenu à partir de la racine sèche de la colosh bleu, aussi appelée racine à squaw.

Caulophyllum thalictroïdes appartient à la famille des Berbéridées.

Il facilite l'accouchement en contribuant à la dilatation du col et en régulant les contractions des parois utérines, ce qui rend plus supportable les douleurs ressenties durant cette phase.

Il est aussi indiqué lorsque le travail obstétrical stagne. (22), (23)

Pour prouver l'efficacité de certaines substances homéopathiques durant le travail, en salle de naissance, des études ont été mises en place.

3.5. Etudes déjà réalisées

3.5.1. Etude principale du Docteur Boulanger et ses collaborateurs

Il s'agit d'une étude concernant l'utilisation d'un traitement homéopathique personnalisé (qui tient compte du trouble particulier, spécifique à chaque cas individuel) au cours du travail. L'étude a été réalisée par le docteur BOULANGER R. et ses collaborateurs.

L'objectif de l'étude était d'évaluer chez 50 femmes enceintes, l'efficacité d'un traitement homéopathique personnalisé administré durant le travail. Il y avait 27 primipares et 23 multipares.

Quatre critères étaient évalués:

- L'état du col en fin de grossesse et la dilatation du col à l'arrivée en salle de naissance.
- Le nombre de cas de faux travail ou de dystocie de démarrage.

- La durée du travail.
- L'action de la thérapeutique homéopathique sur la douleur.

Le traitement était établi au 8ème mois de grossesse, et consistait en la prise par succion dès l'arrivée de contractions régulières, du médicament homéopathique personnalisé. Cette prise devant être renouvelée à chaque contraction et augmentée si les douleurs s'intensifiaient.

Concernant le premier critère qui s'intéressait à l'état du col, cette étude avait mis en avant que le raccourcissement, l'effacement et le début de la dilatation cervicale s'effectuait au domicile de la parturiente sous l'effet de la thérapeutique homéopathique pour 19 primipares et 21 multipares puisqu'elles avaient été admises avec une dilatation allant de 3 à 5 cm.

Deuxième critère: le faux travail et/ou la dystocie de démarrage. L'étude ne révélait aucun cas de faux travail sur les 50 cas, et deux dystocies de démarrage.

Troisième critère: la durée du travail. Sur 27 primipares, 24 avaient eu une durée de travail inférieure ou égale à 6 heures dont 20 une durée inférieure à 4 heures, et 3 avaient eu une durée de 9 heures. Sur les 23 multipares, 20 avaient eu une durée de travail inférieure à 4 heures et 3 avaient eu une durée de travail égale à 6 heures. Ainsi la tendance était que la thérapeutique homéopathique influençait la durée du travail en la raccourcissant aussi bien chez la primipare que la multipare.

Quatrième critère: la douleur. Pour ce critère, les résultats n'avaient pas été aussi évidents que précédemment. La thérapeutique homéopathique personnalisée semblait avoir une action globale, sans avoir d'action spécifiquement antalgique voire analgésique.

Cette étude a permis de montrer la tendance qui est à :

- L' amélioration de la dilatation et à la diminution de la douleur.
- Un raccourcissement de la durée globale de travail.
- Une action cependant moins efficace sur la douleur. (24)

Il s'agit d'une étude de cas, dans laquelle 50 cas ont été étudiés et 4 critères ont été évalués. Ceci constituant un niveau 4 de preuve scientifique à savoir un faible niveau de preuve. Annexe 1

3.5.2. Autres données

Il s'agissait d'une enquête du Dr CHICHE, concernant l'utilisation d' Actaea Racemosa 30 CH dans la dystocie cervicale. C'était une étude observationnelle, ouverte, prospective, multicentrique et non comparative, qui portait sur l'administration d'Actaea Racemosa 30 CH à des femmes qui présentaient une dystocie cervicale lors du travail. Le critère évalué était l'efficacité du traitement proposé en notant ou non la modification de l'état du col 30 minutes après l'administration d'une dose d'Actaea Racemosa. Cette étude a été réalisée au cours des années 2003/2005.

24 parturientes avaient été incluses entre octobre 2003 et septembre 2005 et les raisons de ce nombre faible d'incluses ne sont pas connues. Parmi celles-ci, 83% présentaient une efficacité du traitement puisque le col s'était assoupli 30 minutes après l'administration d'une dose d'Actaea Racemosa 30CH.

Les résultats de cette étude sont en faveur du médicament. La prise de ce médicament tend à une réduction du temps de travail et une diminution de la proportion de césarienne. Les limites de cette étude sont représentées par un faible effectif, l'absence d'un groupe de contrôle et d'une randomisation. (25)

Cette étude est également une étude de cas, en ayant inclus 24 entre 2003 et 2005. Cette étude constitue donc un faible niveau de preuve scientifique correspondant au grade C dans le tableau du grade des recommandations. Annexe1

4 SAGES-FEMMES ET HOMÉOPATHIE

4.1 Place de la formation initiale

Les études de sages-femmes, se composent d'une année commune avec les autres étudiants médicaux, suivi de quatre années spécifiques de formation à l'école de sage-femme. Durant ces cinq années, il n'y a pas de formation en matière d'homéopathie. Malgré une absence d'effets indésirables et des principes ayant montré leurs intérêts en obstétrique, il n'est pas permis aux futures sages-femmes d'exploiter correctement les principes homéopathiques.

4.2 Place de la législation

Depuis octobre 2011, l'autorisation de prescription de l'homéopathie est accordée aux sages-femmes.

«La profession a désormais le droit de prescrire l'homéopathie, ce que les sages-femmes et leurs patientes souhaitaient depuis longtemps.» (26)

Auparavant, la prescription était faite par un médecin. On trouvait également des sages-femmes qui avaient bénéficié de formations complémentaires de type diplôme universitaire, qui étaient donc familiarisées avec la pratique. Dans d'autres cas des sages-femmes utilisaient également cette technique via des protocoles existants dans les services hospitaliers.

Mais au total, nous ne pouvons parler d'autonomie dans la prescription pour les sages-femmes que depuis octobre 2011.

L'étude conjointe de la physiologie de l'accouchement mêlée aux différentes techniques pouvant faciliter celui-ci, nous a permis de décrire la place que pouvait avoir l'homéopathie dans le déroulement de l'accouchement.

Nous pouvons dès lors décrire notre protocole de recherche.

DEUXIEME PARTIE: L'ETUDE

DEUXIÈME PARTIE: L'ÉTUDE

En Limousin, la prescription d'homéopathie durant le travail ne serait pas une pratique courante.

1. PROBLÉMATIQUE

Quel est l'état des connaissances et des pratiques des sages-femmes du Limousin sur la prescription d'homéopathie pendant le travail en vue de favoriser la dilatation cervicale ?

2. OBJECTIFS

2.1. Objectif principal

Evaluer les connaissances des sages-femmes du Limousin sur la prescription d'homéopathie durant le travail pour favoriser la dilatation cervicale.

2.2. Objectif secondaire

Recenser les pratiques des sages-femmes du Limousin quant à la prescription d'homéopathie durant le travail pour favoriser la dilatation cervicale.

3. HYPOTHÈSES

3.1. Hypothèse principale

Les sages-femmes du Limousin ont peu de connaissances de la prescription possible de l'homéopathie en salle de naissance pour favoriser la dilatation cervicale.

3.2. Hypothèse secondaire

Les prescriptions d'homéopathie en salle de naissance pour favoriser la dilatation cervicale sont peu fréquentes.

4. CRITÈRES DE JUGEMENT

4.1. Critère principal de jugement

Le critère principal de jugement est le niveau de connaissance des sages-femmes du Limousin sur la prescription d'homéopathie en salle de naissance pour favoriser la dilatation cervicale.

4.2. Critère secondaire de jugement

Le critère de jugement secondaire est la prescription de traitements homéopathiques en salle de naissance par les sages-femmes du Limousin pour favoriser la dilatation cervicale.

5. SHÉMA D'ÉTUDE

5.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, au niveau régional.

5.2. La population étudiée

5.2.1. La population source

La population source ici correspond à la population cible. La population est représentée par l'ensemble des sages-femmes en exercice en Limousin tous secteurs confondus. En effet certaines sages-femmes peuvent exercer dans d'autres secteurs que les salles de naissances et avoir des connaissances sur l'homéopathie pouvant être prescrite pour favoriser la dilatation cervicale. A l'inverse, d'autres sages-femmes peuvent avoir leur activité principale en salle de naissance sans pour autant avoir ces connaissances.

5.2.2. L'échantillon

D'après les chiffres de 2010, 254 sages-femmes du Limousin sont inscrites aux tableaux de l'ordre, regroupant tous les secteurs d'activités. 44 sages-femmes ne sont pas retenues puisqu'elles sont sans activité ou alors titulaires du diplôme d'état de sage-femme mais n'exercent pas en tant que sage-femme.

5.3. Les variables

5.3.1. Variables quantitatives

Les variables quantitatives sont :

- L'âge de la sage-femme, pour décrire ma population.
- Le nombre d'années d'exercice, qui est étudié par tranche.

5.3.2. Variables qualitatives

- Les connaissances des sages-femmes sur le sujet, d'un point de vue :
 - scientifique
 - pratique
 - législatif
- L'école de sages femmes de formation.
- L'obtention d'un diplôme universitaire d'homéopathie.
- Les démarches personnelles d'apprentissage sur l'homéopathie. (lectures, internet, conférences)
- Les transmissions de connaissances inter-professionnelles.
- La pratique de prescription d'homéopathie par la sage-femme.
- La connaissance de collègues prescrivant l'homéopathie.
- Le secteur d'exercice le plus fréquenté.
- L'existence de protocoles en salle de naissance sur l'homéopathie.
- La confrontation à des patientes demandeuses.
- L'intérêt des sages-femmes pour ce traitement.

Des classes sont établies pour classer le niveau de connaissance des sages-femmes sur le sujet, à savoir:

- entre [0-9]: insuffisant
- entre]9-12]: correct
- entre]12-16]: satisfaisant
- entre]16-20]: sujet maîtrisé

5.4. Les modalités du recueil des données et les modalités de mesure

5.4.1. La méthode de recueil des données

L'outil utilisé pour cette étude est un questionnaire adressé nominativement aux sages-femmes libérales et aux sages-femmes territoriales accompagné d'une enveloppe de retour affranchie. Il est également transmis à chaque sage-femme des établissements hospitaliers de manière anonyme.

Annexe 2

5.4.2. Le temps d'observation

La période d'inclusion a débuté en Aout 2012, celle-ci s'est terminée en Novembre 2012. Des relances téléphoniques ont été effectuées afin de récupérer les questionnaires qui n'avaient pas été retournés. Auparavant, le questionnaire a été testé auprès des étudiants de cinquième année, afin d'en améliorer la compréhension et la clarté en Mai 2012.

5.4.3.L'exploitation des données

De part le questionnaire, les données recueillies ont été saisies dans une grille de recueil, puis dans un tableau EXCEL® avec dans une colonne, soit une variable quantitative ou une variable qualitative, et dans une ligne, une sage-femme

J'ai ensuite épidémiologiquement décrit ma population puis j'ai effectué statistiquement des comparaisons de moyennes à l'aide du logiciel Statview, dont je vais exposer les principaux résultats (dans un moment ci-après).

TROISIEME PARTIE: LES RESULTATS

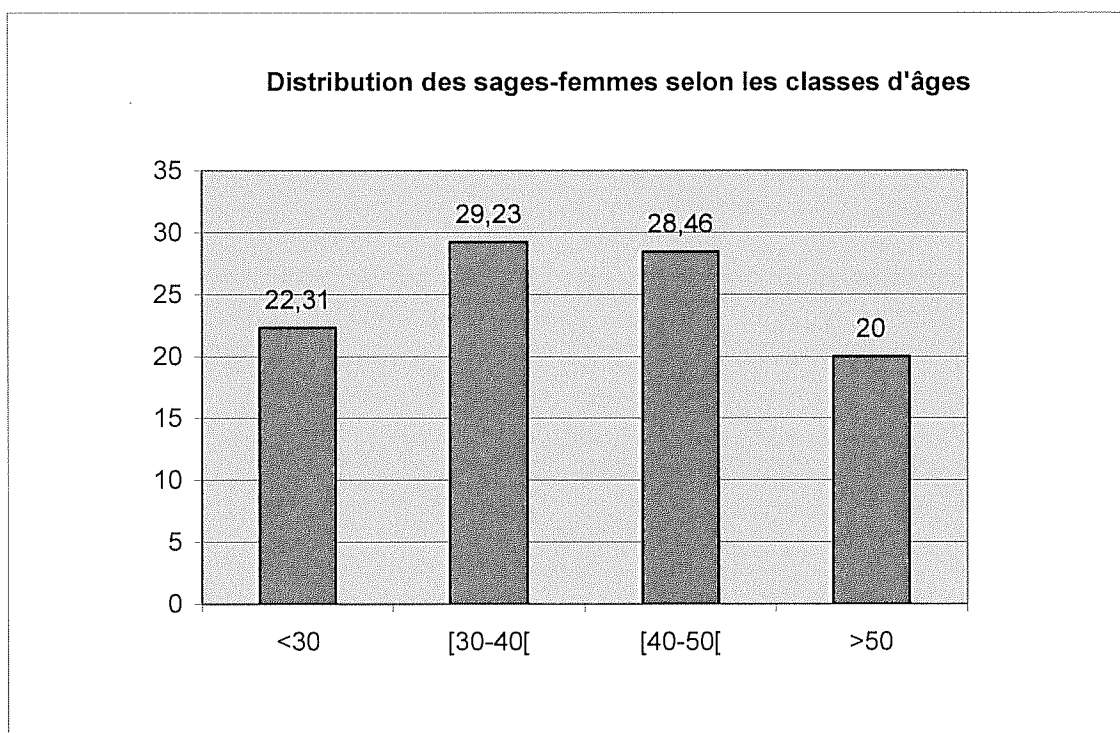
TROISIÈME PARTIE: LES RÉSULTATS

1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

Notre étude qui s'est déroulée de Aout 2012 à Novembre 2012, nous a permis de recueillir 132 questionnaires sur 187 distribués soit un taux de retour de **70,58%**.

1.1. L'âge

La moyenne d'âge est de **39,56 ans** avec une étendue allant de **23 à 65 ans**. L'écart type est de **9,92**.



La majorité des sages-femmes sont âgées d'au moins 30ans:

22,31% des sages-femmes ont moins de 30ans. IC[15,21 ; 29,41]

29,23% ont entre 30 et 39 ans. IC[21,47 ; 36,98]

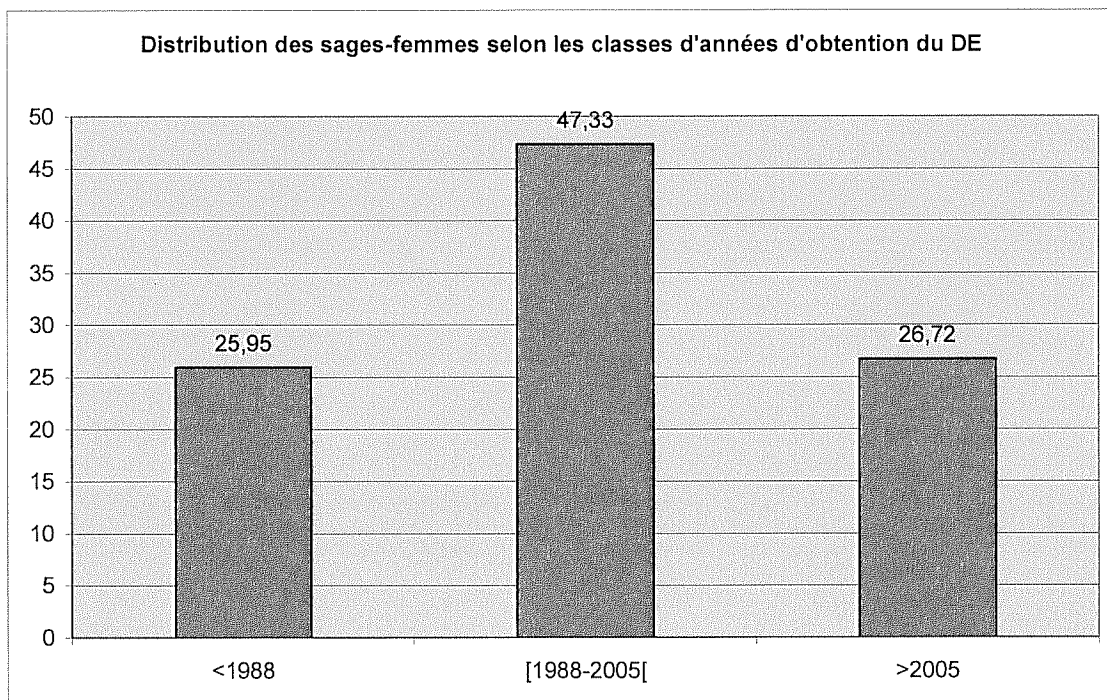
28,46% ont entre 40 et 49 ans. IC[20,77 ; 36,15]

20% ont plus de 50 ans. IC[13,18 ; 26,81]

Il n'y a alors pas de corrélation statistiquement significative entre l'âge des sages-femmes et leurs niveau de connaissance car $p > 0,05$.

1.2. L'année d'obtention du Diplôme d'Etat (DE)

Il a été choisi de faire trois classes, en fonction des années des réformes liées aux études de sages-femmes.



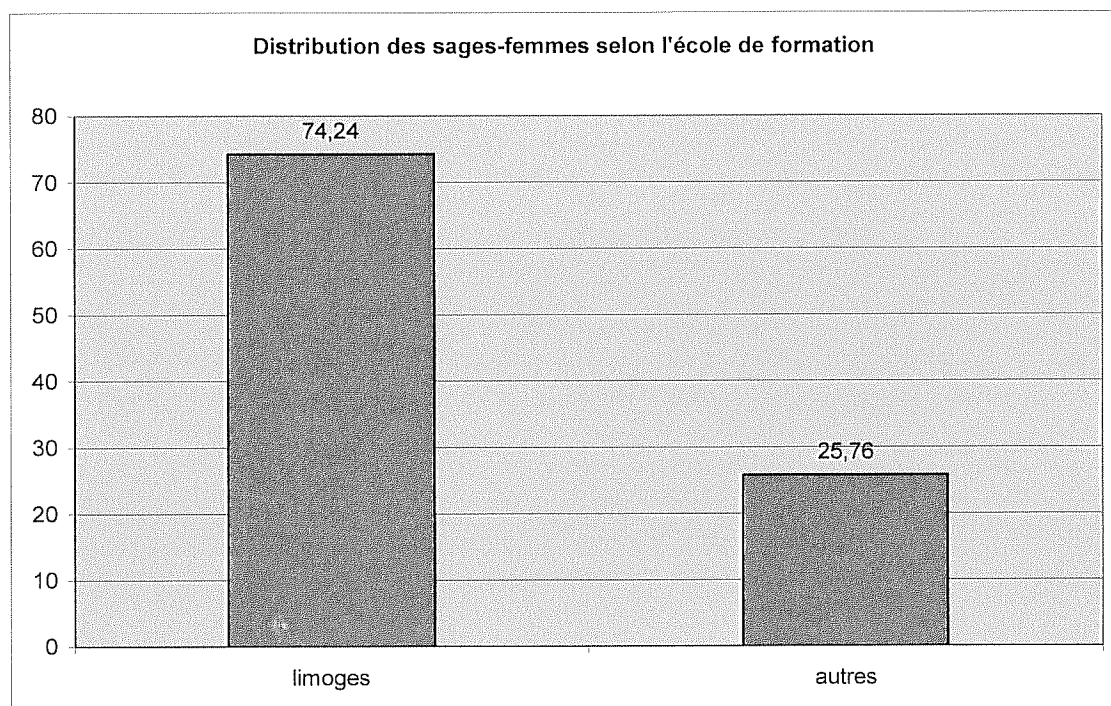
25,95% ont obtenu le DE avant 1988. IC[22,13 ; 29,76]

47,33% ont obtenu le DE entre 1988 et 2004. IC[33,81 ; 55,85].

26,72% ont obtenu le DE après 2005. IC[19,18 ; 34,27]

Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre l'année d'obtention du diplôme d'état et le niveau de connaissance des sages-femmes car $p > 0,05$.

1.3. L'école de formation



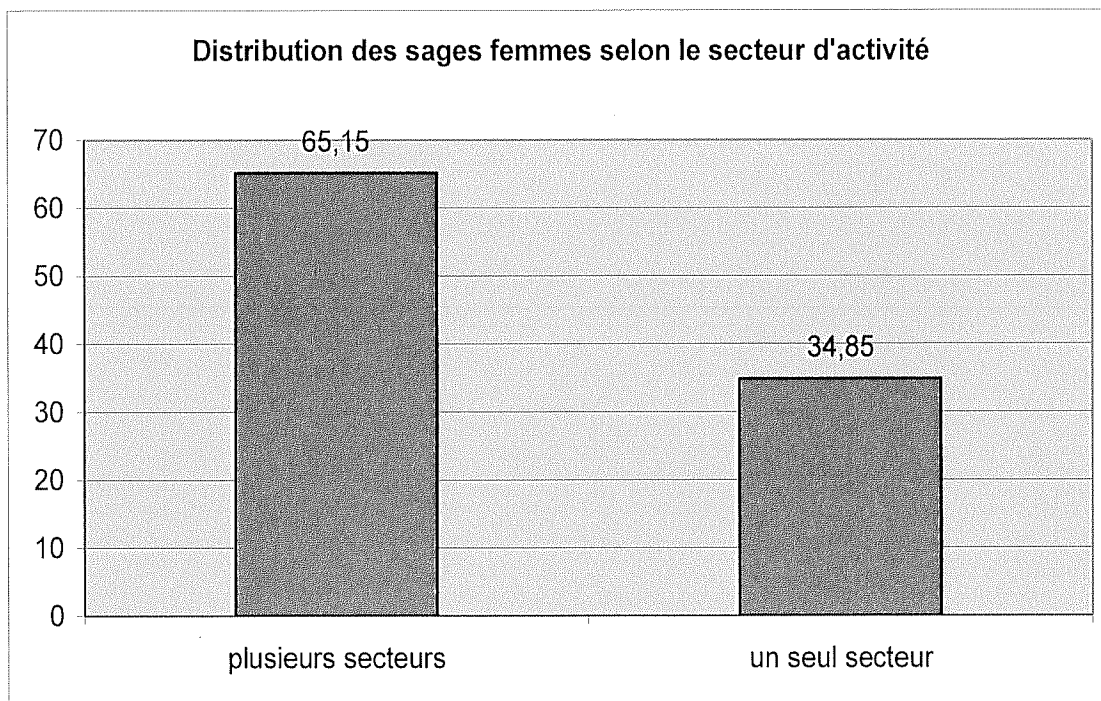
Les sages femmes interrogées sont pour la plupart issue de l'école de sages-femmes de Limoges:

74,24% sont diplômées de l'école de Limoges. IC[66,78 ; 81,70]

25,76% sont diplômées d'une autre école. IC[18,30 ; 33,22]

Il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre l'école de formation et le niveau de connaissance des sages-femmes car $p > 0,05$.

1.4. Les secteurs d'activités



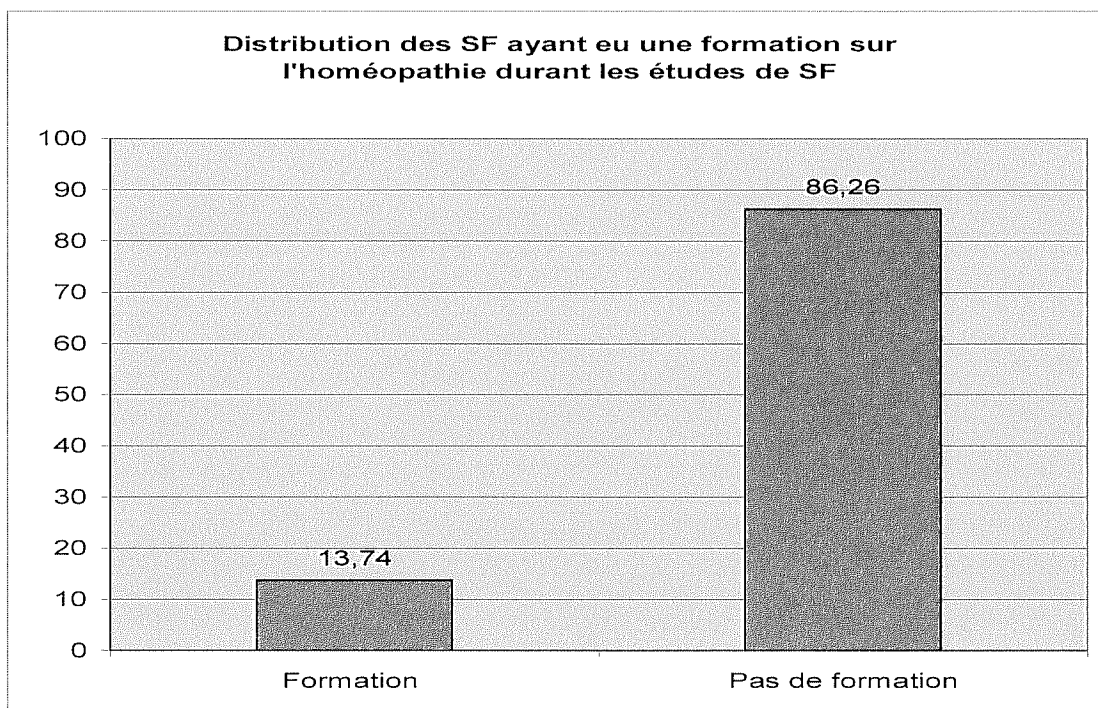
Les sages-femmes sont pour la majorité en activité dans plusieurs secteurs:

65,15% travaillent dans plusieurs secteurs d'activités. IC[57,03 ; 73,27]

34,85% travaillent dans un seul secteur d'activité. IC[26,73 ; 42,97]

Il n'y pas de corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et la polyvalence de celles-ci car $p > 0,05$.

1.5. La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sage-femme



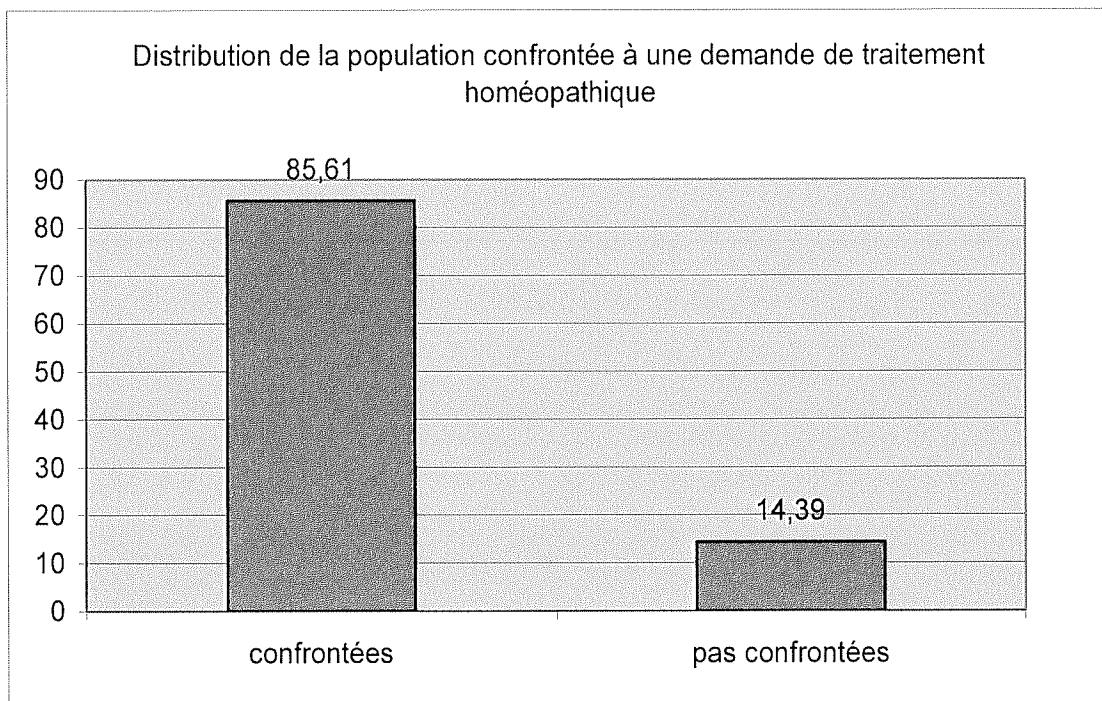
SF: Sages-femmes

La grande majorité des sages-femmes sont sorties de l'école de sages-femmes sans avoir eu de formation initiale en matière d'homéopathie:

13,74% ont eu une formation durant leurs études. IC[7,94 ; 19,54]

86,26% n'ont pas eu de formation durant leurs études. IC[80,46 ; 92,06]

1.6. La confrontation des sages femmes à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques



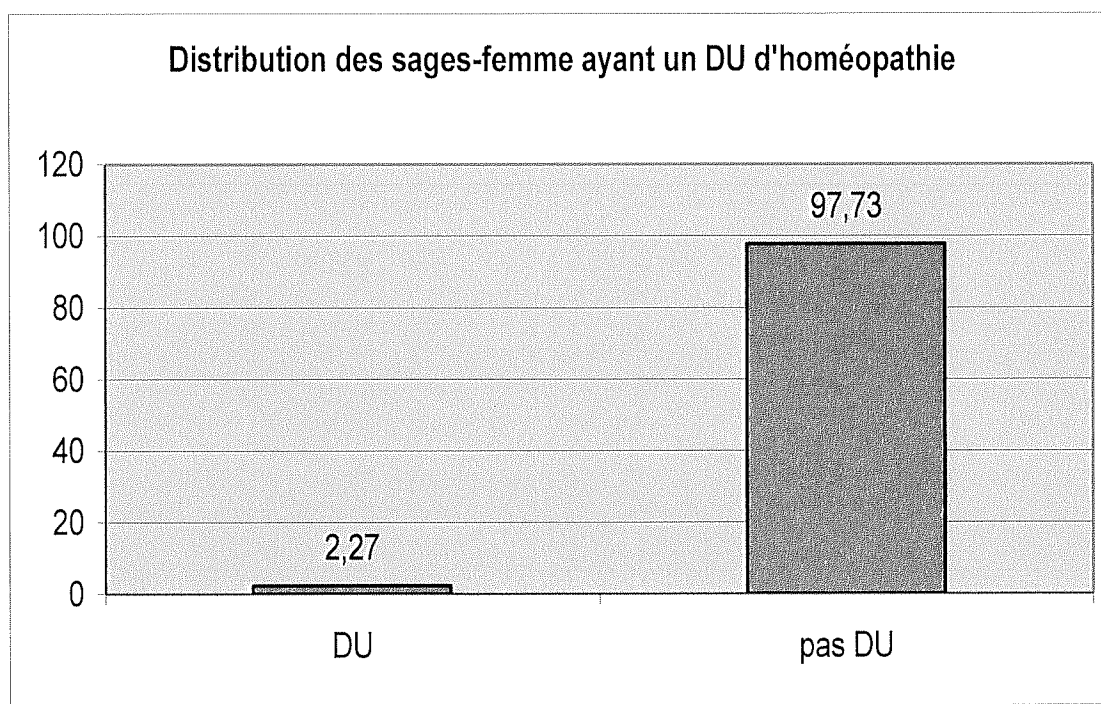
La grande majorité des sages-femmes sont confrontées à des femmes demandeuses de traitements homéopathiques:

85,61% des sages-femmes ont déjà été confrontées à des patientes demandeuses. IC[79,63 ; 91,59]

14,39% des sages-femmes n'ont jamais été confrontées à des patientes demandeuses. IC[8,41 ; 20,37]

1.7. La pratique de la population étudiée

Les sages femmes ayant un diplôme universitaire (DU) d'homéopathie

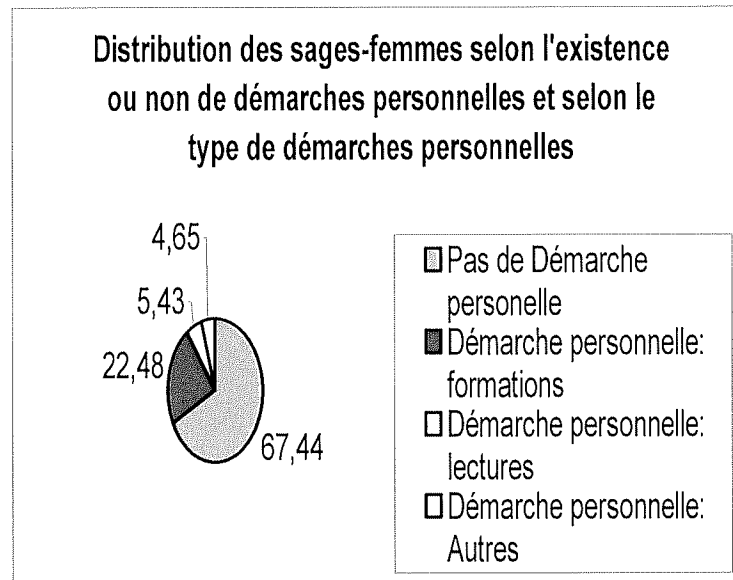


La plupart des sages-femmes n'ont pas de DU d'homéopathie:

97,73% des sages-femmes n'ont pas de DU. (L'intervalle de confiance comprend 1 car l'échantillon est trop faible)

2,27% des sages-femmes ont un DU, soit 3 sages-femmes.

Les sages femmes qui entreprennent des démarches personnelles d'apprentissage



Seule une minorité de sages-femmes entreprennent des démarches personnelles d'apprentissage sur l'homéopathie:

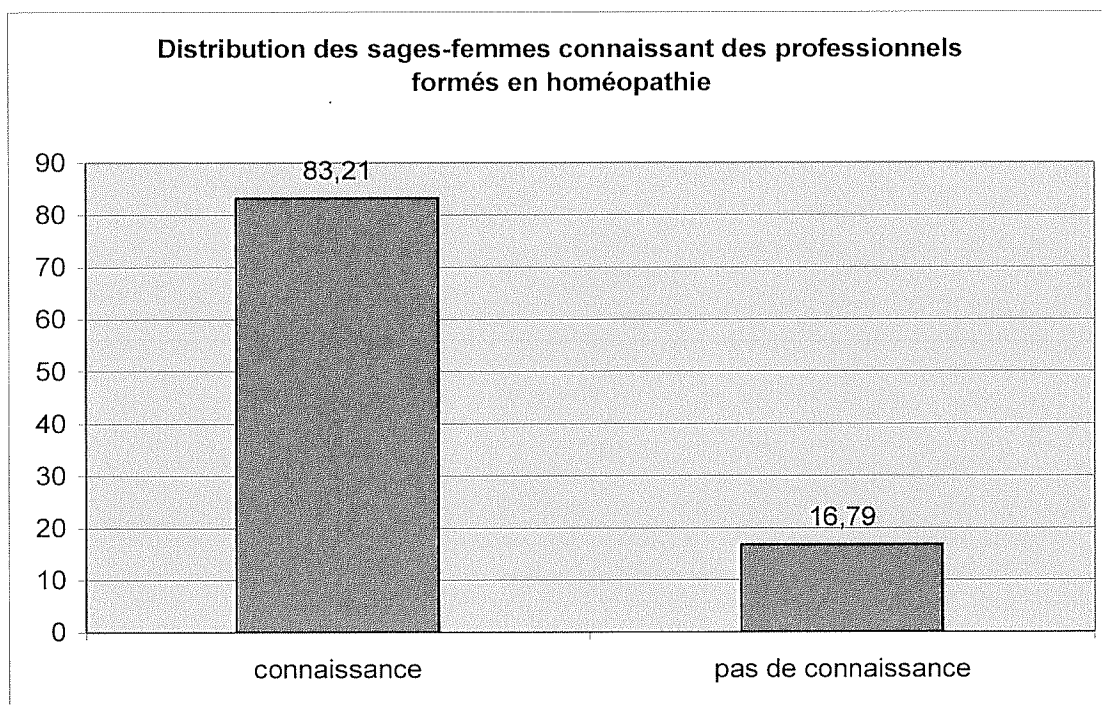
67,44% n'entreprennent pas de démarches personnelles. IC[59,45 ; 75,43]

32,56% entreprennent des démarches personnelles. IC[24,57 ; 40,55]

Parmi ces **32,56%** de sages-femmes:

- **22,48%** ont fait une formation extérieure. IC[15,28 ; 29,68]
- **5,48%** ont recours à la littérature. IC[1,68 ; 9,28]
- **4,65%** ont recours à d'autres sources d'informations. IC[1,06 ; 8,2]

Les sages femmes connaissant des professionnels formés en homéopathie



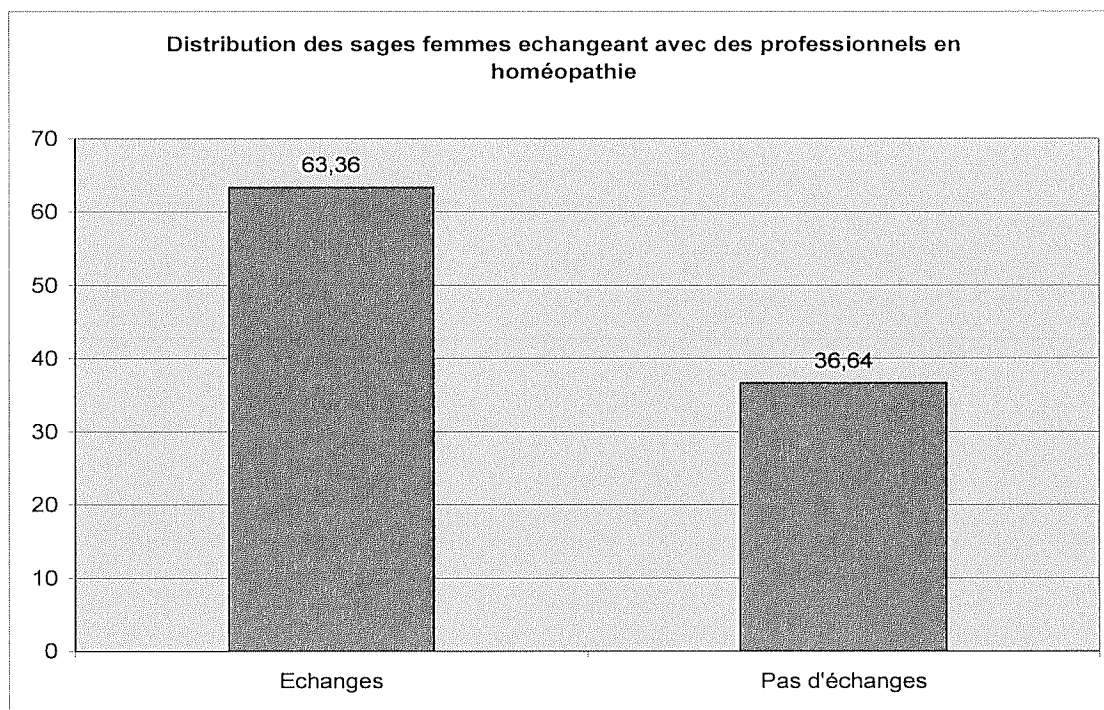
La grande majorité des sages-femmes connaissent des professionnels formés en homéopathie:

83,21% des sages-femmes en connaissent. IC[76,93 ; 89,49]

16,79% des sages-femmes n'en connaissent pas. IC[10,01 ; 22,57]

Ici il n'y a pas de corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et leur connaissance ou non de professionnels formés en homéopathie car $p=0,0542$.

Les sages-femmes échangeant avec des professionnels formés en homéopathie

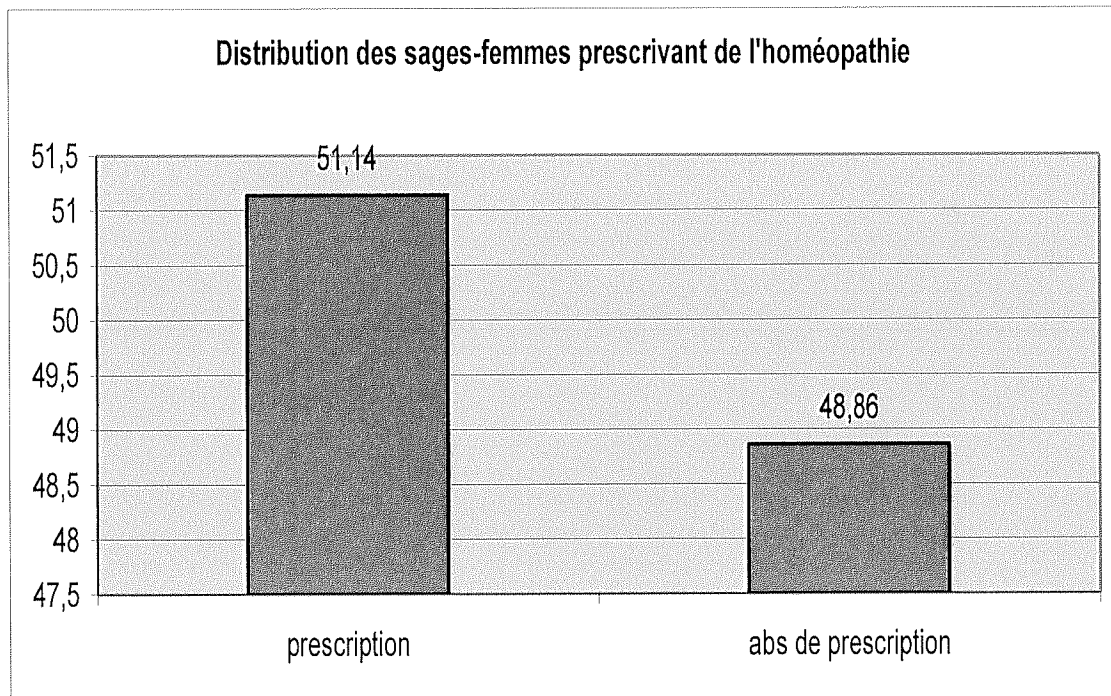


La majorité des sages-femmes échangent avec des professionnels formés en homéopathie:

63,36% des sages-femmes échangent avec des professionnels.
IC[55,14 ; 71,58]

36,64% des sages-femmes n'échangent pas sur ce sujet. IC[28,42 ; 44,86]

Les sages femmes qui prescrivent de l'homéopathie



Abs: Absence

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées prescrivent de l'homéopathie auprès de leurs patientes:

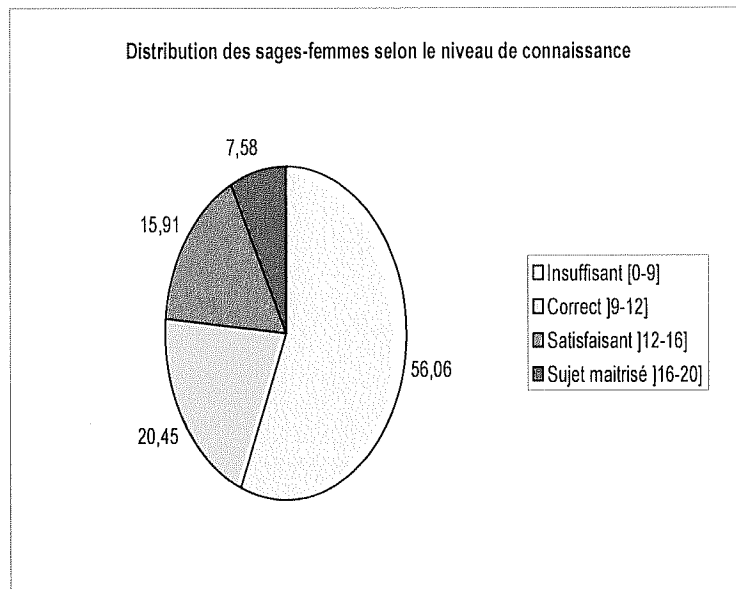
51,14% prescrivent. IC[42,61 ; 59,67]

48,86% ne prescrivent pas. IC[40,33 ; 57,39]

1.8. Les notes obtenues par la population aux questionnaires

La note moyenne obtenue au questionnaire est de **8,9/20** avec une étendue allant de **0 à 18,4**.

La note médiane est de **8**.



La plupart des sages-femmes ont une note inférieure ou égale à 12/20 et la majorité d'entre elles une note inférieure ou égale à 9/20 ce qui constitue un niveau de connaissance insuffisant:

56,06% ont un niveau de connaissance insuffisant. IC[51,75 ; 60,37]

20,45% ont un niveau de connaissance correct. IC[13,57 ; 27,33]

15,91% ont un niveau de connaissance satisfaisant. IC[9,67 ; 22,15]

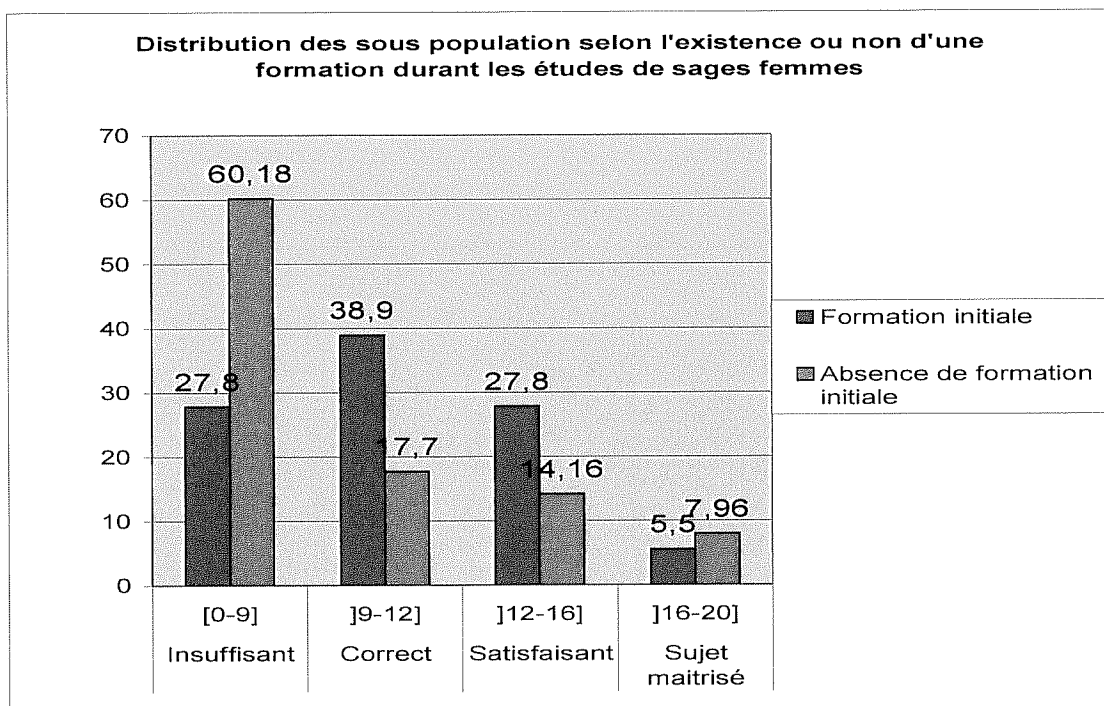
7,58% des sages-femmes maîtrisent le sujet. IC[3,07 ; 12,09]

2. DEFINITION DE SOUS POPULATIONS

Nous nous sommes intéressés à des sous populations, à savoir:

- Les sages-femmes ayant un niveau de connaissance insuffisant [note entre 0 et 9 (inclus)]
- Les sages-femmes ayant un niveau de connaissance correct [note entre 9 (exclu) et 12/20 (inclus)]
- Les sages-femmes ayant un niveau de connaissance satisfaisant [note entre 12 (exclu) et 16/20 (inclus)]
- Les sages-femmes pour qui le sujet est maîtrisé (note supérieure à 16/20)

2.1. La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sage-femme



En l'absence de formation initiale:

60,18% ont un niveau de connaissance insuffisant . IC[51,83 ; 68,53]

17,7% ont un niveau de connaissance correct. IC[11,19 ; 24,21]

14,16% ont un niveau de connaissance satisfaisant. IC[8,22 ; 20,10]

7,96% maîtrisent le sujet. IC[3,35 ; 12,57]

Lorsqu'il existe une formation initiale:

27,80% ont un niveau de connaissance insuffisant. IC[20,15 ; 35,44]

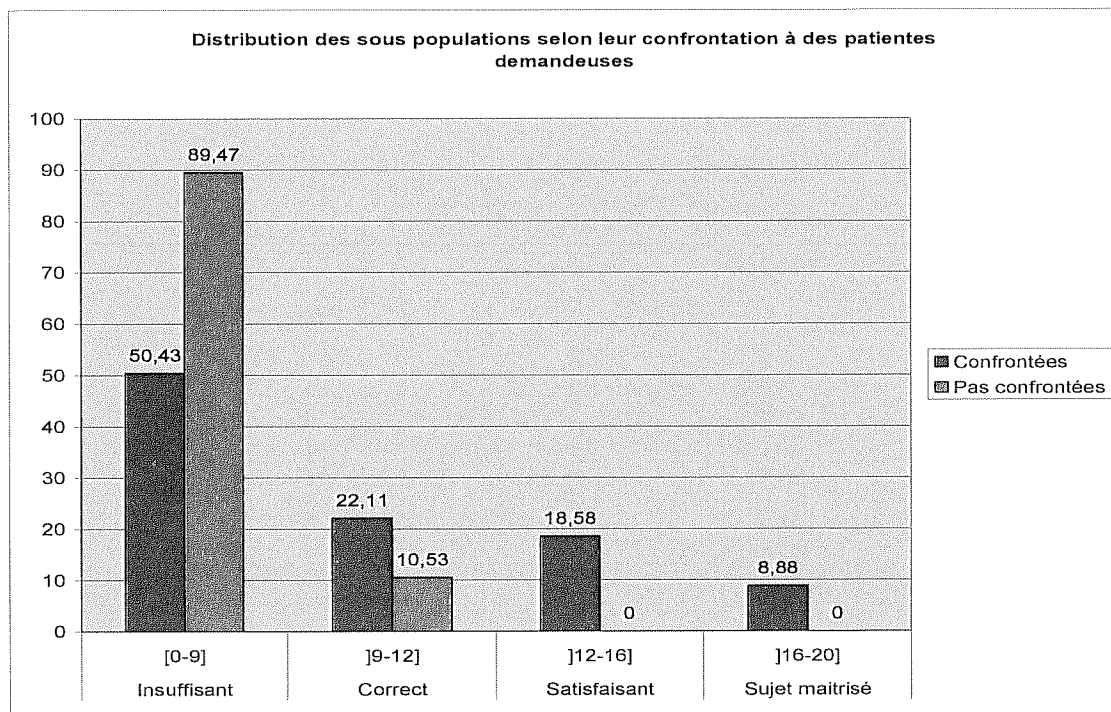
38,90% ont un niveau de connaissance correct. IC[30,59 ; 47,21]

27,80% ont un niveau de connaissance satisfaisant. IC [20,15 ; 35,44]

5,50 % maîtrisent le sujet. IC [1,62 ; 9,38]

Ici il existe une corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et l'existence ou non de formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sages-femmes car $p=0,0416$.

2.2. La confrontation à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques



Le niveau de connaissance des sages-femmes varie selon leur confrontation ou non à des patientes demandeuses:

Le niveau de connaissance est insuffisant pour **89,47%** IC[84,27 ; 94,67] des sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à des patientes demandeuses, contre **50,43%** IC[41,93 ; 58,93] des sages-femmes ayant été confrontées à des patientes demandeuses.

Le niveau de connaissance est correct pour **22,11%** IC[15,04 ; 29,18] des sages-femmes ayant déjà été confrontées, contre **10,53%** IC[1,57 ; 5,30] des sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à des patientes demandeuses.

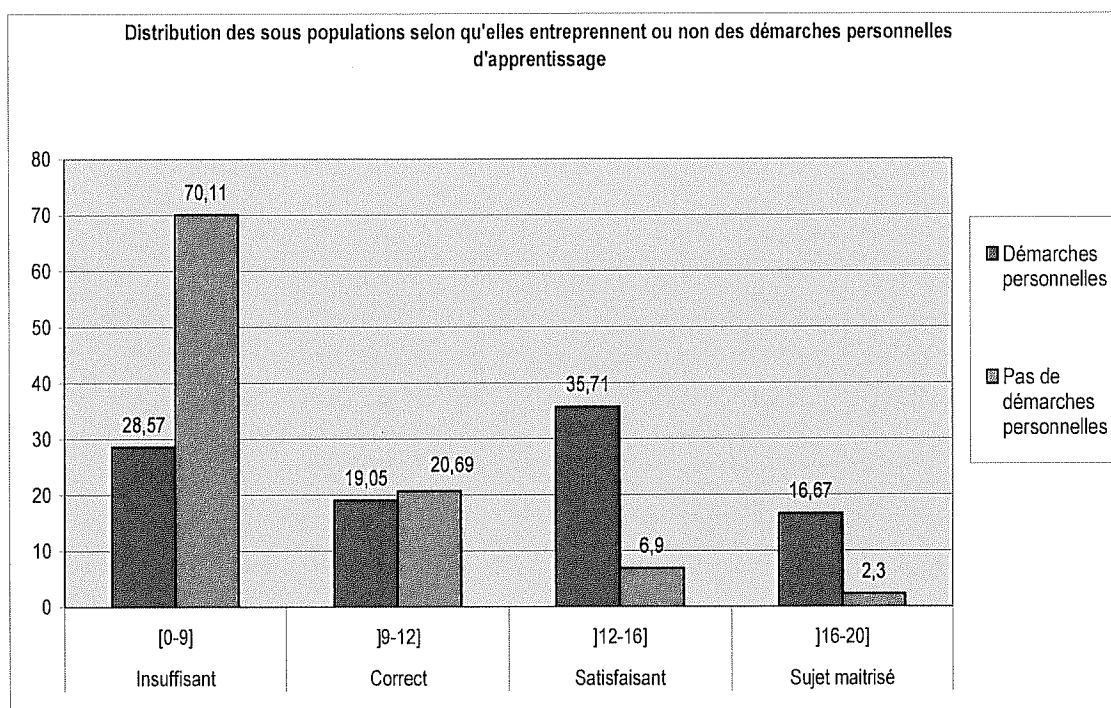
Le niveau de connaissance est satisfaisant pour **18,58%** IC[11,95 ; 25,22] des sages-femmes ayant été confrontées à des patientes demandeuses, et pour **8,88%** IC[1,37 ; 4,03] des sages-femmes ayant été confrontées le sujet est maîtrisé.

Ces niveaux de connaissance ne sont pas atteints par les sages-femmes n'ayant jamais été confrontées à des patientes demandeuses.

D'autre part il existe une corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et la confrontation ou non à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques car $p=0,0135$.

2.3. La pratique de ces sous-populations

Les démarches personnelles d'apprentissage



Lorsque des démarches personnelles d'apprentissage sont entreprises par les sages-femmes:

16,67% IC[10,32 ; 23,02] maîtrisent le sujet contre **2,30%** lorsqu'il n'y a pas de démarches personnelles.

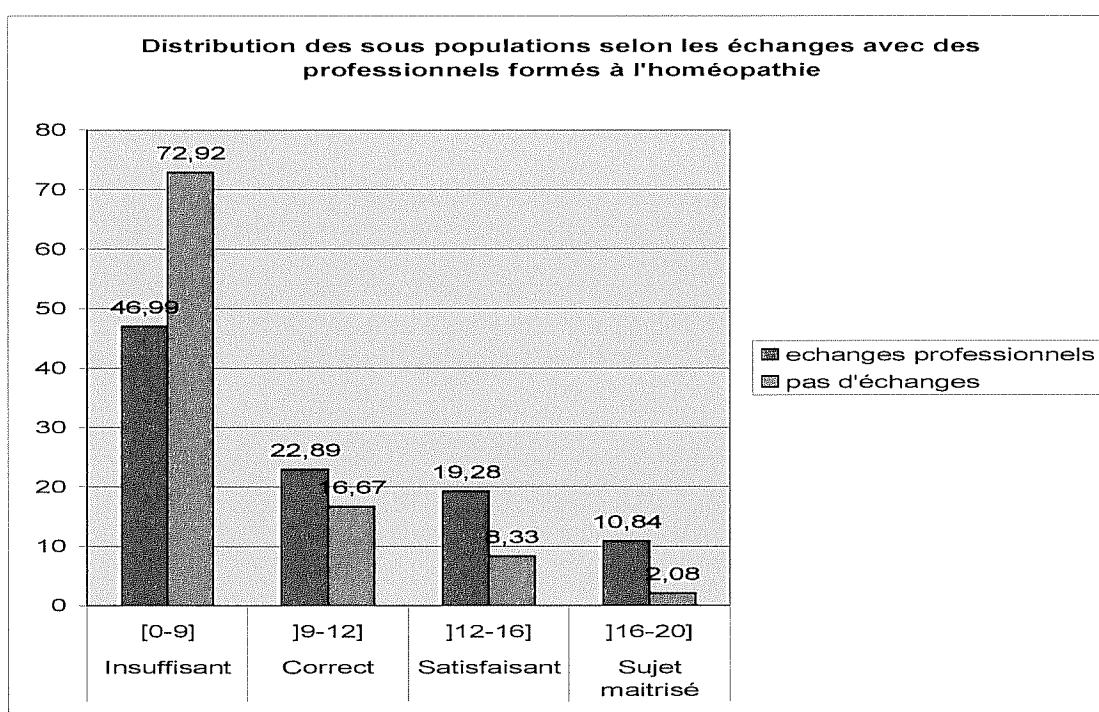
35,71% IC[27,53 ; 43,88] ont des connaissances satisfaisantes contre **6,90%** IC[2,56 ; 11,23] lorsqu'il n'y a pas de démarches personnelles.

19,05% IC[12,36 ; 25,74] ont un niveau de connaissance correct. Le niveau est correct pour **20,69%** IC[13,78 ; 27,60] des sages-femmes n'entreprenant pas de démarches personnelles.

Pour **28,57%** IC[20,87 ; 36,27] des sages-femmes le niveau de connaissance est insuffisant contre **70,11%** IC[62,41 ; 77,81] lorsqu'il n'y a pas de démarches personnelles.

Ici il existe une corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et l'existence ou non de démarches personnelles chez celles-ci car $p < 0,0001$.

Les échanges avec les professionnels formés en homéopathie



En l'absence d'échange:

72,92% IC[65,42 ; 80,42] ont un niveau insuffisant contre **46,99%** IC[38,50 ; 55,48] lors d'échanges.

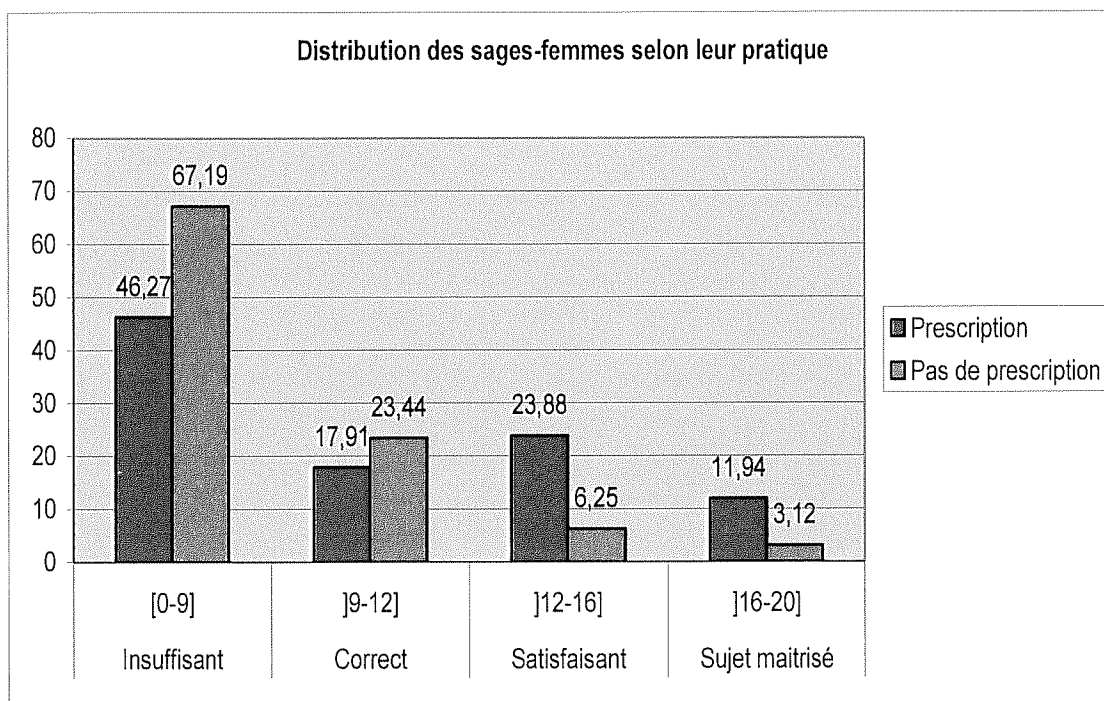
16,67% IC[10,32 ; 23,02] ont un niveau correct contre **22,89%** IC[15,73 ; 30,05] lors d'échanges.

8,33% IC[3,61 ; 13,04] ont un niveau satisfaisant contre **19,28%** IC[12,56 ; 26] lors d'échanges.

2,08% maîtrisent le sujet contre **10,84%** IC[5,54 ; 16,14] lors d'échanges.

Ici il existe une corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et les échanges ou non de celles-ci avec des professionnels formés en homéopathie car $p=0,0219$.

La prescription d'homéopathie



46,27 % IC[37,77 ; 54,76] des sages-femmes ayant un niveau insuffisant de connaissance prescrivent de l'homéopathie et **67,19%** IC[59,19 ; 75,19] ayant un niveau insuffisant n'en prescrivent pas.

17,91% IC[11,37 ; 24,45] ayant un niveau correct prescrivent de l'homéopathie et **23,44%** IC[16,22 ; 30,66] ayant un niveau correct n'en prescrivent pas.

23,88% IC[16,61 ; 31,15] des sages-femmes qui ont un niveau satisfaisant prescrivent de l'homéopathie et **6,25%** IC[2,13 ; 10,37] des sages-femmes qui ont ce niveau n'en prescrivent pas.

11,94% IC[6,40 ; 17,47] des sages-femmes qui maîtrisent le sujet prescrivent et **3,12%** ayant ce même niveau ne prescrivent pas.

Ici il existe une corrélation statistiquement significative entre le niveau de connaissance des sages-femmes et l'existence ou non de prescription de la part de ces sages-femmes car $p=0,0046$.

3. ÉTUDE D'UNE SOUS POPULATION REPRÉSENTÉE PAS LES SAGES-FEMMES TRAVAILLANT EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Nous nous sommes intéressé à une autre sous population, à savoir les sages-femmes qui travaillent en salle d'accouchement, soit 87 sages-femmes.

Nous exposerons ici que les résultats où il y a une différence d'au moins 10% entre deux valeurs, entre la population générale représentée par l'ensemble des sages-femmes et la sous population des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement.

Les résultats en lien direct avec les hypothèses seront également exposés même si on ne note pas cette différence de 10%.

3.1. Description et pratique de la sous population

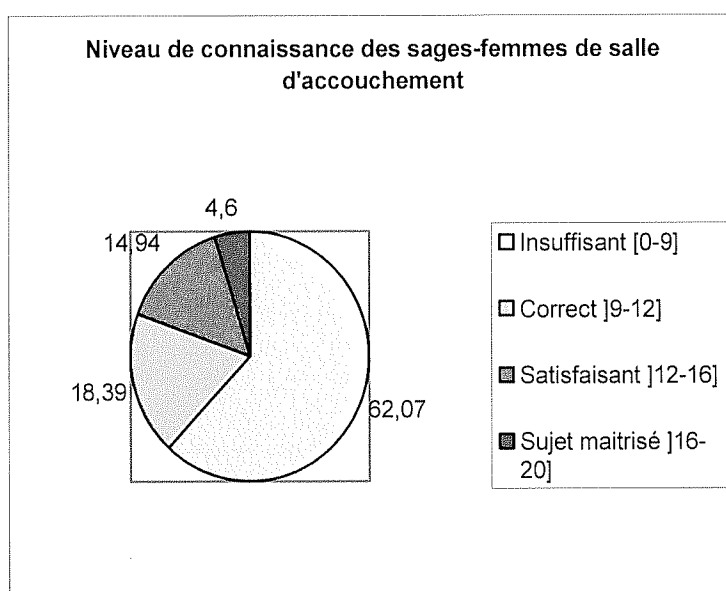
Dans cette partie nous exposons les résultats relatifs à la description de la sous population et à la pratique de celle-ci.

3.1.1. Les résultats significativement peu différents

Les résultats observés sont sensiblement identiques pour la population et la sous population pour les items suivants:

- La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études.

- La confrontation à des patientes demandeuses de traitement homéopathique.
- L'existence de démarches personnelles. (lecture, formations...)
- Les échanges avec des professionnels formés en homéopathie.
- La note obtenue au questionnaire



La majorité des sages femmes travaillant en salle d'accouchement ont un niveau de connaissance insuffisant:

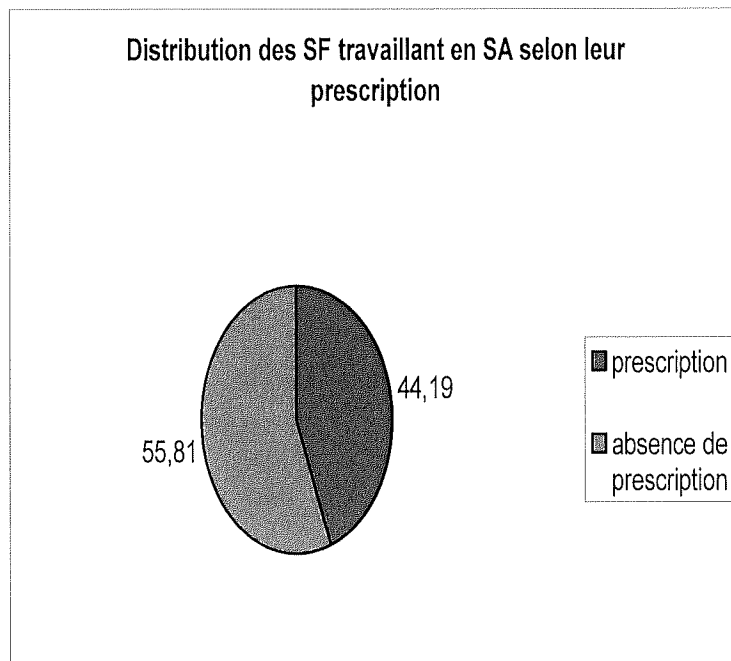
62,07% IC[51,88 ;72,26] des sages-femmes ont obtenu une note entre 0 et 9, soit un niveau de connaissance insuffisant.

18,39% IC[10,25 ;26,53] des sages-femmes ont obtenu une note entre 9 et 12, soit un niveau de connaissance correct.

14,94% IC[7,45 ; 22,43] des sages-femmes ont obtenu une note entre 12 et 16, soit un niveau de connaissance satisfaisant.

4,60% des sages-femmes ont obtenu une note supérieure à 16, signifiant une maîtrise du sujet.

- La prescription d'homéopathie



SF: Sages-femmes

SA: Salle d'Accouchement

La majorité des sages-femmes qui travaillent en salle d'accouchement ne prescrivent pas d'homéopathie à leurs patientes:

44,19% IC[33,76 ; 54,62] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement prescrivent de l'homéopathie à leurs patientes.

55,81% IC[45,38 ; 66,24] n'en prescrivent pas.

3.1.2. Les résultats significativement différents

La sous population représentée par les sages-femmes travaillant en salle d'accouchement est représentative de l'ensemble des sages-femmes constituant la population, ainsi il n'y a pas de différences significatives exposables du point de vue descriptif.

3.2. Répartition du niveau de connaissance des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement

Dans cette partie nous nous intéresserons aux facteurs ayant une influence sur la répartition du niveau de connaissance des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement.

3.2.1. Les résultats significativement peu différents

La distribution des niveaux de connaissance est sensiblement identique entre la population et la sous population face à ces facteurs :

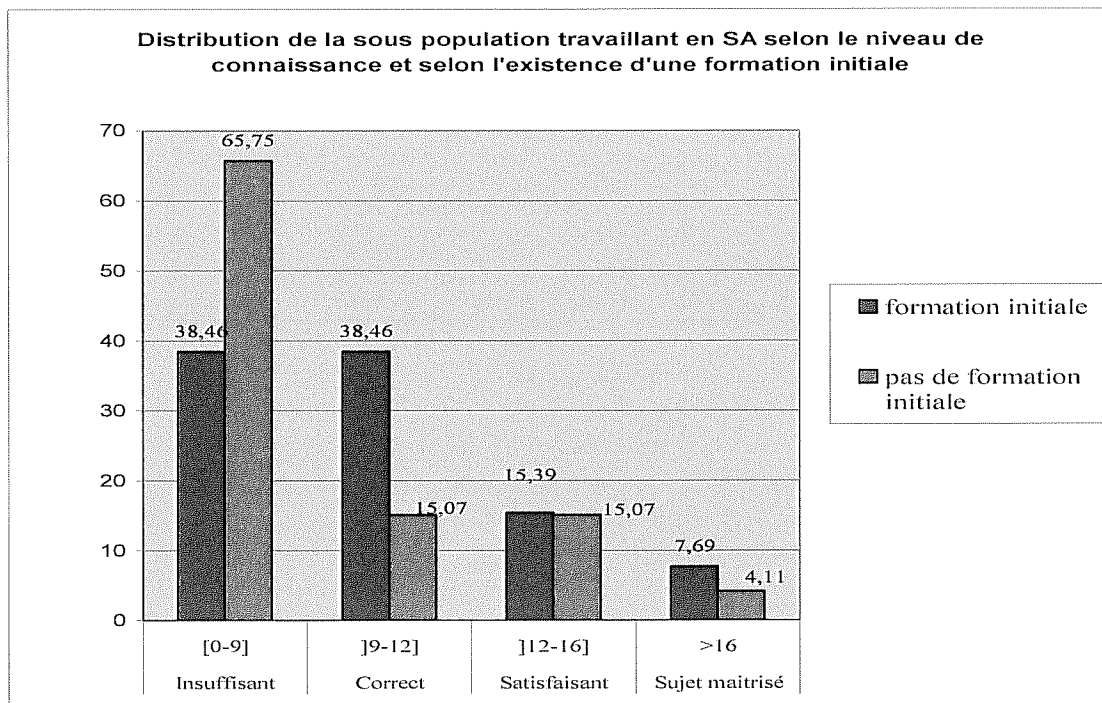
- La confrontation à des patientes demandeuses
- L'existence de démarches personnelles
- La prescription d'homéopathie

Ces facteurs ne vont pas induire de différence significative dans la répartition du niveau de connaissance.

3.2.2. Les résultats significativement différents

Les facteurs qui vont influencer la distribution des niveaux de connaissances sont les suivants :

- La dispense d'une formation initiale durant les études de sages-femmes



SA: Salle d'Accouchement

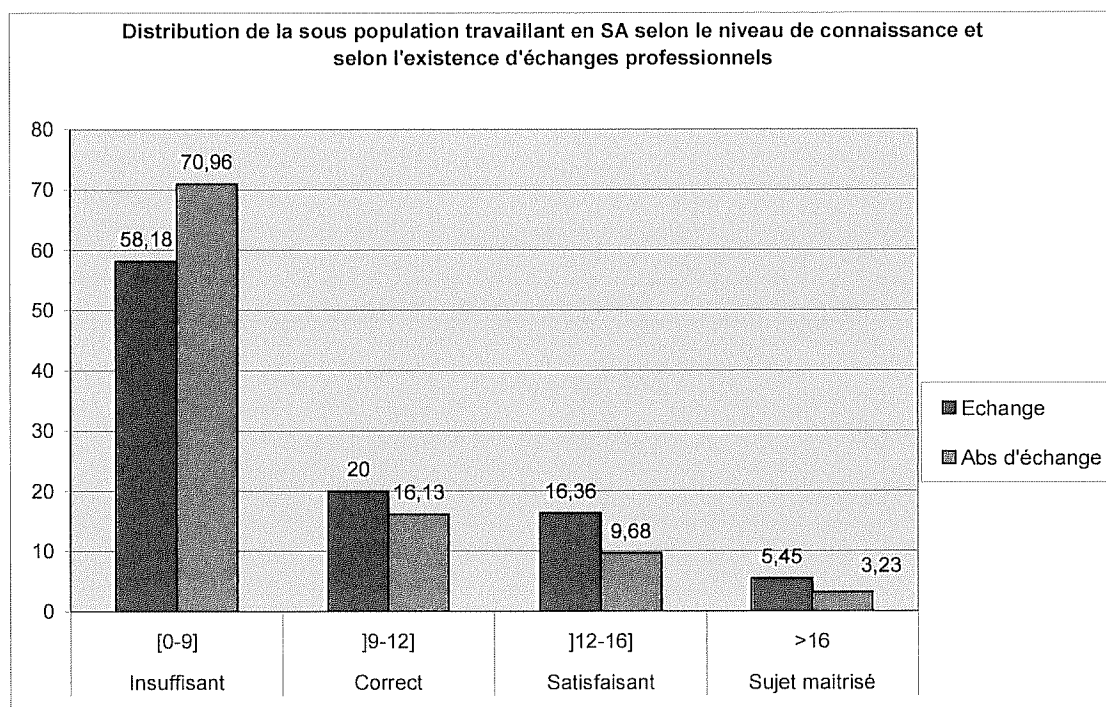
Le niveau de connaissance des sages-femmes de SA est insuffisant pour **65,75%** IC[55,78 ; 75,72] d'entre elles, quand il n'y a pas eu de formation initiale durant les études de sages-femmes, contre **38,46%** IC[28,24 ; 48,68] lorsqu'il y en a eu une.

Le niveau de connaissance des sages-femmes de SA est correct pour **15,07%** IC[7,56 ; 22,58] d'entre elles, quand il n'y a pas eu de formation initiale durant les études de sages-femmes, contre **38,46%** IC[28,24 ; 48,46] lorsqu'il y en a eu une.

Le niveau de connaissance des sages-femmes de SA est satisfaisant pour **15,07%** IC[7,56 ; 22,58] d'entre elles quand il n'y a pas eu de formation initiale durant les études de sages-femmes, contre **15,39%** IC[7,86 ; 22,97] lorsqu'il y en a eu une.

Le sujet est maîtrisé par **4,11%** des sages-femmes de SA quand il n'y a pas eu de formation initiale durant les études de sages-femmes, contre **7,69%** IC[2,09 ; 13,28] lorsqu'il y en a eu une.

- Les échanges avec des professionnels formés en homéopathie



SA: Salle d'Accouchement

Abs: Absence

Le niveau de connaissance est meilleur lorsque les sages-femmes qui travaillent en salle d'accouchement échangent avec des professionnels:

70,96% IC[61,43 ; 80,49] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement et n'échangeant pas à ce sujet ont des connaissances insuffisantes contre **58,18%** IC[47,83 ; 68,53] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement et qui échangent avec des professionnels.

20% IC[11,59 ; 28,40] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement et échangeant à ce sujet ont un niveau de connaissance correct contre **16,13%** IC[8,43 ; 23,83] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement n'échangeant pas à ce sujet.

16,36% IC[8,59 ; 24,13] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement et échangeant à ce sujet ont un niveau de connaissance satisfaisant contre **9,68%** IC[3,47 ; 15,89] des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement n'échangeant pas à ce sujet

5,45% des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement et échangeant à ce sujet maîtrisent le sujet, contre **3,23%** des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement n'échangeant pas à ce sujet.

La différence avec la population générale concerne essentiellement le niveau insuffisant.

En effet 58,18% ont un niveau insuffisant dans la sous population lors d'échanges avec ces professionnels contre 46,99% dans la population.

QUATRIEME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION

QUATRIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION

1. LA CONFRONTATION AUX HYPOTHÈSES

1.1. Hypothèse principale

L'hypothèse principale était «Les sages-femmes du Limousin ont peu de connaissances de la prescription possible de l'homéopathie en salle de naissance pour favoriser la dilatation cervicale»

Pour répondre à cette hypothèse, j'ai utilisé la note globale obtenue aux questionnaire.

56,06% IC[51,75 ; 60,37] ont un niveau de connaissance insuffisant, et la note moyenne est de **8,9/20** ce qui confirme l'hypothèse.

1.2. Hypothèses secondaires

- «Les prescription d'homéopathie en salle de naissance pour favoriser la dilatation cervicale sont peu fréquentes»

Pour répondre à cette hypothèse, j'ai utilisé les réponses apportées par la sous population des sages-femmes travaillant en salle de naissance.

Moins de la moitié de ces sages-femmes, soit **44,19%** IC[33,76 ; 54,62] prescrivent de l'homéopathie, ce qui confirme l'hypothèse.

Mais, on note que ce pourcentage, selon les déclarations des sages-femmes, est tout de même important.

Cependant, il ne reflète pas la régularité de leur pratique.

- « Les prescriptions d'homéopathie par les sages-femmes durant la grossesse sont peu fréquentes »

Pour y répondre, j'ai utilisé les réponses de l'ensemble de la population.

51,14% IC[42,61 ; 59,67] des sages-femmes prescrivent ainsi de l'homéopathie auprès des patientes, ce qui infirme cette hypothèse.

Là encore, ce pourcentage ne reflète pas la régularité de leur pratique.

2. ANALYSE DE LA POPULATION

2.1. En regard des notes obtenues aux questionnaires

Face aux résultats obtenus par la population, je peux affirmer que les sages-femmes ont globalement, en regard de nos critères, un niveau de connaissance insuffisant sur l'homéopathie.

Dans mon échantillon, leur niveau de connaissance n'a aucune corrélation avec:

- Leur âge,
- L'année d'obtention de leur Diplôme d'Etat,
- Leur école de formation initiale.

2.2. Les caractéristiques de la population ayant une influence sur le niveau de connaissance de la population

2.2.1. Formation initiale en homéopathie durant les études de sages-femmes

Les sages-femmes qui n'ont pas eu de formation initiale en homéopathie durant les études sont plus nombreuses à avoir un niveau de connaissance insuffisant. ($p=0,0416$)

En effet, en l'absence de formation initiale **60,18%** IC[51,83 ; 68,53] ont un niveau insuffisant contre **27,80%** IC[20,15 ; 35,44] lorsqu'il y a eu une formation initiale durant les études de sages-femmes.

2.2.2. La confrontation à des patientes demandeuses de traitement homéopathique.

Le niveau de connaissance des sages-femmes est statistiquement significativement moins élevé en l'absence de confrontation à des patientes demandeuses. ($p=0,0135$)

Ainsi **89,47%** IC[84,27 ; 94,67] des sages-femmes ont des connaissances insuffisantes lorsqu'il n'y a pas eu de confrontation avec de telles patientes contre **50,43%** IC[41,93 ; 58,93] lorsqu'il y a déjà eu une confrontation avec celle-ci.

De plus, nous avons constaté que les niveaux satisfaisant et maîtrise à notre questionnaire n'avaient été atteints que par des sages-femmes ayant été confrontées à des patientes demandeuses de traitement homéopathique.

2.2.3. Les démarches personnelles entreprises

Lorsqu'il existe des démarches personnelles d'apprentissage le niveau de connaissance est significativement et logiquement augmenté. ($p < 0,0001$)

En effet **70,11%** [62,41 ; 77,81] ont un niveau insuffisant lorsque aucune démarche personnelle n'a été entreprise, contre **28,57%** IC[20,87 ; 36,27] lorsqu'il y a eu des démarches personnelles d'apprentissage.

On note de plus que les sages-femmes qui entreprennent des démarches personnelles ont pour plus de la moitié d'entre elles (52,38%) un niveau au minimum satisfaisant, soit une note supérieure à 12/20.

2.2.4. La prescription d'homéopathie

La prescription d'homéopathie par les sages-femmes influe de manière significative leur niveau de connaissance. ($p=0,0046$)

Les sages-femmes qui ne prescrivent pas d'homéopathie ont pour **67,19%** IC[59,19 ; 75,19] d'entre elles un niveau de connaissance insuffisant.

Les sages-femmes qui prescrivent ont un niveau de connaissance insuffisant dans une moindre mesure **46,27%**. IC[37,77 ; 54,76]

Même si on note que la plus grande majorité des sages-femmes qui prescrivent ont au moins un niveau de connaissance correct, il reste préoccupant que les sages-femmes représentées par ces 46,27% aient un niveau de connaissance insuffisant.

Je proposerais ultérieurement une action de remédiation par le biais d'une formation afin d'améliorer cet aspect.

2.2.5. Les échanges avec des professionnels formés en homéopathie

Les sages-femmes qui échangent avec ces professionnels ont une meilleure note au questionnaire que celles n'échangeant pas avec ces professionnels. ($p=0,0219$)

72,92% IC[65,42 ; 80,42] ont un niveau insuffisant lorsqu'il n'y a pas d'échange professionnel contre **46,99%** IC[38,50 ; 55,48] lorsqu'il existe des échanges professionnels.

3. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE

3.1. Les points forts de l'étude

Pour cette étude, 187 questionnaires ont été distribués ou envoyés et 132 ont été récupérés, ce qui constitue un taux de retour global de **70,58%**.

Cette étude a aussi permis de montrer l'intérêt que peuvent avoir les patientes du réseau Périnatlim pour l'homéopathie, en raison du pourcentage important de sages-femmes ayant été confrontées à des patientes demandeuses.

Elle a également permis de démontrer que le niveau de connaissance des sages-femmes dans notre échantillon est actuellement insuffisant pour permettre une réponse suffisamment adaptée et qualitative aux patientes demandeuses.

3.2. Les points faibles de l'étude

3.2.1. Le biais du souvenir

Certaines sages-femmes peuvent avoir eu des informations durant leurs études ou au cours de leurs carrières et ne pas s'en souvenir, biaisant ainsi l'étude.

Cela expliquerait également que des sages-femmes de ma population ayant eu leur diplôme d'état la même année et dans la même école aient eu des réponses différentes concernant l'existence ou non d'une formation initiale théorique sur l'homéopathie.

3.2.2. L'absence de description de la population n'ayant pas répondu au questionnaire

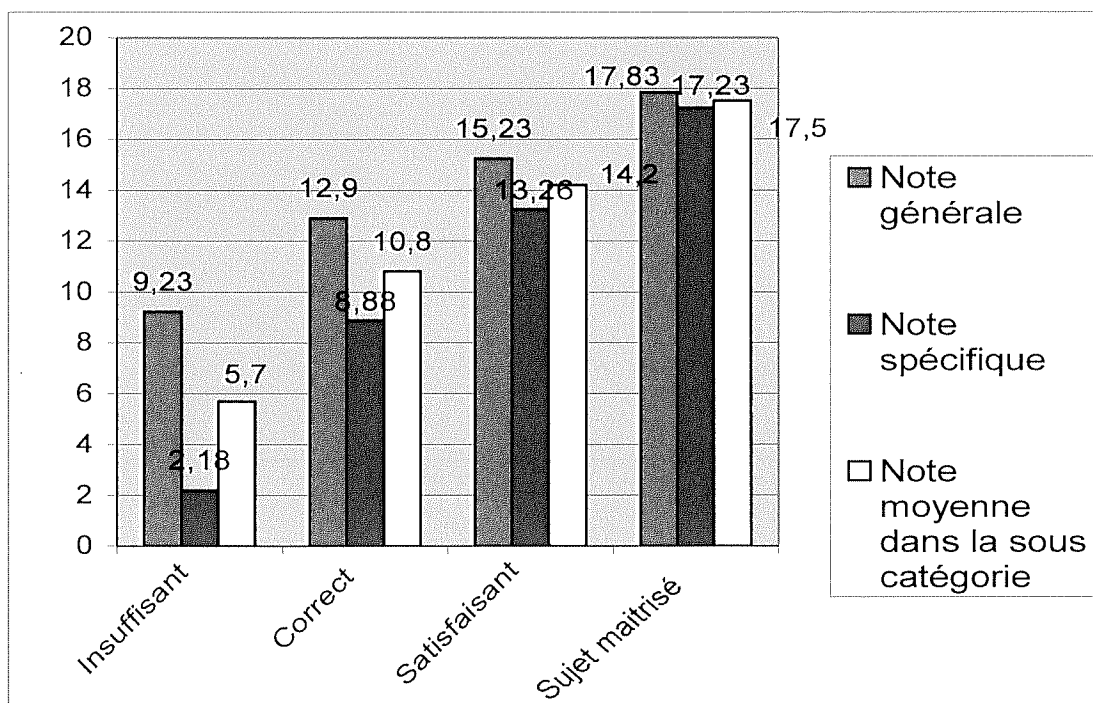
Les questionnaires ont été distribués de manière nominative mais les réponses étaient anonymes.

Ainsi il ne m'a pas été possible de décrire la population n'ayant pas répondu à ce questionnaire.

3.2.3. Les questionnaires

Le questionnaire est discriminant, mais ces résultats étaient plutôt attendus en regard de notre sujet d'étude.

Ainsi le questionnaire peut être divisé en deux parties, avec une partie générale et une partie plus spécifique appliquée à la dilatation cervicale.



On note que pour chacune des sous populations la note moyenne est inférieure à la note générale, et supérieure à la note spécifique.

La note générale tend à rehausser la note moyenne et la note spécifique tend à la diminuer.

Au total, ces résultats orienteront notre projet ultérieur d'action de formation en insistant plus sur la prise en charge obstétricale par l'homéopathie.

3.2.4. Le biais de communication

Il concerne la formulation d'une question cruciale.

En effet la question permettant de répondre à ma seconde hypothèse, à savoir: «Les prescriptions d'homéopathie en salle de naissance pour favoriser la dilatation cervicale sont peu fréquentes» a été mal formulée.

La question était la suivante «Prescrivez-vous de l'homéopathie auprès des femmes enceintes?» et la formulation aurait été plus exacte si elle avait été écrite comme ceci: «Prescrivez vous de l'homéopathie auprès des femmes en travail?»

Ainsi face à cela, j'ai défini une deuxième hypothèse secondaire qui est maintenant la suivante: «Les prescriptions d'homéopathie par les sages-femmes durant la grossesse sont peu fréquentes» à laquelle j'ai répondu à l'aide des réponses apportées par l'ensemble des sages-femmes.

Pour répondre à ma première hypothèse secondaire j'ai alors utilisé les réponses apportées par la sous population représentée par les sages-femmes travaillant en salle d'accouchement.

4. ACTIONS ENVISAGÉES

Les connaissances des sages-femmes sont globalement insuffisantes en regard de nos critères, alors que la demande semble établie.

En parallèle, l'autorisation de prescription d'homéopathie pour les sages-femmes est délivrée depuis le 12 octobre 2011 (selon l'article R4127-325).

De plus l'utilisation de thérapeutiques allopathiques est limitée durant la grossesse.

Ainsi l'homéopathie constitue, à notre avis, une alternative intéressante pour la sage-femme.

Devant cette discussion et nos résultats, la première action envisagée serait d'intégrer l'homéopathie au cours de pharmacologie des étudiants sages-femmes au même titre que les autres traitements dont les sages-femmes ont l'autorisation de prescription.

Ces cours comprendraient:

- Une formation générale sur les bases de l'homéopathie et ces grands principes.
- Une formation plus spécifique sur l'homéopathie utilisée en obstétrique.

L'objectif serait de:

- soulager différents maux de la grossesse, tel que les nausées/vomissements, les oedèmes, les hémorroïdes,
- aider à l'accouchement,
- soulager les maux du post-partum concernant la lactation et l'ablactation, mais aussi la cicatrisation (césarienne, épisiotomie, éraillures).

L'ensemble serait réparti en 3h de cours.

Ce plan serait être une approche de base axée sur la pratique.

Une deuxième action envisagée serait de transmettre aux sages-femmes interrogées les bonnes réponses à mon questionnaire puis de diffuser éventuellement régionalement mon travail de fin d'études dont la première partie théorique est déjà assez informative sur le sujet.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances et la pratique des sages-femmes du Limousin sur la prescription possible d'homéopathie pour favoriser la dilatation cervicale. Pour cela j'ai réalisé une étude transversale, au niveau régional à visée descriptive, qui s'est déroulée du mois d'Aout 2012 au mois de Novembre 2012, permettant de recueillir 132 questionnaires.

Au regard des résultats, la note moyenne obtenue par les sages-femmes du Limousin est de 8,9/20, et 56,06% des sages-femmes ont un niveau de connaissance insuffisant en regard de nos critères.

La solution envisagée pour améliorer ces résultats consiste à intégrer une formation sur l'homéopathie au programme de pharmacologie des études de sages-femmes au même titre que les autres traitements dont la sage-femme possède l'autorisation de prescription.

Avoir de bonnes connaissances en homéopathie permettrait aux sages-femmes de développer une réponse suffisamment adaptée et qualitative aux patientes demandeuses de traitement homéopathique qui sont nombreuses dans le réseau Périnatlim. Notamment, elle pourraient améliorer le confort de la patiente durant l'accouchement.

RÉFÉRENCES

(1)MERGER.P, LEVY.J, MELCHIOR.J, Précis d'obstétrique 6^e édition, éd MASSON 2001: 597, p 39 à 45 et p 135, 149, 152, 154, 155, 478 consulté en septembre 2011.

(2)BARAILLE.A «L'Utérus gravide» Cours de sage-femme de PAP1, 2009-2010: 16, p 1, 7, 9, 12

(3)J.H BAUDET, Obstetrique Pratique 2e edition, ed MALOINE 1990: p 43, 44 consulté en octobre 2012.

(4)GAGNERAUD.V «L'Accouchement» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011: 8, p 1, 2.

(5)Lexique de grossesse

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/grossesse.html#accouchement, consulté en septembre 2011.

(6)GAGNERAUD.V «L'Ouverture du col ou dilatation» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011: 16, p 9, 16.

(7) J.LANSAC, H.MARRET, J.F OURY, Pratique de l'accouchement, 4e édition, éd MASSON , 2006: p 15, 45, 64, 65, 85, 157, 158, 167, 177, 279, consulté en octobre 2012.

(8)Cours sur la dystocie dynamique du CHU de TOURS. J.Lansac
https://docs.google.com/viewer?embedded=true&url=http://umvf.biomedicale.univ-paris5.fr/wiki/docppt/WIKINUCOLLEGE-GYNECOOBST/Lansac-obst-Dystocie_dynamique.pdf, consulté en janvier 2012.

(9)GAGNERAUD.V « Progression du mobile fœtal à travers la filière pelvienne» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011: 21, p 21.

(10)GAGNERAUD.V « La délivrance» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011: 10, p 9.

(11)Infos accouchement, accouchements et positions de travail,
<http://www.infosaccouchement.org/articles.php?lng=fr&pg=25>, consulté en septembre 2011.

(12)Origine et principes de l'homéopathie

<http://www.homeoint.org/articles/verbois/index.htm>, consulté en septembre 2011.

(13)Dictionnaire

<http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/homeopathie/1>, consulté en septembre 2011.

(14)Guide de l'homéopathie

http://www.homéopathie.com/#naissance_homeopathie, consulté en septembre 2011.

(15)Cours du CEDH, 1ère année, 1^{er} séminaire, chapitre généralité : 39 p 14, 29, 31, consulté en novembre 2011.

(16)CORNILLOT.P, Encyclopédie des médecines naturelles, Homéopathie le traité, tome1, éd ERISON-ROCHE, paris, 1995, p 39, 48, 53, 285, consulté en août 2011.

(17)GAUCHER C, CHABANNE JM, Traité d'homéopathie, éd MASSON, 2003: 803, p67, consulté en septembre 2011.

(18)Institut national homéopathique français,

<http://www.inhfparis.com/homeopathie-uniciste/hom%C3%A9opathie-classique-uniciste-0>, consulté en septembre 2011.

(19)Guide de l'homéopathie

<http://www.homéopathie.com/traitements/actaea-racemosa.html>, consulté en septembre 2011.

(20)Dictionnaire de l'homéopathie

http://www.eutraco.com/sante/homeop/liste_de_a_a_z/a.html, consulté en septembre 2011.

(21)Pharmacien giphar,

<http://www.pharmaciengiphar.com/Actaea-racemosa.html>, consulté en septembre 2011.

(22)Pharmacien giphar,

<http://www.pharmaciengiphar.com/Caulophyllum-thalictroides.html>, consulté en septembre 2011.

(23)Guide de l'homéopathie,

<http://www.homéopathie.com/traitements/caulophyllum-thalictroides.html>,
consulté en septembre 2011.

(24)ATMADJIAN A, Traité d'homéopathie appliqué à la maternité, éd
MAISONNEUVE, 1996: 510 p 136 à 147 et 213 -214, consulté en août 2011.

(25)Etude du Dc Chiche,

<http://homeaube.free.fr/lmhi2008/FullText/chiche.pdf>, consulté en septembre
2011.

(26)Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que
peuvent prescrire les sages-femmes, consulté en novembre 2011.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

ATMADJIAN A, Traité d'homéopathie appliqué à la maternité, éd MAISONNEUVE, 1996

BAUDET J.H, Obstetrique Pratique 2e edition, éd MALOINE, 1990

CORNILLOT.P, Encyclopédie des médecines naturelles, Homéopathie le traité, tome1, éd ERISON-ROCHE, paris, 1995

GAUCHER C, CHABANNE JM, Traité d'homéopathie, éd MASSON, 2003

J.LANSAC, H.MARRET, J.F OURY, Pratique de l'accouchement, 4e édition, éd MASSON , 2006

MERGER.P, LEVY.J, MELCHIOR.J, Précis d'obstétrique 6^e édition, éd MASSON 2001

MOREAU-DELGADO.F, Manuel pratique d'homéopathie en gynécologie-obstétrique, éd IPREDIS, 1996

MEMOIRES

COLMAN Mylène, Le travail dirigé par Syntocinon®: Evaluation menée à la maternité de Bar-le-Duc, Nancy, Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz. 2010-81p

RETAILLEAU L; L'Administration préventive d'ARNICA MONTANA diminue t'elle la douleur post-épisiotomie ?, Limoges, Ecole de sages-femmes Université de Médecine de Limoges.2003-64p

SERROR.C, Inhibition de la lactation par l'administration d'un traitement homéopathique, Limoges: Ecole de sages-femmes Université de Médecine de Limoges.2009-65p

COURS

BARAILLE.A «L'Utérus gravide» Cours de sage-femme de PAP1, 2009-2010

GAGNERAUD.V «L'Accouchement» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011

GAGNERAUD.V «L'Ouverture du col ou dilatation» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011

GAGNERAUD.V « Progression du mobile fœtal à travers la filière pelvienne» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011

GAGNERAUD.V « La délivrance» Cours de sage-femme de DAP1, 2010-2011

Cours du CEDH 1ere année, 1^{er} séminaire, chapitre généralité.

DECRET

Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.

SITES INTERNET

Lexique de grossesse

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/termes/grossesse.html#accouchement

Infos accouchements, accouchements et positions de travail

<http://www.infosaccouchement.org/articles.php?lng=fr&pg=25>

Origines et principes de l'homéopathie

<http://www.homeoint.org/articles/verbois/index.htm>

Dictionnaire MEDIADICO

<http://www.mediadico.com/dictionnaire/definition/homeopathie/1>

Guide de l'homéopathie

http://www.homéopathie.com/#naissance_homeopathie

<http://www.homéopathie.com/traitements/actaea-racemosa.html>

<http://www.homéopathie.com/traitements/caulophyllum-thalictroides.html>



Institut national homéopathique français

<http://www.inhfparis.com/homeopathie-uniciste/hom%C3%A9opathie-classique-uniciste-0>

Dictionnaire de l'homéopathie

http://www.eutraco.com/sante/homeop/liste_de_a_a_z/a.html

Pharmacien giphar

<http://www.pharmaciengiphar.com/Actaea-racemosa.html>

<http://www.pharmaciengiphar.com/Caulophyllum-thalictroides.htm>

Etude du Dc Chiche

<http://homeaube.free.fr/lmhi2008/FullText/chiche.pdf>

Centre fédéral d'expertise des soins de santé

http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=3228&CREF=19943

Cours du dr Josset sur l'histoire de l'homéopathie

http://www.chusa.upmc.fr/pedagogie/pcem2/histoire/histoire_homeopathie.pdf

PubMed

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21524953>

Observatoire régional de santé d'Île de France

<http://www.ors-idf.org/>

<http://www.creapharma.ch/homeN.htm>.

<http://www.has-sante.fr>

<http://www.sante.gouv.fr>

http://www.boiron.com/fr/content/download/1758/11766/file/Document_de_reference_2005.pdf

<http://www.institut-superieur-homeopathie.com/homeopathie/index.html>

<http://www.gyneweb.fr/>

<http://www.inpes.sante.fr/>

<http://www.chu-rouen.fr/cismef>

Cours sur la dystocie dynamique du CHU de TOURS. J.Lansac

[https://docs.google.com/viewer?](https://docs.google.com/viewer?embedded=true&url=http://umvf.biomedicale.univ-paris5.fr/wiki/docppt/WIKINUCOLLEGE-GYNECOOBST/Lansac-obst-Dystocie_dynamique.pdf)

[embedded=true&url=http://umvf.biomedicale.univ-paris5.fr/wiki/docppt/WIKINUCOLLEGE-GYNECOOBST/Lansac-obst-Dystocie_dynamique.pdf](http://umvf.biomedicale.univ-paris5.fr/wiki/docppt/WIKINUCOLLEGE-GYNECOOBST/Lansac-obst-Dystocie_dynamique.pdf)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE.....	7
1. UTÉRUS GRAVIDE.....	7
1.1. Définition.....	7
1.2. Anatomie.....	7
1.2.1.Corps.....	7
1.2.2.Segment inférieur.....	8
1.2.3.Col.....	8
2. PHYSIOLOGIE DE L'ACCOUCHEMENT.....	9
2.1. Définition de l'accouchement.....	9
2.2. Evolution de l'accouchement.....	9
2.2.1.Période d'effacement et de dilatation du col : première partie du travail.....	10
2.2.2.Période d'expulsion: deuxième période du travail.....	11
2.2.3.Délivrance: troisième période du travail.....	12
2.3. Techniques et thérapeutiques administrées durant le travail pour faciliter celui-ci.....	12
2.3.1.Méthodes non médicamenteuses.....	13
2.3.1.1. Rupture artificielle de la poche des eaux.....	13
2.3.1.2. Positions adoptées durant le travail.....	13
2.3.2.Traitements médicamenteux.....	14
2.3.2.1. Ocytociques.....	14

2.3.2.2. Antispasmodiques.....	14
2.3.2.3. Analgésie péridurale.....	15
3. PLACE DE L'HOMÉOPATHIE.....	16
3.1. Définitions générales et historique de la prescription d'homéopathie	16
3.2. Principes fondamentaux.....	16
3.3. Place de l'homéopathie aujourd'hui.....	18
3.4. Place de l'homéopathie durant le travail en salle de naissance.....	19
3.4.1.Utilisation d'Actaea Racemosa et Caulophyllum.....	19
3.4.1.1. Actaea Racemosa.....	19
3.4.1.2. Caulophyllum.....	20
3.5. Etudes déjà réalisées.....	20
3.5.1.Etude principale du Docteur Boulanger et ses collaborateurs.....	20
3.5.2.Autres données.....	22
4 SAGES-FEMMES ET HOMÉOPATHIE.....	23
4.1 Place de la formation initiale.....	23
4.2 Place de la législation.....	23
DEUXIÈME PARTIE: L'ÉTUDE.....	24
1. PROBLÉMATIQUE.....	24
2. OBJECTIFS.....	24
2.1. Objectif principal.....	24
2.2. Objectif secondaire.....	24
3. HYPOTHÈSES.....	25
3.1. Hypothèse principale.....	25
3.2. Hypothèse secondaire.....	25
4. CRITÈRES DE JUGEMENT.....	25
4.1. Critère principal de jugement.....	25

4.2. Critère secondaire de jugement.....	25
5. SHÉMA D'ÉTUDE.....	26
5.1. Type d'étude.....	26
5.2. La population étudiée.....	26
5.2.1.La population source.....	26
5.2.2.L'échantillon.....	26
5.3. Les variables.....	27
5.3.1.Variables quantitatives.....	27
5.3.2.Variables qualitatives.....	27
5.4. Les modalités du recueil des données et les modalités de mesure...28	
5.4.1.La méthode de recueil des données.....	28
5.4.2.Le temps d'observation.....	28
5.4.3.L'exploitation des données.....	29
TROISIÈME PARTIE: LES RÉSULTATS.....	30
1. DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	30
1.1. L'âge.....	30
1.2. L'année d'obtention du Diplôme d'Etat (DE).....	31
1.3. L'école de formation.....	32
1.4. Les secteurs d'activités.....	33
1.5. La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sage-femme.....	34
1.6. La confrontation des sages femmes à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques.....	35
1.7. La pratique de la population étudiée.....	36
1.8. Les notes obtenues par la population aux questionnaires.....	41
2. DEFINITION DE SOUS POPULATIONS.....	42

2.1. La dispense d'une formation initiale sur l'homéopathie durant les études de sage-femme.....	42
2.2. La confrontation à des patientes demandeuses de traitements homéopathiques.....	44
2.3. La pratique de ces sous-populations.....	45
3. ÉTUDE D'UNE SOUS POPULATION REPRÉSENTÉE PAR LES SAGES-FEMMES TRAVAILLANT EN SALLE D'ACCOUCHEMENT.....	48
3.1. Description et pratique de la sous population.....	48
3.1.1. Les résultats significativement peu différents.....	48
3.1.2. Les résultats significativement différents.....	50
3.2. Répartition du niveau de connaissance des sages-femmes travaillant en salle d'accouchement	51
3.2.1. Les résultats significativement peu différents.....	51
3.2.2. Les résultats significativement différents.....	51
QUATRIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION.....	55
1. LA CONFRONTATION AUX HYPOTHÈSES.....	55
1.1. Hypothèse principale.....	55
1.2. Hypothèses secondaires.....	55
2. ANALYSE DE LA POPULATION.....	56
2.1. En regard des notes obtenues aux questionnaires.....	56
2.2. Les caractéristiques de la population ayant une influence sur le niveau de connaissance de la population.....	57
2.2.1. Formation initiale en homéopathie durant les études de sages-femmes.....	57
2.2.2. La confrontation à des patientes demandeuses de traitement homéopathique.....	57
2.2.3. Les démarches personnelles entreprises.....	58
2.2.4. La prescription d'homéopathie.....	58
2.2.5. Les échanges avec des professionnels formés en homéopathie.	59

3. LES POINTS FORTS ET LES POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE.....	59
3.1. Les points forts de l'étude.....	59
3.2. Les points faibles de l'étude.....	60
3.2.1. Le biais du souvenir.....	60
3.2.2. L'absence de description de la population n'ayant pas répondu au questionnaire.....	60
3.2.3. Les questionnaires.....	60
3.2.4. Le biais de communication.....	61
4. ACTIONS ENVISAGÉES.....	62
CONCLUSION.....	64
RÉFÉRENCES.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	68
TABLE DES MATIÈRES.....	72
ANNEXE I.....	77
ANNEXE II.....	78

ANNEXE I

NIVEAUX de PREUVE SCIENTIFIQUE & GRADES des RECOMMANDATIONS (HAS)

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) • <u>Essais comparatifs randomisés de forte puissance.</u> • <u>Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</u> • <u>Analyse de décision basée sur des études bien menées</u>	<u>Preuve scientifique établie</u> A
Niveau 2 (NP2) • <u>Essais comparatifs randomisés de faible puissance.</u> • <u>Études comparatives non randomisées bien menées</u> • <u>Études de cohorte</u>	<u>Présomption scientifique</u> B
Niveau 3 (NP3) • <u>Études cas-témoins</u>	<u>Faible niveau de preuve</u> C
Niveau 4 (NP4) • <u>Études comparatives comportant des biais importants</u> • <u>Études rétrospectives</u> • <u>Séries de cas</u>	
<i>Chaque article sélectionné a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par l'ANAES.</i>	
En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un ACCORD PROFESSIONNEL	

ANNEXE II

ECOLE DE SAGES-FEMMES

PLANSON Justine

HOPITAL DU CLUZEAU

Etudiante sage-femme

23, rue Dominique Larrey

4E année

87042 Limoges Cedex

05 55 05 64 66

Bonjour, je suis actuellement étudiante à l'école de sages-femmes de Limoges, et je réalise mon mémoire sur l'homéopathie favorisant la dilatation cervicale. L'étude que je mène se fait sous forme d'une évaluation des connaissances et de la pratique professionnelle.

Pour cela je vous transmets ce questionnaire auquel vous pourrez répondre en entourant vos réponses. Cela restera anonyme.

Votre participation m'est indispensable pour la réalisation de mon mémoire.

Merci du temps consacré à ce questionnaire,

Justine Planson

Description

- 1) Quel âge avez-vous?.....
- 2) En quelle année avez-vous été diplômé?.....
- 3) De quelle école êtes-vous diplômé?.....

4) Avez vous eu une formation sur l'homéopathie durant vos années d'études?

Oui Non

5) Quels sont vos secteurs d'activité ?

Maternité	Grossesses pathologiques
Salle de naissance	Consultations
PMA	PMI
Libéral	

Votre pratique

1) Avez-vous déjà été confronté à des patientes demandeuses de traitement homéopathique ?

Oui Non

2) Avez-vous un diplôme universitaire d'homéopathie ?

Oui Non

3) Entreprenez-vous des démarches d'apprentissages personnelles sur l'homéopathie ?

Oui Non

Si oui, lesquelles ?.....

4) Echangez-vous avec d'autres professionnels formés sur ce sujet ?

Oui Non

5) Connaissez-vous des professionnels pratiquant l'homéopathie ?

Oui Non

Si oui, en cas de demande orientez-vous les femmes vers ces professionnels ? Oui / Non

6) Prescrivez vous de l'homéopathie auprès des femmes enceintes ?

Oui Non

7) Avez-vous de l'homéopathie à disposition dans les salles de naissances où vous travaillez ?

Oui Non

8) Existe t'il des protocoles d'homéopathie dans les salles de naissances où vous travaillez ?

Oui Non

Evaluation des connaissances

L'HOMÉOPATHIE EN GENERAL

1) Les sages-femmes possèdent l'autorisation de prescription de l'homéopathie depuis 2001.

Vrai Faux Je ne sais pas

2) C'est une méthode thérapeutique dont le principe est l'hyper concentration du principe actif .

Vrai Faux Je ne sais pas

3) Plus le médicament homéopathique est concentré, plus le chiffre indiqué est grand? (5CH, 7CH, 9CH, 15CH , 30CH)

Vrai Faux Je ne sais pas

4) Plus le médicament homéopathique est dilué, plus le chiffre indiqué est grand. (5CH, 7CH, 9CH, 15CH , 30CH)

Vrai Faux Je ne sais pas

5) L'homéopathie est une thérapeutique garantissant l'absence de risque pour la mère .

Vrai Faux Je ne sais pas

6) L'homéopathie est une thérapeutique garantissant l'absence de risque pour le fœtus.

Vrai Faux Je ne sais pas

7) Il existe un risque de surdosage.

Vrai Faux Je ne sais pas

8) C'est une méthode thérapeutique ayant pour but de traiter des maladies, en prescrivant des médicaments capables de produire des symptômes analogues à ceux de ces maladies elles-mêmes.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

9) Les médicaments homéopathiques sont élaborés à partir de trois types de souches. La souche végétale est la principale.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

10) L'homéopathie se présente sous une seule forme, les granules .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

11) L'homéopathie est contre-indiquée chez les diabétiques en raison d'un taux élevé de saccharose contenu dans une granule .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

12) L'homéopathie peut être prescrite durant l'accouchement pour faciliter le déroulement de celui-ci .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

HOMEOPATHIE AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

ACTAEA RACEMOSA

-

13) Connaissez-vous ce médicament homéopathique ?

Oui

Non

14) Son utilisation durant le travail n'est pas recommandée.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

15) Elle est recommandée pour lutter contre les spasmes.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

16) Elle ne doit pas être associée à CAULOPHYLLUM .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

17) Une dose de 30 CH en début de travail peut être suffisante.

Vrai

Faux

Je ne sais pas

CAULOPHYLLUM

18) Connaissez-vous ce médicament homéopathique ?

Oui

Non

19) Il contribue à la dilatation et à l'assouplissement du col .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

20) Il permet de régulariser les contractions utérines .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

21) Il est prescrit dans le faux travail et la dystocie de démarrage .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

22) Son efficacité est insuffisante pour relancer la dilatation cervicale lorsque celle-ci est interrompue .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

23) CAULOPHYLLUM doit être arrêté à la dilatation de 5cm .

Vrai

Faux

Je ne sais pas

24) Une femme ayant bénéficié d'un traitement homéopathique durant le travail en vue de favoriser la dilatation cervicale, ne pourra pas en cas d'hémorragie de la délivrance bénéficier d'un traitement par Nalador dans l'heure qui suit la prise du traitement homéopathique en raison des interactions médicamenteuses existantes durant cet intervalle ?

Vrai

Faux

Je ne sais pas

25) D'après vous, aujourd'hui quel est le niveau de preuve scientifique accordé aux dernières études cliniques réalisées sur le sujet ? (voir tableau si-dessous)

A B C Je ne sais pas

<u>Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature</u>	<u>Grade des recommandations</u>
Niveau 1 ● Essais comparatifs randomisés de forte puissance ● Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ● Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 ● Essais comparatifs randomisés de faible puissance ● Etudes comparatives non randomisées bien menées ● Etudes de cohorte	Présomption scientifique B
Niveau 3 ● Etudes cas-témoins Niveau 4 ● Etudes comparatives comportant des biais importants ● Etudes rétrospectives ● Séries de cas	Faible niveau de preuve C

PLANSON Justine

L'état des connaissances et des pratiques des sages-femmes du Limousin sur la prescription d'homéopathie pendant le travail en vue de favoriser la dilatation cervicale.

83 pages

Mémoire de fin d'études – Ecole de sages-femmes de LIMOGES – Année 2013

RESUME

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, régionale, auprès des sages-femmes du Limousin.

L'outil utilisé pour l'étude était un questionnaire; 132 ont été récupérés sur 187 distribués: soit un taux de retour de 70,58%.

La note moyenne obtenue par les sages-femmes du Limousin était de 8,9/20. Par ailleurs:

- 56,06% des sages-femmes ont un niveau de connaissance insuffisant en regard de nos critères.
- 44,19% des sages-femmes prescrivent de l'homéopathie en salle d'accouchement.

A la vue de ce paradoxe, l'issu de ce mémoire est d'intégrer une formation sur l'homéopathie au programme de pharmacologie des études initiales de sages-femmes.

MOTS-CLES

Sages-femmes

Accouchement

Dilatation cervicale

Homéopathie

Connaissances