



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sage-femme Pierre Morlanne de METZ

**Le déclenchement artificiel du travail
à partir de 37 SA :
des recommandations à la pratique**

Mémoire présenté et soutenu par

Aurélie DERELLE

née le 18 novembre 1986

Promotion 2006-2010

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
Partie 1 : LES RECOMMANDATIONS ACTUELLES	6
1. De la naissance du déclenchement à sa pratique actuelle.....	7
1.1. Historique du déclenchement artificiel du travail	7
1.2. Présentation de la Haute Autorité de Santé.....	8
1.2.1. Les objectifs	8
1.2.2. Les méthodes de travail.....	8
2. Les indications du déclenchement artificiel du travail.....	9
2.1. Pourquoi favoriser un accouchement voie basse ?.....	9
2.2. Les indications médicales	10
2.2.1. Définitions.....	10
2.2.2. Les indications médicales à interrompre la grossesse.....	10
2.3. Les indications non médicales	15
2.3.1. Evolution des pratiques	15
2.3.2. Les recommandations de l’HAS	16
3. Méthodes et facteurs de réussite	17
3.1. Les méthodes de déclenchement.....	17
3.1.1. Le décollement des membranes	17
3.1.2. La maturation cervicale.....	17
3.1.3. L’ocytocine et l’amniotomie	18
3.1.4. Les autres méthodes	19
3.2. Critères de choix de la méthode de déclenchement	19
3.2.1. Ocytocine ou prostaglandines ?	19
3.2.2. Le score de Bishop	20
3.2.3. Les autres éléments	20
4. Les conditions du déclenchement	21
4.1. La surveillance	21
4.2. La législation.....	22
4.3. Le rôle de la sage-femme	22
Partie 2 : EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	24
1. Méthodologie	25
1.1. Objectifs de l’étude et hypothèses.....	25
1.2. Présentation des lieux de l’étude.....	25
1.3. Méthode.....	26
2. Population étudiée.....	27
2.1. Généralités.....	27
2.1.1. La parité	27

2.1.2.	L'âge des accouchées	27
2.1.3.	Les antécédents d'utérus cicatriciel	27
2.1.4.	L'Indice de Masse Corporelle (IMC).....	28
2.1.5.	Détermination de la date du terme	28
2.2.	Le déclenchement.....	29
2.2.1.	Les indications	29
2.2.2.	Etablissement du score de Bishop.....	29
2.2.3.	Les méthodes.....	30
3.	Présentation des résultats	31
3.1.	Etude des différentes indications	31
3.2.	Méthodes de déclenchement	35
3.3.	Le monitoring	38
3.4.	L'accouchement	39
3.5.	Les nouveau-nés.....	41
	Partie 3 : ANALYSE DE L'ETUDE ET DISCUSSION.....	42
1.	Qu'en est-il dans la pratique ?	43
1.1.	Pourquoi déclenche-t-on ?.....	43
1.1.1.	Le dépassement de terme	43
1.1.2.	La rupture prématurée des membranes	44
1.1.3.	Les autres indications médicales.....	46
1.1.4.	Les indications non médicales	47
1.2.	Comment sont utilisées les différentes méthodes ?	47
1.2.1.	Le décollement des membranes	47
1.2.2.	Les prostaglandines E2	48
1.2.3.	L'ocytocine	48
1.2.4.	La surveillance de ces différentes méthodes.....	50
1.3.	Comment sont prises les décisions ?.....	50
1.3.1.	Comparaison des prostaglandines et de l'ocytocine	50
1.3.2.	Le score de Bishop est-il correctement évalué ?.....	50
1.4.	Quel accouchement après un déclenchement ?.....	51
2.	Les points à améliorer.....	52
2.1.	Se perfectionner	52
2.1.1.	Comment mieux définir l'indication de déclenchement	52
2.1.2.	Un déclenchement sans indications médicales : oui, mais dans quelles conditions ?	54
2.1.3.	Le score de Bishop à revoir.....	54
2.1.4.	Comment utiliser au mieux les méthodes de déclenchement ?.....	55
2.2.	S'informer pour pouvoir informer	55
2.2.1.	L'information des professionnels.....	55
2.2.2.	L'information de la patiente.....	56
	CONCLUSION.....	58
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	ANNEXES.....	61

Introduction

Malgré la médicalisation croissante de l'accouchement, les femmes continuent globalement à souhaiter donner naissance à leur enfant le plus physiologiquement possible. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit d'un déclenchement (en dehors des cas considérés pour convenance personnelle), les patientes se retrouvent démunies. En effet, elles deviennent passives et doivent s'en remettre entièrement aux décisions du domaine médical, afin de préserver leur santé et celle de leur enfant. Cette façon de déclencher le travail à laquelle les futures mères ne s'étaient pas forcément préparées éveille en elles angoisses, craintes et interrogations, à la fois compréhensibles et légitimes.

Lors de mes premiers stages en salle de naissance, j'ai découvert l'utilisation de différents mécanismes permettant la mise en travail. J'étais interpellée par ce pouvoir qu'ont les médecins de décider du jour de la naissance d'un enfant. Le mystère de la date de cette naissance tant attendue était dès lors rompu.

J'ai donc choisi de porter mon mémoire sur ce thème pour accompagner une femme déclenchée de la manière la plus adaptée possible. Je me suis interrogée sur tout ce qui entourait le déclenchement artificiel du travail : ses indications, ses méthodes, ses conditions et ses répercussions.

Pour être compétente, il faut avoir des connaissances solides et de source sûre. Je présenterai donc dans la première partie de ce mémoire les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en avril 2008. Je vous présenterai ensuite dans la deuxième partie les résultats de ce qui est pratiqué en milieu hospitalier. J'étudierai dans la troisième partie l'ensemble de ces données afin d'évaluer l'état actuel des connaissances et des pratiques. J'essayerai enfin de proposer différentes solutions afin d'aboutir à une amélioration de la prise en charge des patientes déclenchées.

Partie 1 :

Les recommandations actuelles

1. DE LA NAISSANCE DU DECLENCHEMENT A SA PRATIQUE ACTUELLE

1.1. Historique du déclenchement artificiel du travail

Le déclenchement artificiel du travail a suscité de nombreuses réflexions. Véritable progrès pour certains, atteinte à la nature pour d'autres, il fut longtemps l'objet de multiples polémiques.

Tout commence à Londres en 1756. Après une longue période d'extractions instrumentales laborieuses, les accoucheurs britanniques décident d'avoir recours au déclenchement prématuré du travail en cas d'anomalie pelvienne.

Baudelocque, qui est alors un fervent défenseur de la césarienne, est totalement contre cette pratique. La naissance du déclenchement artificiel du travail entraîne déjà des avis controversés.

Deux siècles plus tard, Claude Sureau annonce sa volonté d'étendre cette technique médicale en France. En 1982, au 39ème Congrès de Gynécologues et Obstétriciens de langue française à Dakar, il proclame clairement son ambition de maîtriser la parturition. Il expose l'idée, jusque là inimaginable, du déclenchement artificiel du travail chez les primipares. Il veut dépasser le respect absolu de la mise en route spontanée du travail. [1]

A Paris en novembre 1995 a lieu la Conférence de Consensus du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (C.N.G.O.F.) [2]. Il en découle une volonté de poser des limites, des règles, afin d'homogénéiser les pratiques. La fréquence du déclenchement artificiel du travail en France est passée de 8,5% en 1972 à 20% en 1995 [3]. Le problème réside essentiellement dans les disparités inter régionales et inter maternités. Le C.N.G.O.F. décrit alors onze recommandations. Six ans plus tard, une enquête prospective est menée. Celle-ci est sans appel : les disparités sont toujours présentes.

En avril 2008, la Haute Autorité de Santé publie à son tour des recommandations pour la pratique clinique [4]. Celles-ci concernent le déclenchement artificiel du travail en cas de grossesse à terme. Les objectifs suivent l'histoire et concernent toujours les mêmes problématiques :

« *Leurs buts sont :*

- *d'homogénéiser les pratiques en matière de déclenchement artificiel du travail ;*
- *d'identifier les éventuels risques liés au déclenchement artificiel du travail ;*
- *de définir le contenu de l'information destinée aux femmes enceintes. » [18]*

1.2. Présentation de la Haute Autorité de Santé

1.2.1. Les objectifs

La Haute Autorité de Santé (HAS) a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie afin de contribuer au maintien d'un système de santé solidaire et au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.

« *Elle est chargée :*

- *d'évaluer scientifiquement l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels et de proposer ou non leur remboursement par l'assurance maladie ;*
- *de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé ;*
- *d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé et en médecine de ville ;*
- *de veiller à la qualité de l'information médicale diffusée ;*
- *d'informer les professionnels de santé et le grand public et d'améliorer la qualité de l'information médicale ;*
- *de développer la concertation et la collaboration avec les acteurs du système de santé en France et à l'étranger. » [4]*

1.2.2. Les méthodes de travail

Les recommandations professionnelles sont destinées aux professionnels de santé en exercice, elles couvrent tout le champ de la santé. Elles décrivent les soins les plus adaptés à un patient donné, compte tenu de l'état actuel des connaissances et des pratiques médicales.

Le collège de l'HAS choisit ses thèmes de recommandations professionnelles selon les priorités de santé publique, selon les demandes exprimées par les ministres de la santé et de la sécurité sociale, ou encore selon les thèmes proposés par des sociétés savantes. Un comité d'organisation est alors créé afin de préciser le thème de travail ainsi que les questions à traiter. Une fois cette étape terminée, un comité de pilotage est constitué.

Un groupe de travail rédige la première version des recommandations. Celle-ci est soumise à un groupe de lecture. Leurs commentaires sont pris en compte pour affiner le travail si nécessaire.

Le rapport final doit ensuite être validé par le collège de l'HAS pour pouvoir être diffusé.

L'HAS a publié en avril 2008 des recommandations professionnelles concernant le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. (Annexe I)

2. LES INDICATIONS DU DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

2.1. Pourquoi favoriser un accouchement voie basse ?

L'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelle plus faible que l'accouchement par césarienne avant le travail. Par rapport à la voie haute et à âge gestationnel égal, il diminue le risque de détresse respiratoire néonatale.

La césarienne en cours de travail est associée à un risque de mortalité et de morbidité maternelle nettement plus élevé que la césarienne avant travail.

Dans ces conditions, l'accouchement par voie basse doit être préféré a priori à la réalisation d'une césarienne avant travail, mais son bien fondé doit être reconsidéré dans toutes les situations où le risque de césarienne en cours de travail peut être affirmé comme très élevé a priori. [5]

2.2. Les indications médicales

2.2.1. Définitions

Selon l'HAS, une grossesse est dite **à terme** lorsqu'elle a atteint 37 semaines d'aménorrhée (SA) complètes. Le terme théorique correspond à 41 SA.

On parle de **terme dépassé** à partir de 42 SA.

Pour éviter toute ambiguïté entre les termes « nullipare » et « primipare », on appellera « **primipare** » toute parturiente lors de son premier accouchement et « **multipare** » toutes les parturientes qui ont déjà accouché au moins une fois.

On considère que les **conditions locales sont favorables** lorsque la valeur du score de Bishop est supérieure ou égale à 7. (Annexe II)

2.2.2. Les indications médicales à interrompre la grossesse

- **Le dépassement du terme**

Les risques de complications dues au dépassement du terme sont :

- une souffrance fœtale ;
- une inhalation de liquide méconial ;
- une augmentation de la mortalité périnatale ;
- un nouveau-né post-mature.

Résultats d'une étude randomisée menée au Canada [6].

Cette étude oppose un groupe A de 1701 patientes déclenchées par prostaglandines intracervicales à partir de 41 SA, à un groupe B de 1706 patientes qui ont bénéficié d'une surveillance classique du dépassement de terme.

Les résultats présentent un taux de césarienne plus faible pour le groupe A (21,2% versus 24,5%), essentiellement par réduction des souffrances fœtales.

Les taux de mortalité et de morbidité périnatale sont identiques pour les deux groupes.

Les recommandations de l'HAS

Tout d'abord, l'indication de dépassement du terme nécessite une détermination précise de celui-ci. L'échographie du 1^{er} trimestre, réalisée entre 11 et 13 SA, permet par la mesure de la longueur craniale-caudale du fœtus de nous en assurer. En effet, elle diminue le nombre de faux termes dépassés.

A partir de 41 SA révolues, une surveillance rapprochée s'impose. L'HAS propose un suivi toutes les 48 heures avec un déclenchement à 41 SA + 6 jours. Une maturation par prostaglandines sera effectuée au préalable si nécessaire.

Dans le cas spécifique où la parturiente présente des conditions locales favorables à 41 SA, celle-ci pourra être déclenchée le jour du terme.

- **La rupture prématurée des membranes**

Le danger d'une rupture prématurée des membranes est la contamination du liquide amniotique. Elle entraîne une infection amniotique. [7]

Les recommandations de l'HAS

Celles-ci prennent en compte deux aspects : le risque infectieux et les conditions cervicales.

En cas de portage de streptocoque B, une antibioprophylaxie immédiate est à débiter. En cas d'absence, elle sera à instaurer 12 heures après la rupture des membranes.

Si les conditions cervicales sont favorables, un déclenchement peut être proposé d'emblée sous deux conditions : l'information et l'accord de la patiente.

- **Le diabète**

En dehors de la grossesse, il existe deux types principaux de diabète. Le diabète de type 1 est d'origine auto-immune et présente un déficit absolu en insuline. Le diabète de type 2 est dû à une insulino-résistance ainsi qu'à un déficit de sécrétion d'insuline.

Parfois, des troubles de tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie variable débutent ou sont diagnostiqués pour la première fois pendant la grossesse, quelque soient le traitement et l'évolution dans le post-partum. Cela définit le diabète gestationnel.

Pour ces différents diabètes, la prise en charge débute par des règles hygiéno-diététiques. Le cas échéant, un traitement sous insuline est prescrit.

Les recommandations de l'HAS

S'il s'agit d'un diabète insulino-dépendant, une décision pluridisciplinaire devra être prise au cas par cas.

S'il s'agit d'un diabète mal équilibré ou avec retentissement fœtal, le déclenchement de l'accouchement sera préférable avant 39 SA.

Enfin, s'il s'agit d'un diabète gestationnel bien équilibré et sans retentissement fœtal, la conduite à tenir sera identique à celle d'une grossesse physiologique.

- **Les grossesses gémellaires**

Avant d'évaluer les indications et les modalités du déclenchement, il faudra tout d'abord vérifier l'absence de contre-indications à l'accouchement voie basse.

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français a publié en 2000 des recommandations pour la pratique clinique concernant entre autre les indications de la césarienne. Il aborde uniquement les grossesses gémellaires bi-amniotiques :

« En cas de présentation céphalique de J1, et quelle que soit la présentation de J2, il n'existe pas d'indication à réaliser une césarienne systématique.

En cas de présentation du siège de J1, les données ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre.

La qualité des études ainsi que leurs résultats contradictoires ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de prématurité (en général < 32 SA) ou de fœtus de faible poids (en général < 1500 g). » [5]

Les recommandations de l'HAS

La mortalité périnatale est augmentée après 39 SA. Il n'y a actuellement pas de données qui permettent de conclure sur l'intérêt d'un déclenchement systématique en cas de grossesse gémellaire non compliquée. Cependant, l'HAS recommande de ne pas dépasser 39 SA et 6 jours.

- **La suspicion de macrosomie fœtale**

On suspecte un enfant macrosome lorsque le poids estimé est supérieur au 90^{ème} percentile de l'âge gestationnel.

Les recommandations de l'HAS

Actuellement, on ignore si le déclenchement artificiel du travail chez une femme non diabétique, avec suspicion de macrosomie fœtale, réduit la morbidité maternelle et néonatale.

- **Le retard de croissance intra-utérin**

Il se définit par un poids inférieur au 10^{ème} percentile par rapport à l'âge gestationnel en semaines d'aménorrhée. L'arrêt de croissance est une situation à haut risque périnatal. L'extraction fœtale doit être faite au bon moment afin d'éviter la prématurité, la mort fœtale in utero ou les lésions cérébrales irréversibles. Les facteurs influençant la décision sont l'âge gestationnel, le contrôle de la pathologie maternelle, le rythme cardiaque fœtal, le doppler ombilical, cérébral et veineux ainsi que le score de Manning. La naissance doit être provoquée par déclenchement ou césarienne après une concertation avec le pédiatre de la structure.

Les recommandations de l'HAS

Il est encore difficile d'apprécier les avantages et les risques du déclenchement artificiel du travail dans ce cas précis.

- **L'antécédent d'accouchement rapide**

La durée de la période d'effacement et de dilatation varie selon la parité :

« Période la plus longue de l'accouchement, elle est en moyenne, dans les cas non pathologiques, de 7 à 10 heures chez la primipare, de 3 à 6 heures chez la multipare. » [7]

Ainsi, les femmes accouchent en moyenne plus rapidement lorsqu'il s'agit de leur deuxième enfant, ou plus. Or, si une patiente présente déjà un antécédent d'accouchement rapide, il y a une forte probabilité pour que le suivant le soit aussi.

Les risques d'un accouchement imprévu à la maison sont multiples. La patiente peut être seule, paniquer, sans compter les risques médicaux liés au manque de matériel et de professionnels.

Ainsi, de manière préventive, l'HAS a créé une indication de déclenchement pour les patientes ayant un antécédent d'accouchement rapide. Son but est d'essayer de rassurer la patiente en lui assurant un accouchement dans des conditions adaptées.

Les recommandations de l'HAS

Cette indication regroupe 2 critères :

- un antécédent d'accouchement rapide inférieur à 2 heures ;
- un col favorable.

- **L'hypertension artérielle et la pré-éclampsie**

L'hypertension artérielle est considérée comme trop élevée chez la femme enceinte quand la maxima est ≥ 140 mmHg et la minima ≥ 90 mmHg.

La pré-éclampsie est modérée si la tension artérielle dépasse 140/90 mmHg et est associée à une protéinurie et à des œdèmes au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

La pré-éclampsie est sévère lorsque la tension artérielle dépasse 150/110 mmHg et qu'elle s'accompagne d'œdèmes graves, d'une barre épigastrique, de phosphènes et d'acouphènes.

L'âge du déclenchement va varier en fonction de la sévérité de la pré-éclampsie. Une patiente présentant une hypertension gravidique simple après 37 SA peut être déclenchée en cas de retard de croissance intra-utérin ou d'évolution de la dysgravidie, en fonction des conditions obstétricales. Concernant les formes modérées de pré-éclampsie après 37 SA, l'accouchement peut avoir lieu dans la structure qui suit la patiente. Si il y a présence d'un retard de croissance intra-utérin inférieur au 10^{ème} percentile ou une cassure de la courbe de poids, une confrontation obstétrico-pédiatrique doit avoir lieu. Celle-ci déterminera la nécessité ou non d'un transfert. Enfin, s'il s'agit

d'une forme grave, un transfert in utero vers une structure adaptée est préconisé. Les formes sévères préféreront une extraction par césarienne, si possible après 34 SA. L'accouchement par voie basse reste rare dans ces conditions, et se limite aux multipares sans retard de croissance intra-utérin, ayant atteint 34 SA. [8]

Les recommandations de l'HAS

Si la patiente présente des signes isolés tels qu'une hypertension artérielle modérée ou une protéinurie, le déclenchement du travail n'est pas de mise.

Par contre, le diagnostic de la pré-éclampsie est une indication irrévocable de déclenchement, voir de césarienne si nécessaire.

2.3. Les indications non médicales

2.3.1. Evolution des pratiques

En dehors d'une indication médicale précise, le recours au déclenchement artificiel du travail à terme a été longuement débattu.

En 1996, on donnait pour premier argument l'augmentation du taux de mortalité périnatale au-delà de 39 SA pour un enfant de poids moyen.

Le deuxième argument évoqué portait sur un tout autre aspect : celui du souhait des futures mères pour convenances personnelles. La prédétermination de la date de l'accouchement arrangeait aussi bien les patientes que les soignants. En effet, on y voyait d'une part une planification de l'activité et un apport plus important de sérénité au sein du corps médical. D'autre part, un meilleur accès à l'analgésie péridurale entraînait un confort supplémentaire pour la patiente. On constatait également une amélioration de la sécurité maternelle et fœtale [1].

On se pose alors même la question de la programmation systématique de l'accouchement. Au respect de certaines conditions, les résultats des maternités qui ont un taux de programmation de l'ordre de 50% ne montrent pas d'effets délétères auprès

de la patiente. Le déclenchement n'augmenterait entre autres ni la durée du travail, ni le taux de forceps, ni la pathologie de la délivrance [9].

Il n'y aurait donc pas de risque supérieur à celui d'un travail spontané.

En 2003, un tout autre discours émerge. Après une dizaine d'année de pratique, le déclenchement dit « de convenance » de l'accouchement n'est alors plus considéré comme inoffensif, aussi bien physiologiquement que psychologiquement, pour la mère comme pour l'enfant. Il est considéré comme un risque inutile de compliquer la naissance par une série d'actes intrusifs, sans indication réelle [10].

La recherche d'un réel bénéfice pour la mère et/ou pour son nouveau-né guide désormais la prise de décision des praticiens.

2.3.2. Les recommandations de l'HAS

L'HAS suit cet état d'esprit et conseille le déclenchement sans indications médicales seulement selon des conditions strictes, qui doivent toutes être respectées.

Il ne peut être envisagé que si 5 conditions sont suivies :

- utérus non cicatriciel ;
- terme précis ;
- terme supérieur ou égal à 39 SA ;
- col favorable, soit un score Bishop ≥ 7 ;
- patiente en ayant fait la demande ou étant d'accord après avoir été informée des modalités et des risques potentiels.

3. METHODES ET FACTEURS DE REUSSITE

3.1. Les méthodes de déclenchement

3.1.1. Le décollement des membranes

Le décollement des membranes est la seule technique non médicamenteuse proposée par l'HAS. Elle est parfois utilisée par certains gynécologues-obstétriciens ou par certaines sages-femmes. Ce geste consiste à introduire un doigt entre le col de l'utérus et les membranes et à faire le tour du col, de façon plus ou moins profonde. Il s'agit souvent d'un geste douloureux.

Une enquête de pratiques a été effectuée en Alsace en 2004. Elle a démontré qu'un décollement unique des membranes à partir de 40 SA permettait de diminuer le nombre de grossesses prolongées. Cette technique permet d'une part la maturation cervicale et d'autre part le déclenchement du travail [11].

L'HAS recommande cette technique lorsqu'il s'agit d'un déclenchement sans indication médicale urgente. La patiente se doit d'être informée clairement sur cette pratique et sur ses conséquences.

3.1.2. La maturation cervicale

La technique de référence pour déclencher le travail repose sur une perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture artificielle des membranes le plus précocement possible. Pour favoriser la réussite du déclenchement, celui-ci doit être effectué sur un col dont les conditions locales sont dites favorables. Le cas échéant, les prostaglandines représentent le moyen classique d'assurer la maturation cervicale.

Elles peuvent être administrées par voie intracervicale ou par voie intravaginale selon des posologies et des fréquences d'applications très variées. Les principales prostaglandines utilisées sont le gel vaginal, le dispositif vaginal à libération prolongée et le gel intracervical. Elles présentent peu d'effets secondaires et permettent ainsi une utilisation fréquente.

En 2003, une enquête sur les pratiques de maturation du col et du déclenchement du travail a été menée en France. Elle a démontré une grande variabilité des pratiques ainsi qu'une utilisation pas toujours adaptée à la situation [12].

L'avantage majeur de ces applications locales est le déplacement possible de la patiente.

L'HAS recommande que les déclenchements par les prostaglandines privilégient la forme intravaginale, car, à efficacité égale, cette voie d'administration se montre moins agressive que la forme intracervicale.

3.1.3. L'ocytocine et l'amniotomie

La perfusion d'ocytocine est posée pendant toute la durée du déclenchement. C'est l'oxytocine (Syntocinon®) qui va provoquer les contractions utérines. Il s'agit d'un ocytocique de synthèse, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celles de l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. Il augmente la fréquence et l'intensité des contractions. L'avantage est que cette perfusion peut être arrêtée à tout moment.

Après la mise en place de cette perfusion d'ocytocine, l'HAS recommande de réaliser une amniotomie dès que possible.

Le délai d'action du Syntocinon® est inférieur à une minute. En perfusion intraveineuse continue, son effet sera maximal après un délai de 20 à 40 min [13].

Dans le cadre du déclenchement, l'HAS décrit un protocole bien précis. En considérant une perfusion de 5 UI de Syntocinon® dans 500 mL de solution isotonique, il faut débiter la perfusion à 15 mL/h. Ensuite, il faut augmenter le débit progressivement toutes les 20 à 30 minutes. Le but est d'obtenir au maximum 3 à 4 contractions utérines sur 10 minutes avec une dose d'ocytocine la plus faible possible.

Le débit maximal recommandé est de 120 mL/h. Si l'obtention d'une bonne dynamique utérine est difficile, on pourra monter jusqu'à 192 mL/h, mais il ne faudra en aucun cas dépasser cette limite.

Si l'activité utérine est satisfaisante, on aura la possibilité de diminuer, voir d'arrêter la perfusion.

Enfin, l'HAS donne deux derniers points :

*« - favoriser l'utilisation des milli-unités par minute plutôt que les millilitres par minute dans la rédaction des protocoles ;
- utiliser une pompe à perfusion électrique avec valve antireflux ou une seringue électrique avec valve antireflux. » [4]*

3.1.4. Les autres méthodes

L'HAS aborde d'autres possibilités de déclenchement.

Le misoprostol et la mifépristone n'ont pas l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans ce cadre d'utilisation. De plus, la mifépristone n'est pas efficace à ce titre.

La sonde de Foley n'est pas recommandée en routine dans le déclenchement artificiel du travail.

Enfin, on ignore encore si l'acupuncture et l'homéopathie peuvent jouer un rôle dans l'induction du travail.

3.2. Critères de choix de la méthode de déclenchement

3.2.1. Ocytocine ou prostaglandines ?

Lorsque les conditions sont favorables, la perfusion d'ocytocine reste la technique de référence. Cependant, les prostaglandines versus l'ocytocine montrent un succès d'induction du travail équivalent.

Le principal avantage de la perfusion est qu'elle peut être stoppée à tout moment, en particulier lorsque l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines témoigne d'un risque d'anoxie fœtale.

Le principal avantage des prostaglandines est qu'il permet à la patiente de se déplacer. Elle peut ainsi déambuler et gérer son début de travail avec plus de liberté.

3.2.2. Le score de Bishop

Actuellement, plusieurs méthodes s'offrent aux obstétriciens pour induire le travail. Afin de déterminer laquelle est la plus adaptée pour une patiente donnée, différents facteurs ont été étudiés. A partir de ceux-ci ont été établis différents scores : celui de Friedman, de Fieds ou encore de Taurelle.

Aujourd'hui, c'est le score de Bishop qui est largement utilisé. Il reste le meilleur facteur prédictif d'accouchement par voie basse. Lors d'un déclenchement de l'accouchement avec un Bishop ≥ 6 , le taux de césarienne est identique à celui d'un travail spontané. A l'inverse, lorsque le Bishop est inférieur à 6, le risque de césarienne est multiplié par 3 ou 4, d'où l'importance de son utilisation. [14]

D'après l'HAS, le col est favorable pour un Bishop ≥ 7 . S'il n'est pas favorable, une maturation par prostaglandines E2 sera nécessaire.

3.2.3. Les autres éléments

Une étude rétrospective a été menée entre juillet 2001 et décembre 2002 au CHU de Rouen concernant la valeur prédictive du score de Bishop [15].

Celle-ci a permis l'étude de l'influence d'autres facteurs sur la réussite d'un déclenchement :

- la parité ;
- le terme ;
- l'âge maternel ;
- l'indice de masse corporel ;
- la prise de poids pendant la grossesse ;
- le poids de naissance ;
- l'état des membranes au moment du déclenchement.

Parmi ces différents critères, le seul pour lequel les chercheurs ont réussi à démontrer une réelle influence est la parité. En effet, les multipares ont un taux de succès significativement plus important que les primipares, aussi bien pour les déclenchements par prostaglandines que par ocytocine.

De plus, le déclenchement des primipares est souvent plus long et plus difficile que celui des multipares.

En 2004, une étude a été menée afin de comparer le score de Bishop et la mesure échographique de la longueur du col dans la prédiction du risque de césarienne avant maturation cervicale par prostaglandines [16].

Les résultats ont montré que seul le score de Bishop était prédictif du risque global de césarienne.

Par conséquent, la mesure de la longueur échographique du col ne présente pas d'intérêt dans le pronostic de réussite d'un déclenchement.

Enfin, l'appréciation du col par l'examen vaginal est fondamentale. Il reste cependant opérateur dépendant.

4. LES CONDITIONS DU DECLENCHEMENT

4.1. La surveillance

Le déclenchement de l'accouchement représente une décision médicale dont le but est l'accouchement de la patiente suite à l'induction du travail par la méthode la plus adaptée et sous une surveillance stricte.

Avant de procéder à un déclenchement, l'équipe médicale devra s'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et fœtale.

Il devra également toujours être réalisé à proximité d'un bloc chirurgical en cas de césarienne.

Pour les prostaglandines E2, un enregistrement préalable du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine sera effectué pendant une demi-heure. En l'absence d'anomalies et après avoir examiné le col pour s'assurer qu'une maturation cervicale est nécessaire, l'obstétricien appliquera le gel ou posera le dispositif intravaginal. Ensuite, le rythme cardiaque fœtal et l'activité utérine seront surveillés pendant deux heures au minimum après la mise en place des prostaglandines. Si le monitoring ne présente pas d'anomalies, il pourra ensuite être intermittent jusqu'au début du travail.

Pour la perfusion de Syntocinon®, un monitoring fœtal devra également être réalisé immédiatement avant le déclenchement. Ensuite, la surveillance devra comporter l'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines.

En cas d'hypertonie associée à un tracé cardiotocographique pathologique, il faudra interrompre la perfusion. Si la présence de ces anomalies ne dépend pas de la perfusion, une tocolyse pourra être envisagée. [4]

4.2. La législation

Il est interdit d'ignorer les recommandations de l'HAS, qui sont le fruit d'un travail exhaustif sur la question, et qui constituent un référentiel incontournable en cas de contestation médico-légale.

La responsabilité de la décision du déclenchement est entièrement assurée par le médecin. La surveillance est effectuée sous la responsabilité conjointe de la sage-femme et du médecin responsable de la salle d'accouchement.

L'indication et la décision du déclenchement doit être clairement notée dans le dossier. Elle doit être datée et signée. La patiente en est informée et doit donner son consentement éclairé.

La tenue du partogramme doit être faite en temps réel. L'équipe obstétricale se doit d'effectuer un suivi régulier et d'assurer une disponibilité constante. [16]

4.3. Le rôle de la sage-femme

La sage-femme est avant tout une spécialiste de la physiologie et de l'eutocie selon l'article L.4151-3 du code de la santé publique. En cas de pathologie, elle doit faire appel à un médecin.

C'est la sage-femme qui assure la prise en charge aussi bien relationnelle, médicale que technique. Elle soutient la patiente dans son parcours, l'informe sur le déroulement du déclenchement et répond à ses questions. Son rôle est d'autant plus important que les contractions d'un déclenchement sont souvent plus intenses et plus difficiles à gérer pour les futures mères.

La sage-femme possède une indépendance professionnelle ainsi que des connaissances médicales. Elle doit donc conserver son libre-arbitre et émettre un avis sur la mise en œuvre du déclenchement après avoir évalué le pronostic obstétrical le jour même, au moment même d'installer la femme en salle de naissance. Elle se doit de

réévaluer les conditions de mise en œuvre d'une décision de déclenchement prise la veille. Elle ne peut se retrancher derrière la prescription clinique.

La sage-femme est garante de la sécurité et du bien-être aussi bien de la future mère que du fœtus. Elle ne doit en aucun cas leur faire courir un risque injustifié. Si la sage-femme estime, du fait de la situation clinique, du fait de la charge de travail en salle, que le déclenchement ferait courir à la femme et/ou au futur enfant un risque injustifié, il est de son devoir de le signaler au prescripteur. [17]

Nous avons observé au cours de cette première partie la multiplicité des indications d'un déclenchement artificiel du travail au delà de 37 SA. Elles peuvent être de nature médicale ou non. De plus, elles doivent être définies de manière précise car elles vont déterminer la conduite à tenir ultérieure.

Or, au cours de mes différents stages en salle de naissance, j'ai observé des disparités dans la prise en charge des patientes. Ceci m'a amené à effectuer une étude sur ces pratiques afin de mieux en comprendre les motivations et les conséquences.

Je vais donc présenter dans la deuxième partie de ce mémoire la mise en place de cette enquête et les résultats obtenus.

Partie 2 :

*Evaluation des pratiques
professionnelles*

1. METHODOLOGIE

1.1. Problématique

Nous allons désormais faire une **évaluation des pratiques professionnelles concernant le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhées par rapport aux recommandations de l'HAS sorties en Avril 2008.**

1.2. Objectifs de l'étude et hypothèses

Cette étude a été menée selon deux objectifs. Le premier est de réaliser un état des lieux des pratiques en matière de déclenchement artificiel du travail. Le second est d'évaluer l'aboutissement de cette pratique selon les proportions d'accouchement voie basse, d'extraction instrumentale et de césarienne.

Les hypothèses sont que :

- le taux actuel de déclenchement pourrait être limité ;
- la grande majorité des déclenchements a une indication médicale ;
- la mise en place des prostaglandines E2 et de l'ocytocine ainsi que la façon de les utiliser sont opérateurs dépendants.

1.3. Présentation des lieux de l'étude

Cette étude a été menée dans 2 hôpitaux de Moselle :

- *L'Hôpital Maternité de Metz*

Il s'agit d'un établissement de niveau 2B. En 2009, il comptait 2716 accouchements, dont 22,71% de césariennes. 62,46% de césariennes étaient en urgence (soit 14,18% du nombre d'accouchements total) et 37,54% étaient programmées.

- *L'Hôpital Bel Air de Thionville*

Il s'agit également d'un établissement de niveau 2B. En 2009, il comptait 2478 accouchements, dont 15,5% de césariennes. 63,28% des césariennes étaient en urgence (soit 9,80% du nombre d'accouchements total) et 36,72% étaient programmées.

1.4. Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers. Le registre des naissances de chaque établissement m'a permis de relever les noms des patientes ayant accouchées entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2009.

Les deux critères de sélection étaient :

- ✓ un déclenchement artificiel du travail ;
- ✓ un terme supérieur ou égal à 37 SA.

Une fois ces listes établies, je me suis aperçue que certains dossiers n'étaient pas accessibles. J'ai donc sorti des archives les 50 premiers dossiers obstétricaux disponibles selon l'ordre chronologique. Un numéro d'anonymat a ensuite été attribué à chaque patiente.

Pour chaque numéro d'anonymat, un questionnaire concernant les pratiques de déclenchement artificiel du travail a été complété (Annexe III). Le remplissage de ce questionnaire se basait uniquement sur les informations présentes dans le dossier obstétrical de la patiente.

Les données ont ensuite été rentrées sous forme de tableau à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.

2. POPULATION ETUDIEE

2.1. Généralités

Nous allons présenter ci-dessous les différentes caractéristiques de la population étudiée.

Je rappelle que la population inclue **100 patientes** ayant été déclenchées à partir de 37 semaines d'aménorrhées. **101 nouveau-nés** sont nés vivants et viables.

2.1.1. La parité

Pour simplifier l'exploitation des résultats, une patiente est considérée comme primipare si elle n'a jamais accouchée, et comme multipare si elle a déjà accouché au moins une fois.

Ainsi, dans cette étude on compte **62 primipares** et **38 multipares**.

2.1.2. L'âge des accouchées

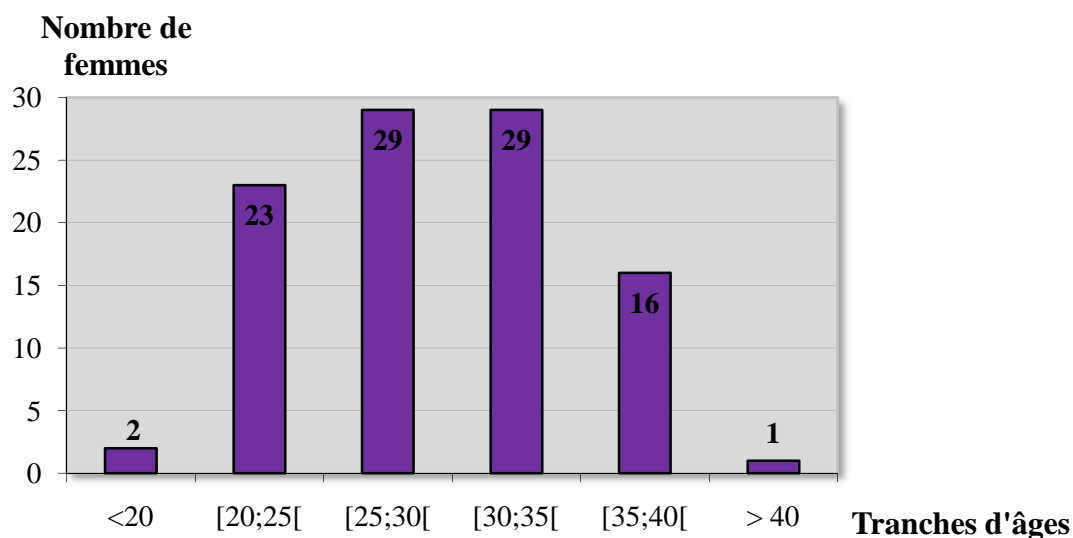


Figure 1 : Répartition de la population étudiée selon la classe d'âge.

2.1.3. Les antécédents d'utérus cicatriciel

1 seule patiente parmi les 100 recensées présentait un **utérus cicatriciel**.

2.1.4. L'Indice de Masse Corporelle (IMC)

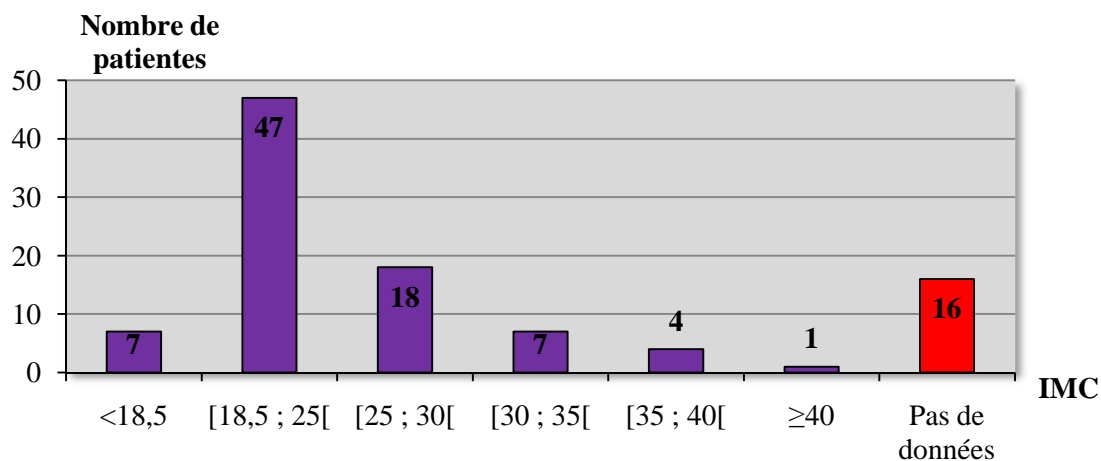


Figure 2 : IMC de la population au début de la grossesse.

Légende :

- <18,5= maigreur
- [18,5;25[= poids normal
- [25;30[= surpoids
- [30;35[= obésité modérée
- [35;40[= obésité sévère
- ≥40= obésité morbide

2.1.5. Détermination de la date du terme

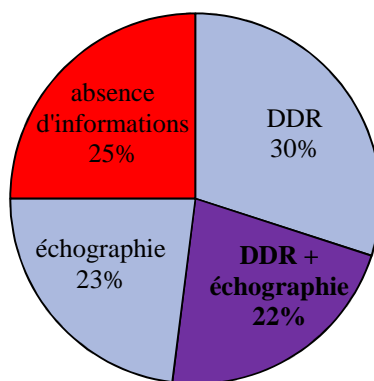


Figure 3 : Classification des patientes selon les différentes méthodes de détermination du terme.

Légende :

- DDR = présence de la date des dernières règles.
- échographie = terme confirmé par une échographie du premier trimestre réalisée entre 11 et 13 SA.

2.2. Le déclenchement

2.2.1. Les indications

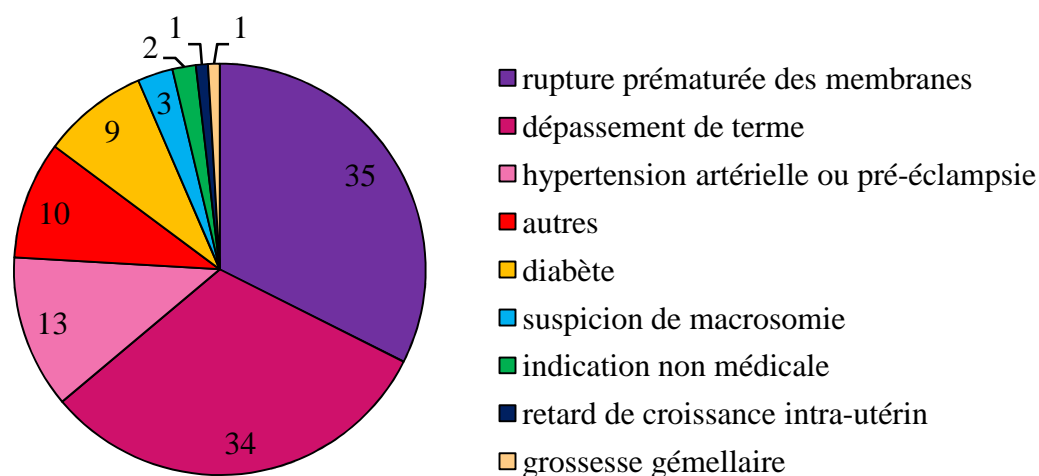


Figure 4 : Catégories d'indications de déclenchements.

Certains déclenchements présentaient plusieurs indications.

Dans « autres », on comprend les indications ne figurant pas dans l'HAS :

- rythme cardiaque fœtal pathologique ;
- diminution des mouvements actifs fœtaux ;
- oligoamnios.

2.2.2. Etablissement du score de Bishop

- **Le toucher vaginal**

Parmi les 100 dossiers, **98** touchers vaginaux ont été retrouvés.

Présence du toucher vaginal complet	72
Absence de la consistance du col utérin	22
- associée à l'absence du positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	1
Absence de la position du col utérin	2
Absence de l'effacement du col utérin	1
Pas de toucher vaginal	2

Tableau I : Classement des touchers vaginaux selon l'absence des données.

- **Le score de Bishop**

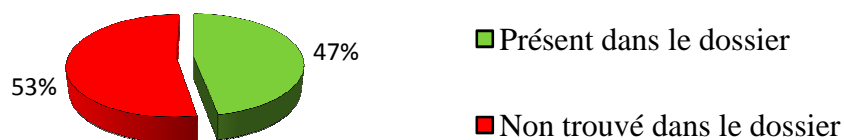


Figure 5 : Pourcentage de dossiers contenant ou non un score de Bishop.

- **Corrélation entre le score de Bishop et le toucher vaginal**

Parmi les 47 scores de Bishop relevés :

- **31** correspondent au toucher vaginal ;
- **12** sont surévalués par rapport au toucher vaginal ;
- **4** sont sous-évalués par rapport au toucher vaginal.

Afin de pouvoir exploiter les données ultérieurement, j'utiliserai les scores de Bishop recalculés selon les touchers vaginaux. Ce choix est dû à la présence majeure des touchers vaginaux par rapport au score de Bishop.

Pour ce calcul, les données manquantes seront considérées comme égales à 0.

2.2.3. Les méthodes

Type de méthode	Nombre de patientes en ayant bénéficié
Décollement des membranes	2%
Maturation cervicale par prostaglandines E2 intravaginale	53%
Ocytocine	81%

Tableau II : Tableau récapitulatif du pourcentage de patientes concernées par chaque méthode.

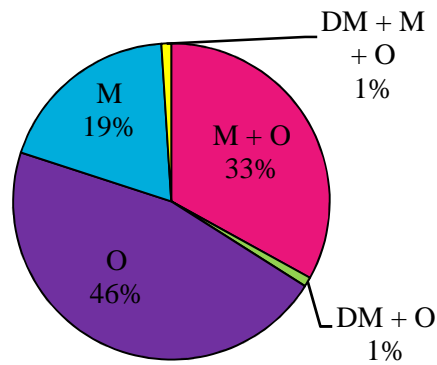


Figure 6 : Classification des différentes méthodes de déclenchement.

Légende :

- DM= Décollement des Membranes
- M= Maturation cervicale par prostaglandines E2 intravaginale
- O= Ocytocine

3. PRESENTATION DES RESULTATS

3.1. Etude des différentes indications

- Dépassement de terme

	Nombre de consultations :					TOTAL
	1	2	3	4	5	
41 SA + 1 jour	XXXX					4
41 SA + 2 jours		XXXXX				5
41 SA + 3 jours	XX	XXX	X	X		7
41 SA + 4 jours	XX	XXXX	XXXXX		X	12
41 SA + 5 jours		X	XXX	X		5
41 SA + 6 jours			X			1

Tableau III : Pour chaque terme sont représentées le nombre de patientes déclenchées selon leur nombre de consultations post-terme. (une patiente = X)

On note également parmi les patientes déclenchées pour terme dépassé que :

- **38%** des dossiers contiennent une **échographie** faite entre 11 et 13SA ;
- **68%** ont eu une **maturation cervicale**, justifiée par un score de Bishop défavorable ;
- aucune n'a été déclenchée le jour du terme.

- **Rupture prématurée des membranes**

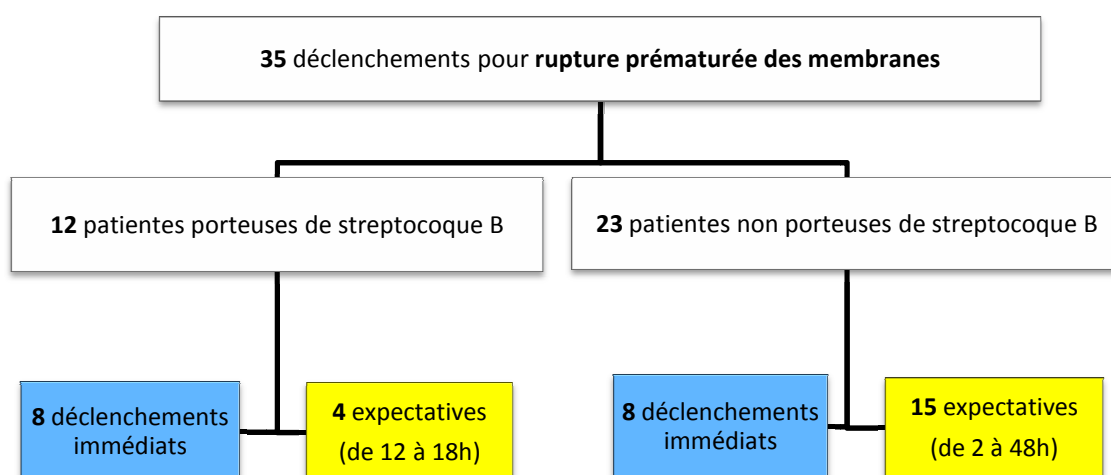


Figure 7 : Arbre décisionnel de la conduite à tenir concernant le déclenchement chez les patientes ayant eu une rupture prématurée des membranes.

Le délai moyen de l'expectative est de **23h et 25 min**. L'attente minimale était de 2h et la maximale de 48h.

Parmi les 16 déclenchements immédiats :

- 8 patientes étaient porteuses de streptocoque B ;
- 7 patientes présentaient un score de Bishop < à 7 (selon le toucher vaginal) dont 3 avaient un liquide amniotique teinté ;
- 1 patiente présentait un score de Bishop \geq à 7 (selon le toucher vaginal).

Concernant l'**antibioprophylaxie**, les patientes ont été classées en 3 groupes :

- **12** patientes ont été mises sous antibiotiques car l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12h suivant la rupture des membranes ;
- **12** patientes ont été mises d'emblée sous antibiothérapie pour portage de streptocoques B ;
- **9** patientes n'ont pas été mises sous antibiotiques car elles ont accouchées dans les 12h suivant la RPM ;

- **Diabète**

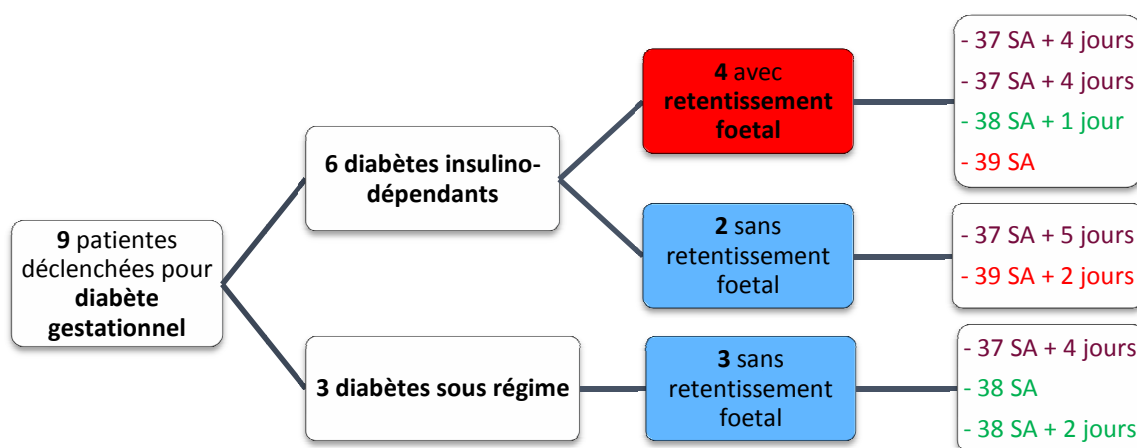


Figure 8 : Arbre décisionnel montrant les différentes conduites à tenir selon le type de diabète et le bien-être fœtal.

- **Grossesse gémellaire**

Une patiente a été déclenchée à 39 SA et 2 jours. Il s'agissait d'une grossesse bichoriale-biamniotique.

- **Suspicion de macrosomie foetale**

3 patientes ont été déclenchées pour cette indication. Parmi elles, une présentait également un diabète gestationnel sous insuline. Elle a été déclenchée à 37 SA et 4 jours. Les deux autres ont été déclenchées à 38 SA et 39 SA. Les nouveau-nés ont tous présenté une bonne adaptation néonatale.

- **Retard de croissance intra-utérin**

Une seule patiente a été déclenchée pour cette indication à 38 SA et 5 jours. Celle-ci présentait également un oligoamnios. Le nouveau-né pesait 2990g à la naissance.

- **Antécédent d'accouchement rapide**

Aucune patiente n'a été déclenchée pour cette indication.

- **Hypertension artérielle et pré-éclampsie**

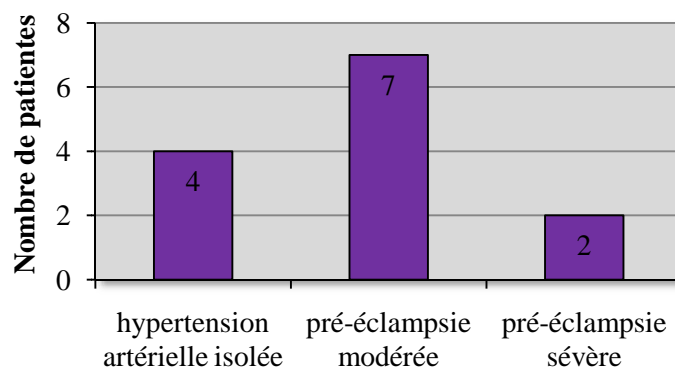


Figure 9 : Classification des patientes selon l'indication du déclenchement.

- **Indication non médicale**

Deux patientes ont été déclenchées pour « convenance personnelle ». Or, il manquait certaines conditions requises pour chacune d'entre elle :

- absence de terme précis et absence de l'information et de l'accord de la patiente notée dans le dossier pour l'une ;
- score de Bishop égal à 6 pour l'autre.

3.2. Méthodes de déclenchement

- **Décollement des membranes**

Cette méthode a été pratiquée sur **2** patientes qui présentaient un dépassement de terme.

- **Prostaglandines**

	Nombre de patientes maturées	A nécessité 1 application	A nécessité 2 applications
Gel vaginal	31	28	3
Système de diffusion	18	16	2
Les deux	4	0	4

Tableau IV : Type de prostaglandines utilisées et nombre d'applications nécessaires.

- Parmi les 9 patientes concernées, le délai entre les deux applications est de :
 - 24h pour 7 patientes ;
 - 12h pour 2 patientes.
- Sur 53 patientes maturées, **51** avaient un score de Bishop < à 7.
- 92 % des patientes qui ont reçu une maturation cervicale ont eu des modifications cervicales.

- **Ocytocine**

- Parmi les patientes ayant reçu de l'ocytocine :
 - **57%** ont reçu uniquement de l'ocytocine ;
 - **41%** en ont reçu après maturation cervicale ;
 - **1%** en a reçu après décollement des membranes ;
 - **1%** en a reçu après décollement des membranes et maturation cervicale.

- Parmi les patientes qui ont reçu uniquement de l'ocytocine :
 - **43%** avaient un score de Bishop \geq à 7 ;
 - **57%** avaient un score de Bishop $<$ à 7 (dont **58%** avaient un score de Bishop égal à 6)

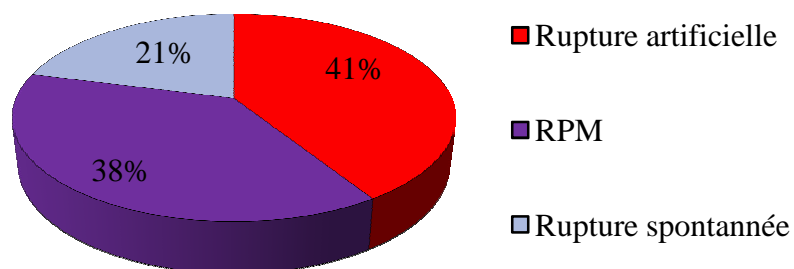


Figure 10 : Pourcentage de patientes sous oxytocine ayant nécessité une amniotomie.

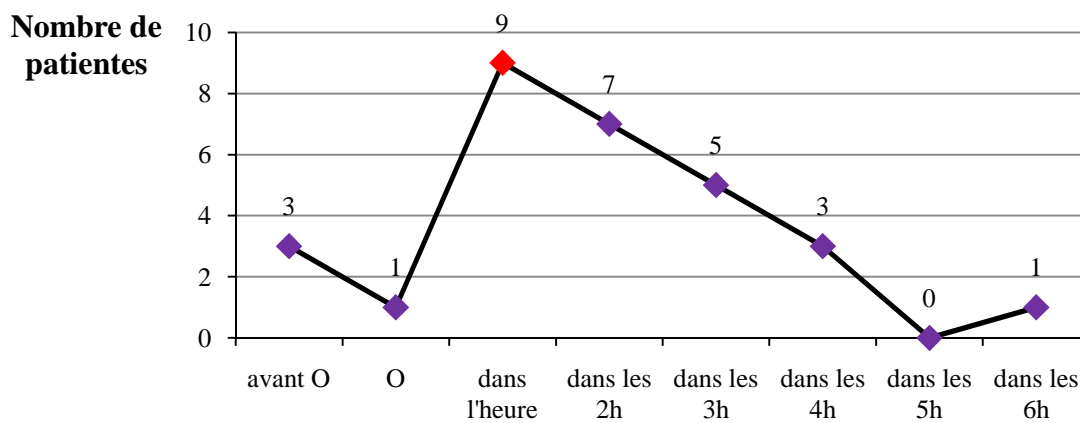


Figure 11 : Délais entre la mise en place de l'ocytocine (= O) et l'amniotomie.

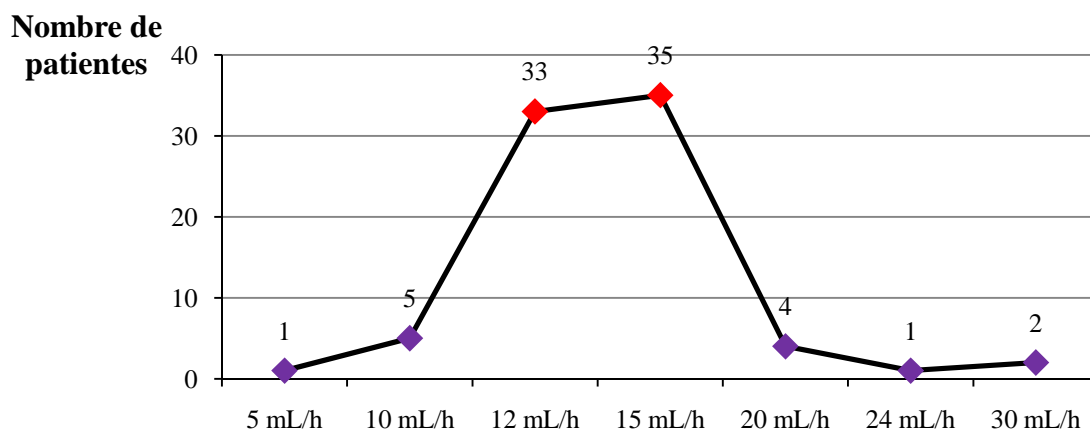


Figure 12 : Débit initial de la perfusion d'ocytocine.

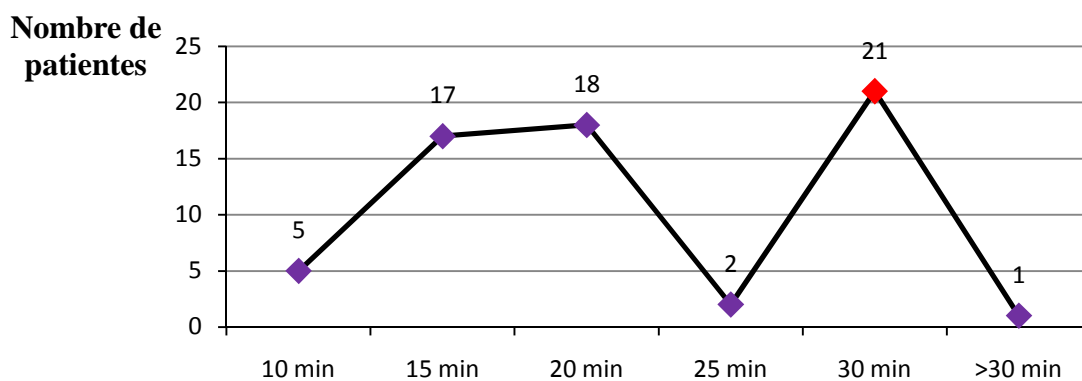


Figure 13 : Délai moyen d'attente avant d'augmenter le débit de la perfusion d'ocytocine.

Il y a 13 patientes dont le temps était trop variable pour être intégré dans l'étude.

Nombre de contractions par 10 minutes	1 à 2	3 à 4	5 à 6	Non évaluable
Nombre de patientes	6	30	32	13

Tableau V : Classement par groupe selon le nombre de contractions utérines sur 10 minutes.

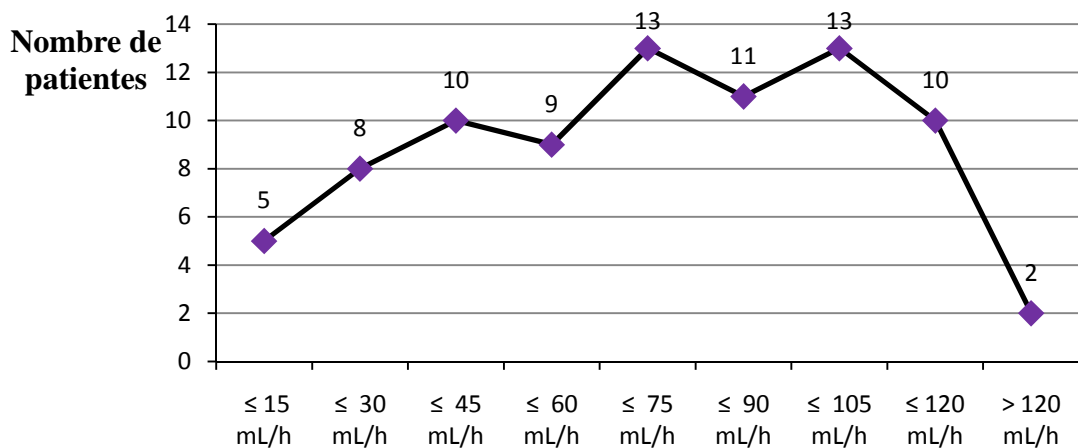


Figure 14 : Débit maximal de la perfusion d'ocytocine.

Le débit maximal était de 140 mL/h.

Pas augmenté	Par paliers de 10 mL/h	Par paliers de 12 mL/h	Par paliers de 15 mL/h
5	10	30	36

Tableau VI : Augmentation de la perfusion selon le débit.

Diminution du débit	Arrêt de la perfusion	Hypertonie
1	9	10

Tableau VII : Types d'interventions sur la perfusion.

3.3. Le monitoring

Pour chaque déclenchement, un monitoring a été réalisé immédiatement avant.

Lorsque l'ocytocine était utilisée, le monitoring fœtal était toujours mis en place en continu.

Enfin, en cas de pose de prostaglandines E2, on a retrouvé dans chaque dossier le suivi fœtal continu d'au moins 2h.

3.4. L'accouchement

- **Mode d'accouchement**

On compte 72 accouchements normaux par voie basse et parmi eux, 60 étaient sous analgésie péridurale.

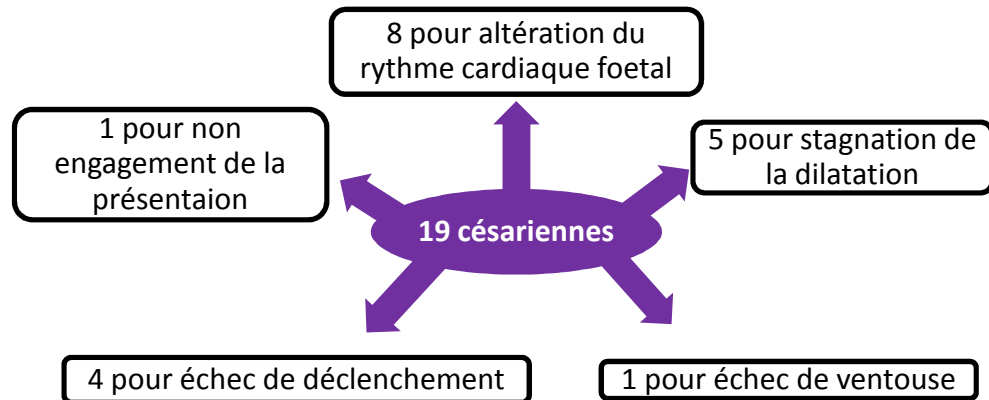


Figure 15 : Indications des césariennes.

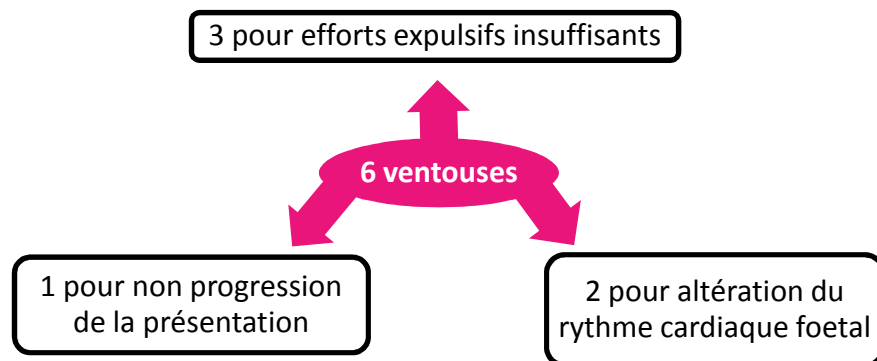


Figure 16 : Indications des ventouses.

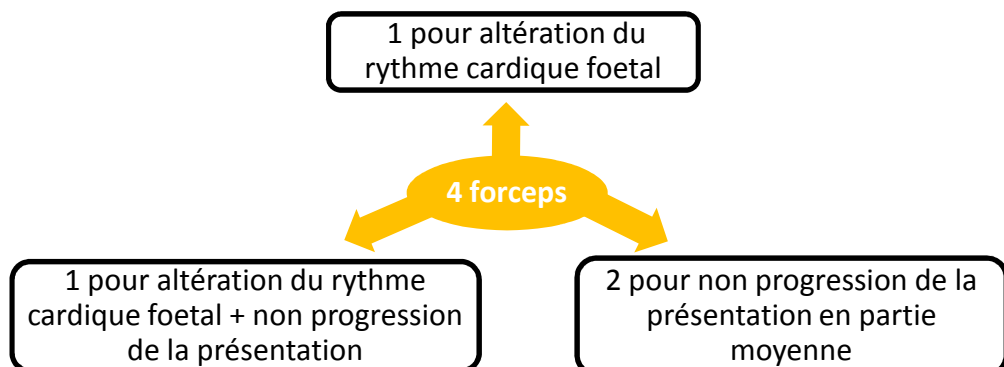


Figure 17 : Indications des forceps.

- Les impacts

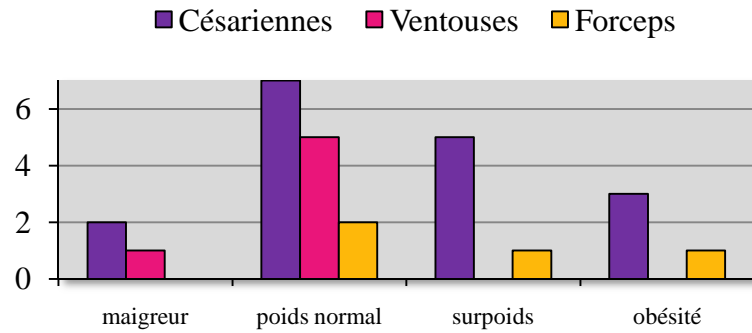


Figure 18 : Impact de l'IMC sur le taux d'accouchements pathologiques

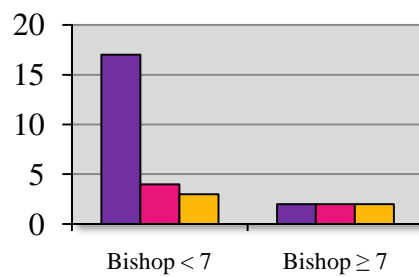


Figure 19 : Impact du score de Bishop sur le taux d'accouchements pathologiques

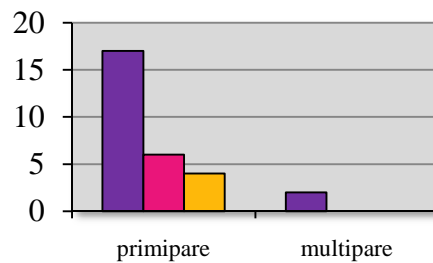


Figure 20 : Impact de la parité sur le taux d'accouchements pathologiques

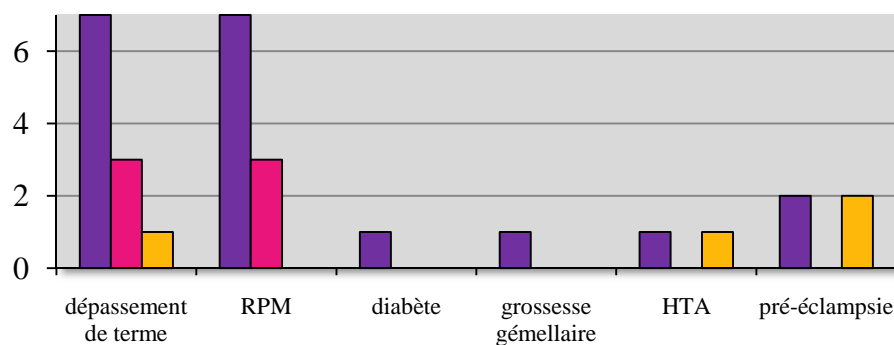


Figure 21 : Impact de l'indication du déclenchement sur le taux d'accouchements pathologiques

- **La délivrance**

Délivrance spontanée	5%
Délivrance dirigée normale complète	64%
Délivrance dirigée avec révision utérine	4%
Délivrance artificielle	9%
Césarienne	18%

Tableau VIII : Pourcentages de chaque mode de délivrance.

3.5. Les nouveau-nés

➤ **Le score d’Apgar**

- 6 nouveau-nés présentaient un score d’Apgar inférieur à 8 à 1 minute de vie ;
- 5 nouveau-nés présentaient un score d’Apgar inférieur à 9 à 5 minutes de vie ;
- 7 nouveau-nés ont été réanimés à la naissance (4 dépassements de terme, 2 RPM, une pré-éclampsie modérée).

➤ **Le pH**

pH ≥ 7,20	7 ≤ pH < 7,20	non présent dans le dossier
41%	8%	51%

Tableau IX : Pourcentages des pH fœtaux à la naissance.

Partie 3 :

Analyse de l'étude et discussion

1. QU'EN EST-IL DANS LA PRATIQUE ?

Nous allons dans cette troisième et dernière partie reprendre les données de l'enquête en les discutant en fonction des hypothèses prédéterminées.

1.1. Pourquoi déclenche-t-on ?

1.1.1. Le dépassement de terme

Cette indication représente environ un tiers des déclenchements artificiels du travail. Avant d'intervenir, il est indispensable de vérifier l'exactitude du terme. Une échographie du premier trimestre réalisée entre 11 et 13 SA permet une détermination précise de l'âge de la grossesse. Dans le groupe des patientes déclenchées pour dépassement de terme, 38% des dossiers attestent de la réalisation de cet examen. Concernant les 62% restant, nous ne pouvons conclure que l'échographie n'a pas été réalisée. Par contre, celle-ci ne figure pas dans le dossier, ni sous forme de compte-rendu, ni sous forme de note informative.

Lorsqu'une patiente vient consulter le jour de son terme, la probabilité de se mettre en travail spontanément s'amenuise. Deux alternatives s'offrent alors à cette situation :

- d'une part, l'HAS autorise un déclenchement artificiel à 41SA + 0 jour si les conditions locales sont favorables. Nous notons que cela n'a pas eu lieu dans la pratique. Aucune patiente n'a été déclenchée le jour de son terme ;

- d'autre part, il s'agit de ne pas intervenir immédiatement et d'offrir à la future mère encore quelques jours de répit afin d'augmenter ses chances de se mettre en travail naturellement.

Le dépassement de terme variait de 24h à 6 jours (cf. tableau III). Les recommandations de l'HAS sont donc entièrement respectées sur ce point.

Cet attentisme impose une surveillance précise. Plus on avance dans le dépassement de terme, plus le nombre de consultations augmente (cf. tableau III).

Cinq patientes présentent un nombre de consultations insatisfaisant. Par exemple, pour deux patientes, la consultation de 41SA et 4 jours était la première depuis celle du jour du terme. Mais dans l'ensemble, la quasi-totalité des patientes ont au minimum une consultation toutes les 48h comme le recommande l'HAS. Parfois elles bénéficient même d'une surveillance quotidienne.

Les recommandations de l'HAS concernant la surveillance étaient globalement respectées, nous pouvons désormais nous demander comment est décidé le jour du déclenchement. Le tableau III présente un taux légèrement plus élevé de déclenchements à 41 SA et 4 jours. Le nombre de déclenchements augmente progressivement jusqu'à cette date puis diminue au-delà. L'HAS fait preuve d'une certaine souplesse sur cet aspect des recommandations. Les premières à en bénéficier sont les patientes. En effet, la décision peut être prise au cas par cas selon la maturité du col, la parité, le souhait de la patiente, etc.

Enfin, si malgré les jours supplémentaires permis, l'accouchement n'a pas eu lieu, le déclenchement doit être réalisé. Pour plus de deux tiers des patientes, une maturation cervicale a été mise en place. Celle-ci était justifiée pour toutes les femmes par un score de Bishop inférieur à 7. En conclusion, comme le recommande l'HAS, une maturation cervicale a été effectuée lorsque cela était nécessaire.

1.1.2. La rupture prématurée des membranes

La rupture prématurée des membranes est la deuxième indication la plus fréquente de déclenchement. Elle représente, comme pour le dépassement de terme, environs un tiers de la population étudiée.

Les recommandations de l'HAS sont précises concernant la conduite à tenir vis-à-vis d'une rupture prématurée des membranes.

La figure 7 nous permet de comprendre sur quels critères les professionnels de santé sont amenés à décider de leur conduite à tenir. Nous allons analyser ci-dessous ce cheminement.

Un critère majeur sépare les patientes en deux groupes : celui des femmes porteuses de streptocoque B et celui des non porteuses.

- Au sein du groupe des patientes porteuses de streptocoque B, le risque infectieux est pris en compte. En effet, le nombre de déclenchements immédiats représente les deux tiers de la population. Quant au tiers restant, l'expectative n'a jamais dépassé 18h, alors que la moyenne du temps d'expectative est de 23h et 25 minutes. Aucun risque inutile n'a donc été pris et les recommandations ont été suivies à la lettre.

- A l'inverse, au niveau du groupe des patientes non porteuses, deux tiers ont été laissées dans l'expectative. Dans des circonstances favorables, la tendance à la physiologie est donc dominante. La recommandation de l'HAS stipulant un délai d'expectative maximum de 48h est respectée. Par contre, parmi les patientes déclenchées immédiatement, une seule présentait des conditions locales favorables. 3 autres présentaient un liquide amniotique teinté, ce qui entre dans le cadre du risque infectieux. Il reste cependant 4 patientes pour lesquelles les recommandations n'ont pas été suivies.

Le déclenchement immédiat doit être expliqué et nécessite l'accord de la patiente pour sa mise en place. Cet aspect des recommandations est difficilement évaluable. Il n'est pas précisé si l'accord doit être obtenu à l'écrit ou à l'oral. Au niveau des services où j'ai mené mon étude, tout est fait à l'oral. Je n'ai jamais trouvé l'information inscrite dans le dossier.

Enfin, la question de l'antibioprophylaxie se pose systématiquement et doit être réfléchie au cas par cas. Dans cette étude, l'ensemble des patientes porteuses de streptocoque B ont été mises d'emblée sous antibiotiques, tout comme les patientes dont la rupture des membranes était supérieure à 12h. Il n'y a donc aucune faille concernant cet aspect des recommandations.

1.1.3. Les autres indications médicales

Nous regrouperons dans ce troisième item l'ensemble des autres indications de déclenchement artificiel du travail. Naturellement, celles-ci regroupent le dernier tiers de la population.

La figure 8 représente le terme des patientes déclenchées selon le type de diabète et ses répercussions. Nous distinguons deux cas de figure :

Le premier concerne les dossiers ayant recensés un retentissement fœtal. Parmi eux figure un seul cas où le déclenchement a eu lieu à 39 SA. Or, l'HAS recommande de ne pas dépasser 38 SA et 6 jours. Cela dit, nous ne pouvons considérer cette décision comme une importante prise de risque.

D'ailleurs, nous observons que globalement, même lorsque le diabète est équilibré et sans retentissement fœtal, le terme dépasse rarement 38 SA et 6 jours.

Le deuxième cas concerne les dossiers ne justifiant pas de conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale. Pourtant, en pratique, la tendance est plutôt au déclenchement précoce du travail. Celui-ci est majoritairement effectué à 37 et 38 SA. Cela résulte peut-être de la crainte de l'augmentation des complications dues au diabète. Cet aspect pousserait les obstétriciens à intervenir. Il s'agirait là d'une décision préventive avec l'objectif de diminuer le risque de dystocie des épaules due à une macrosomie par exemple...

Une seule patiente parmi les 100 dossiers recensés a été déclenchée pour grossesse gémellaire. Avec un terme de 39 SA et 2 jours, les recommandations de l'HAS étaient respectées.

Malgré le peu de patientes déclenchées pour suspicion de macrosomie, nous avons pu observer que les termes étaient très variables. L'HAS ne se positionne pas encore sur ce point. Nous pouvons du moins observer qu'aucun nouveau-né n'a souffert. Quelque soit le terme ou le type de déclenchement, ils ont tous présenté une bonne adaptation néonatale.

Tout comme la suspicion de macrosomie, l'HAS ne peut encore soumettre des recommandations concernant le retard de croissance intra utérin. Cette indication a été établie une seule fois sur l'ensemble de la population. Le sujet demeure délicat entre le choix de provoquer la naissance avec tous les risques encourus et celui de maintenir la grossesse. Cette pathologie génère aussi peut-être d'avantage de déclenchement avant 37 SA.

Aucune patiente n'a été déclenchée pour antécédent d'accouchement rapide.

Enfin, l'hypertension et la pré-éclampsie concernent un peu plus de 10% de la population étudiée. Contrairement aux recommandations de l'HAS, une partie des patientes a été déclenchée pour hypertension artérielle isolée. Il ne s'agit pourtant pas d'une indication de déclenchement (cf. figure 9). Mais la majorité a été déclenchée pour pré-éclampsie modérée.

1.1.4. Les indications non médicales

Seules 2% des patientes ont été déclenchées dans ce cadre. Par contre, les conditions requises n'étaient réunies pour aucune des deux.

1.2. Comment sont utilisées les différentes méthodes ?

1.2.1. Le décollement des membranes

Nous avons retrouvé seulement 2 dossiers sur l'ensemble de la population mentionnant un décollement des membranes.

Soit il s'agit d'une méthode peu utilisée du fait de son efficacité mitigée et de son aspect douloureux. Soit, cette pratique est effectuée au cours d'un toucher vaginal mais pas toujours notée dans le dossier obstétrical.

L'HAS autorise le décollement des membranes seulement s'il s'agit d'un déclenchement sans raison médicale urgente. Cette condition a été respectée car l'indication dans le cadre où elle a été effectuée était un dépassement de terme.

1.2.2. Les prostaglandines E2

Les prostaglandines ont été utilisées pour un peu plus de la moitié de la population.

L'unique recommandation de l'HAS concernant l'utilisation des prostaglandines est entièrement respectée. En effet, 100% des maturations cervicales étaient sous forme intravaginale. Nous notons une utilisation majeure du gel vaginal par rapport au système de diffusion.

Sur le total des patientes ayant été déclenchées avec cette méthode, 96% présentaient un score de Bishop inférieur à 7. Les prostaglandines ont donc été utilisées à bon escient.

Quant aux résultats, on observe tout d'abord que l'utilisation des prostaglandines (sous forme de gel vaginal ou de système de diffusion) a rarement nécessité deux applications. 92% des patientes ont eu des modifications cervicales. Ce pourcentage nous démontre l'efficacité de cette méthode.

La figure 6 nous montre également que 19% de la population totale n'a pas eu besoin d'ocytocine suite à l'application des prostaglandines. Cette valeur représente une partie non négligeable de la population, soit environ un cinquième.

L'aspect plus négatif de l'utilisation des prostaglandines est relatif aux patientes dont la maturation cervicale a nécessité deux applications. Le délai entre chaque application est de 12 à 24h. Les patientes subissent non seulement la gêne occasionnée par les prostaglandines mais doivent en plus gérer l'attente, aspect assez angoissant.

1.2.3. L'ocytocine

L'ocytocine concerne 81% de la population. Nous allons étudier de plus près la façon dont celle-ci est utilisée. En effet, son usage extrêmement fréquent n'est pas toujours identique selon les professionnels.

La figure 10 représente les trois catégories de ruptures des membranes. La majorité des patientes ont eu une rupture prématurée des membranes ou une rupture spontanée de la poche des eaux. Selon l'HAS, si nous ne sommes pas dans ces deux cas de figure, une amniotomie précoce doit être pratiquée.

La figure 11 montre que celle-ci est pour la plus grande partie de la population effectuée dans l'heure. Certaines amniotomies ont même été pratiquées avant la pose du Syntocinon®. Il y a également un cas où l'amniotomie a été effectuée conjointement au démarrage de la perfusion. Enfin, quatre dossiers révèlent une amniotomie plus tardive, effectuée dans les 4 à 6 heures après la mise en place de l'ocytocine.

Le débit initial de la perfusion d'ocytocine est de 12 ou 15 mL/h pour quasiment l'ensemble de la population (cf. figure 12). A ce niveau, les professionnels sont assez cohérents dans leur façon de faire. Cela dit, nous constatons encore des exceptions présentant un débit initial supérieur à celui recommandé par l'HAS.

Le tableau VI nous présente les différents paliers d'augmentation du débit de la perfusion. Les critères de l'HAS décrivant une augmentation progressive de la dose d'ocytocine sont suivis. Le palier maximum d'augmentation du débit est de 15 ml/h.

Cette augmentation doit être non seulement progressive mais également espacée de 20 à 30 min. Nous observons sur la figure 13 que ce critère est plus difficilement suivi par les professionnels. En effet, nous remarquons déjà une importante disparité au niveau du délai moyen. Il s'étend de 10 minutes à plus de 30 minutes. Ensuite, pour environ un tiers des dossiers, le délai entre deux augmentations du débit est trop court. Or, le Syntocinon® présente un effet maximal au bout de 20 à 40 minutes. Le risque d'aller trop vite est d'aboutir ensuite à une hypertonie utérine. Il s'agit donc d'un critère important à respecter.

La figure 14 représente le débit maximal de la perfusion d'ocytocine atteint pour chaque patiente. Nous remarquons une importante variabilité. Il n'y a pas de valeur dominante. Seuls deux perfusions ont été augmentées à plus de 120 mL/h. L'HAS le permettait en cas de mauvaise dynamique utérine. Ces deux valeurs ne dépassent donc pas la limite fixée par l'HAS.

Le tableau V rend compte du nombre de contractions utérines obtenues sur dix minutes. Pour 32 dossiers, le nombre de contractions est supérieur à trois ou quatre par dix minutes. Pourtant, l'HAS stipule qu'il ne faudrait pas en avoir au delà de cette limite. Elle mentionne d'ailleurs à ce propos la possibilité de diminuer voire d'arrêter la

perfusion. Cela est très peu fait dans la pratique, comme nous pouvons le constater sur le tableau VII. L'ocytocine a tendance à être utilisée de manière trop abusive. A priori, lorsqu'une bonne dynamique utérine est obtenue, le débit de la perfusion de Syntocinon® continu d'être augmenté, sans raison.

1.2.4. La surveillance de ces différentes méthodes

Nous avons retrouvé dans chaque dossier la preuve d'un monitoring effectué selon les recommandations de l'HAS.

1.3. Comment sont prises les décisions ?

1.3.1. Comparaison des prostaglandines et de l'ocytocine

L'ocytocine est largement plus utilisée que les prostaglandines (cf. tableau II). Les prostaglandines restent majoritairement utilisées quand le col est immature. Elles sont appliquées à bon escient.

Pourtant, parmi les patientes ayant juste reçu de l'ocytocine, 57% présentaient un score de Bishop inférieur à 7. Nous pouvons nous demander pourquoi ce pourcentage est si élevé tandis que les statistiques concernant l'utilisation des prostaglandines sont excellentes.

J'ai observé que souvent dans la pratique, les praticiens considéraient un col comme mature lorsque le score de Bishop était supérieur ou égal à 6. Si nous prenons cette valeur de référence, cela diminue de 57 à 24% le nombre de patientes qui auraient dû être maturées avant d'être déclenchées par Syntocinon®. Cela confirme une sous-estimation de la valeur du score de Bishop.

1.3.2. Le score de Bishop est-il correctement évalué ?

Le toucher vaginal est l'examen clinique permettant le calcul du score de Bishop, à partir duquel va être établie la conduite à tenir. Il s'agit d'un examen fondamental devant être effectué dans les règles de l'art. Cinq critères doivent toujours être énoncés lors d'un toucher vaginal : la dilatation, l'effacement, la consistance, la position du col utérin et le positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques.

Cet examen est fait systématiquement, à deux exceptions près où il n'a pas été retrouvé dans les dossiers (cf. tableau I).

Or, seuls 72% des touchers vaginaux comprenaient les 5 critères cités ci-dessus. Autrement dit, un quart des touchers vaginaux étaient incomplets dans les dossiers. Le critère manquant pour la majorité d'entre eux était la consistance du col. Celle-ci est absente de 22% des dossiers.

Nous pouvons nous demander comment, dans des conditions pareilles, est établi le score de Bishop.

Et bien, les répercussions sont sans appel. Seulement 47% des dossiers présentent un score de Bishop clairement inscrit. Plus étonnant, il ne correspond pas toujours à l'examen vaginal correspondant. En effet, sur 47, 12 ont été surnotés et 4 sous-évalués par rapport au toucher vaginal pourtant écrit sur la même page du dossier obstétrical.

1.4. Quel accouchement après un déclenchement ?

Sur 101 naissances, 72 étaient des accouchements normaux par voie basse. Les figures 15, 16 et 17 représentent les indications des césariennes, forceps et ventouses. Nous retrouvons des indications communes telles que l'altération du rythme cardiaque fœtal, la stagnation de la dilatation ou la non progression de la présentation.

Nous notons également quatre césariennes indiquées comme « échec de déclenchement ».

Un des objectifs de ce mémoire était d'évaluer les conséquences du déclenchement sur l'accouchement. Dans cette étude, le pourcentage de césariennes en urgence est de 19%. Celui-ci est donc bien supérieur aux pourcentages respectifs de chaque établissements (9,80% pour l'hôpital Bel Air et 14,18% pour l'hôpital Maternité de Metz).

Dans la première partie, nous avons cité une étude démontrant l'influence de la parité. La figure 20 confirme ces conclusions. La primiparité serait un facteur de risque de césarienne, mais également de forceps et de ventouse.

Au sein de cette population, l'indice de masse corporelle n'a pas influé sur le mode d'accouchement. Des femmes maigres comme des femmes obèses ont été césarisées. (cf. figure 18)

Une étude nous disait qu'avec un Bishop inférieur à 6, le taux de césarienne était multiplié par 3 ou 4. Nous observons le même phénomène pour un Bishop inférieur à 7. (cf. figure 19)

Enfin, les taux de césariennes et d'extractions instrumentales sont proportionnels au nombre de patientes déclenchées pour chaque indications. (cf. figure 21)

Ces informations sont basées sur une population trop faible pour pouvoir en tirer des conclusions générales. Elles permettent simplement d'ouvrir d'autres pistes de réflexions.

2. LES POINTS A AMELIORER

Bien que les résultats de l'enquête soient globalement satisfaisants, ils ne sont néanmoins pas parfaits. Les professionnels fournissent un travail basé sur de solides connaissances, mais celles-ci peuvent toujours être enrichies. Nous allons donc réfléchir dans cette deuxième partie aux différents aspects à améliorer. Nous essayerons de proposer des solutions visant à aboutir à une meilleure pratique du déclenchement artificiel du travail.

2.1. Se perfectionner

2.1.1. Comment mieux définir l'indication de déclenchement

L'indication du dépassement de terme doit absolument être confirmée par la présence dans le dossier obstétrical d'une échographie précoce. Elle est indispensable afin d'éviter des déclenchements pour « faux » terme dépassé. Bien souvent, cet examen est conservé par la patiente au cours de sa grossesse ou lui est rendu à la fin de son hospitalisation.

Afin de pouvoir accéder facilement à cette information, il suffirait de compléter la page du dossier concernant la date du terme. Celle-ci présente différents items comme la date des dernières règles et l'échographie du premier trimestre. Le fait simplement d'entourer ces options permettrait de marquer la certitude du terme auprès des professionnels ayant accès au dossier.

Le dépassement de terme n'est pas une urgence. Un déclenchement immédiat ne présente pas d'intérêts mis à part pour le confort de la patiente. L'information et la communication sont fondamentales. A la consultation du 9^{ème} mois, la patiente doit déjà être préparée à cette option d'arriver au jour du terme et de ne pas avoir accouché. Ces explications permettent un vécu plus serein de la fin de grossesse. En effet, l'ignorance peut générer un stress chez la patiente qui n'a pas lieu d'être.

Cette indication de déclenchement est la seule qui permet une laxité sur la décision du jour du déclenchement. Elle permet d'effectuer l'étape de la maturation cervicale sur un délai de plusieurs jours. Le déclenchement à 41SA + 4 jours est un bon compromis car il laisse 48h pour effectuer la maturation du col, puis éventuellement la mise en place de la perfusion d'ocytocine. Ainsi, les actes ne sont pas effectués dans la précipitation.

Le décollement des membranes n'est quasiment pas utilisé, ou pas noté dans les dossiers. Pourtant, il pourrait être plus sollicité avant de recourir à un autre moyen de déclenchement. Cette pratique réduit l'incidence des grossesses prolongées et devrait être proposée d'avantage aux patientes à partir de 40 SA.

Lors d'une rupture prématurée des membranes, en dehors d'un risque infectieux, la patiente devrait pouvoir choisir entre un déclenchement immédiat ou une attitude d'expectative. Mais, il faut veiller à préciser que le déclenchement immédiat est permis seulement si les conditions locales sont favorables. Cet aspect ne doit pas être omis.

2.1.2. Un déclenchement sans indications médicales : oui, mais dans quelles conditions ?

Bien qu'ils soient peu nombreux, les déclenchements artificiels sans indications médicales présentent des conditions devant être suivies rigoureusement. En effet, l'occupation de la salle d'accouchement par la patiente sera souvent plus longue. Les difficultés liées à l'accouchement sont identiques à celles d'un déclenchement pour raison médicale. Par contre, les familles auront plus tendance à lier ces problèmes au déclenchement proprement dit, d'où la nécessité d'être irréprochables. L'information de la patiente est primordiale. La remise du document d'informations (Annexe V) doit être impérative. La présence d'une copie datée et signée par la patiente dans le dossier confirmerait sa volonté d'être déclenchée.

2.1.3. Le score de Bishop à revoir

Le toucher vaginal est fait, mais pas suffisamment dans l'esprit du déclenchement. Nous ne sommes pas dans le cadre du travail où l'on observe l'évolution du col et de la présentation fœtale. Il s'agit là d'évaluer quelle méthode de déclenchement sera la plus appropriée.

Nous avons vu précédemment l'influence du score de Bishop sur l'accouchement. Les professionnels doivent donc effectuer cet examen de manière rigoureuse. Les sages-femmes doivent également transmettre leur savoir-faire aux étudiantes sages-femmes, en leur imposant la recherche des différents critères nécessaires au calcul du score de Bishop. Le sens clinique est fondamental. De plus, la sage-femme est amenée à réexaminer la patiente le jour prévu du déclenchement, tandis que la méthode a déjà été déterminée la veille. Elle doit donc évaluer si celle-ci est toujours adaptée, et, dans le cas échéant, soumettre ses impressions au médecin référent.

Enfin, des conditions locales sont considérées comme favorables si le score de Bishop est supérieur ou égal à 7 (et non à 6 comme cela l'était avant). Son calcul ne concorde parfois pas avec le toucher vaginal effectué. J'ai observé dans certains dossiers l'utilisation d'un tampon encreur représentant le tableau du score de Bishop. Son utilisation permet d'éviter les erreurs et d'être sûr de ses valeurs. Ce système simple et utile devrait être développé d'avantage.

2.1.4. Comment utiliser au mieux les méthodes de déclenchement ?

Concernant les prostaglandines, il faut penser à prévenir la patiente en amont que parfois plusieurs applications sont nécessaires.

Concernant l'ocytocine, il serait intéressant de faire le point au sein des équipes médicales hospitalières à propos de son utilisation. Les deux aspects essentiels à aborder sont le débit initial de la perfusion et son délai d'augmentation. Souvent, les sages-femmes ont tendance à augmenter rapidement le Syntocinon®, de crainte de ne pas obtenir une bonne dynamique utérine et une stagnation de la dilatation. Or, le risque d'utiliser l'ocytocine ainsi est justement d'obtenir une hypercynésie de fréquence et d'intensité. Des protocoles d'utilisation pourraient également être rédigés.

2.2. S'informer pour pouvoir informer

2.2.1. L'information des professionnels

La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L. 4153-1 du code de la santé publique. Lors de mes stages dans différents centres hospitaliers, les sages-femmes m'ont interrogé à propos du sujet de mon mémoire. Après leur avoir expliqué ma problématique, elles m'avaient alors ignoré le contenu des recommandations de l'HAS. Cela dit, elles étaient toujours demandeuses et me demandaient de le leur expliquer.

Or, pour que les recommandations de l'HAS soient respectées, elles doivent dans un premier temps être connues par les professionnels de santé. J'ai pourtant observé l'accessibilité à ces documents, présents dans les services. Bien souvent, le manque de temps fait passer la lecture de ces informations au second plan. Les articles s'accumulent dans des classeurs, placés dans un coin du service, et sont rarement consultés.

Il faut donc profiter des congrès de gynécologie-obstétrique pour aborder ces recommandations. Les 37èmes Assises Nationales des Sages-femmes à Lille en mai 2009 ont consacré un temps pour aborder justement leurs pratiques concernant le déclenchement artificiel du travail. Ce chapitre a été rédigé avec comme fil conducteur les recommandations de l'HAS. Il s'agit là d'un exemple très intéressant de diffusion des informations.

Des réunions pourraient également être organisées au sein des hôpitaux par les cadres de service afin de permettre une information et, si besoin, d'une remise à jour des protocoles de services.

En tant que professionnels de santé, nous devons surtout apprendre à nous remettre régulièrement en question concernant nos méthodes de travail. Par exemple, nous avons vu que l'utilisation des antibiotiques était correcte et donnait des résultats satisfaisants. Par ailleurs, l'établissement du score de Bishop n'est pas encore au point. Le milieu hospitalier permet un travail en équipe. Cela doit être considéré comme un atout. Chacun doit se donner les moyens d'évoluer et de s'améliorer dans sa prise en charge. Observer, discuter et comparer avec ses collègues les différentes conduites à tenir est toujours bénéfique. Il ne faut pas se contenter de ses acquis. La médecine est une science évoluant à une vitesse considérable, les esprits se doivent d'en faire de même.

2.2.2. L'information de la patiente

Dans les lieux où j'ai mené mon enquête, l'information concernant la décision et les modalités du déclenchement était donnée aux patientes par le médecin à l'oral. Ensuite, la sage-femme du service répondait aux éventuelles questions de la patiente au cours de la journée. L'information devrait utiliser un support écrit. L'HAS propose dans ses recommandations un modèle de fiche d'information destinée aux femmes enceintes (Annexes IV et V). Elle définit le déclenchement, explique quand il peut être envisagé et surtout donne des informations concernant son déroulement. Ce document n'est pas exhaustif et souligne la présence du médecin ou de la sage-femme pour répondre aux interrogations supplémentaires. L'HAS précise que la date de la remise de cette note d'information doit être notée dans le dossier obstétrical de la patiente.

Le fait d'informer la patiente correctement, de la prévenir des différentes options possibles, etc., va considérablement l'aider dans son vécu de l'accouchement. Pour la mère, l'enfant ne vient pas au monde naturellement mais c'est la médecine qui va le faire naître. Le mystère entourant la mise en travail spontanée disparaît. Il s'agit parfois d'une déception pour les femmes et c'est à nous d'essayer de recréer une ambiance satisfaisante et sereine pour les patientes. Nous devons faire notre possible pour ne pas générer un stress ou des inquiétudes inutiles chez elles.

Une information en amont est fondamentale. Je pense notamment aux séances de la préparation à la naissance où la notion de déclenchement artificiel du travail doit être abordée de façon à préparer la future mère. Le but est de dédramatiser cet acte. Souvent, les femmes se demandent pourquoi elles n'ont pas accouché au delà de la date du terme prévu. Le comportement de la sage-femme joue un rôle important. En effet, j'ai observé que pour certaines patientes, le toucher vaginal était vécu comme un verdict et le déclenchement comme une sentence. Il faut ôter de ces femmes toute forme de culpabilité.

Dans les forums sur internet, des conseils sont donnés tels que marcher, faire le ménage, etc. Certaines d'entre elles se persuadent qu'en suivant ces principes à la lettre, elles vont finir par se mettre en travail naturellement. La sage-femme doit aider la patiente à se déculpabiliser et à positiver les choses. Le fait par exemple d'avoir rendez-vous, d'avoir le temps de se préparer chez elle avant d'arriver à la maternité, de se faire belle pour son enfant, etc. Ces points doivent être accentués au dépend de l'accouchement spontané imaginé par la patiente.

Conclusion

La première conclusion de ce mémoire est le respect majeur des recommandations de l'HAS, même s'il existe toujours quelques exceptions à la règle.

La prise de décision de déclencher artificiellement le travail est justifiée pour la plupart d'une indication médicale. Nous n'avons pas constaté de déclenchements abusifs.

D'ailleurs, lorsque le degré d'urgence le permet, les patientes bénéficient d'une expectative pour se mettre en travail spontanément. Toutes les chances sont mises de leur côté pour favoriser un accouchement le plus physiologique possible.

Si malgré tout, cette dernière solution n'aboutit pas, l'essentiel est ensuite d'adapter au mieux notre conduite à tenir à la patiente. Des progrès peuvent encore être faits à ce niveau. Les professionnels se doivent de s'informer et de se tenir à jour des nouvelles recommandations afin de pouvoir travailler dans les meilleures conditions. Le sens clinique est également indispensable, mais seulement s'il est utilisé de manière rigoureuse et précise.

Enfin, par rapport à la patiente, bien accompagner, c'est avant tout bien informer. Il faut multiplier les informations orales et écrites, aussi bien en amont en préparation à la naissance ou la veille du déclenchement. Le fait ne serait-ce qu'aborder cette possibilité du déclenchement au cours de la grossesse permettrait sans doute aux patientes de mieux vivre leur début de travail.

Si nous voulons changer notre pratique et la faire évoluer, il est indispensable de se remettre en questions. Profitons du travail en équipe pour apprendre les uns des autres.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- CESBRON P. *Induction du travail aux alentours du terme, transgression ou progrès sanitaire ?* Les dossiers de l'obstétrique, 1996, n°236, pp. 12-16.
- 2- CNGOF. *Conférence de consensus. Le déclenchement de l'accouchement*, Paris, 29 et 30 novembre 1995. Les dossiers de l'obstétrique, 1996, n°236, pp. 11.
- 3- UZAN M., CARBILLON L. *Le déclenchement du travail en 1998*. Journal de Gynécologie Obstétrique, 1998, n°389, pp. 14-15.
- 4- HAS. *Recommandations professionnelles : déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée*. Avril 2008. Disponible sur www.has-sante.fr (consulté le 10.03.2010).
- 5- CNGOF. *Recommandations pour la pratique clinique*. Disponible sur <http://www.cngof.asso.fr> (consulté le 25.12.2009).
- 6- D'ERCOLE C., BRETELLE F., PIECHON L. *Le déclenchement opportuniste du travail*. Les dossiers de l'obstétrique, 1996, n°243, pp. 17-30.
- 7- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J. *Précis d'obstétrique*. 6^{ème} édition. Paris : Masson Editeur, 2001, 598p.
- 8- PERINATALITE Site officiel, *Pré-éclampsie et HTA gravidique*. Disponible sur <http://www.perinat-france.org/> (consulté le 10.03.2010).
- 9- RAYR C. *Accouchement : et pourquoi pas la programmation systématique ?* Journal de Gynécologie Obstétrique, 1995, n°336, pp. 8-9.
- 10- POITEL B. *Programmation de l'accouchement : les sirènes de la toute puissance*. Les dossiers de l'obstétrique, 2003, n°316, pp. 10-15.
- 11- THOMAS F. *Le décollement des membranes à partir de 37 SA. Élaboration de recommandations. Enquête de pratiques en Alsace*. La revue sage-femme, 2004, vol. 3, n°6, pp. 256-260.
- 12- GOFFINET F., DREYFUS M., CARBONNE B. et al. *Enquête des pratiques de maturation du col et de déclenchement du travail en France*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2003, n°32, pp. 638-646.
- 13- VIDAL. *Le dictionnaire*. Vidal Editions, 2008.

- 14- SENTILHES L. *Comment diminuer le taux de césariennes ?*
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008, vol. 37, pp. 10-12.
- 15- DUQUESNE C. *Le score de Bishop : étude de sa valeur prédictive.*
La Revue Sage-femme, 2004, n°4, pp. 157-162.
- 16- ROZENBERG P., CHEVRET S., VILLE Y. *Comparaison du score de Bishop et de la mesure échographique de la longueur du col dans la prédiction du risque de césarienne avant maturation du col par prostaglandines.* Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2005, n°33, pp. 17-22.
- 17- NGUYEN F. *Participation de la sage-femme au déclenchement artificiel du travail.* 37^{èmes} Assises Nationales des Sages-Femmes, 13, 14 et 15 mai 2009, Lille. Compte-rendu scientifique, 2009, 164p.
- 18- TARDIF D., DESSOLLE L., MADELENAT P. *Maturation cervicale pour le déclenchement du travail.* La revue du praticien, 1999, n°49, pp. 146-150.
- 19- TIBI N., BIZIMUNGU J., BERARDI J.-C. *Consommation d'ocytociques et durée du travail sous analgésie péridurale ambulatoire.* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2001, vol. 30, pp. 674-679.
- 20- FREUND-MERCIER M.-J. *Ocytocine et douleur.* Douleurs, 2007, n°8, pp. 57-63.
- 21- RAYR C. *Déclencher l'accouchement ?*
Journal de Gynécologie Obstétrique, 1996, n°346, pp. 4-5.
- 22- MANOUZI C., PROVENSAL M., MENARD J.-P. et al. *Utilisation du dispositif Propess® dans le déclenchement artificiel du travail : efficacité et innocuité.* Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2006, n°34, pp. 489-492.
- 23- GOFFINET F., HUMBERT R., CLERSON P. et al. *Enquête de pratique nationale auprès des obstétriciens sur le déclenchement artificiel du travail.* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 1999, n°28, pp. 319-329.
- 24- PANEL P., BASCOU V., MAGNIN G. et al. *Maturation cervicale par applications itératives de gel de prostaglandines E2.* Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 1997, n°26, pp. 386-394.

ANNEXE I

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS **PROFESSIONNELLES CONCERNANT LE** **DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL** **APRES 37 SA**

Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée

Avril 2008

Déclenchement pour indications médicales

Dépassement du terme

La réalisation d'une échographie du premier trimestre à 11 – 13 semaines d'aménorrhée (SA) permet une détermination précise du terme à partir de la mesure de la longueur crânio-caudale du fœtus. Sa pratique systématique contribue à réduire la fréquence des termes considérés à tort comme dépassés.

Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme.

On peut recommander le schéma suivant, les dates étant données à plus ou moins 1 jour :

- Si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, il est recommandé d'initier une surveillance fœtale toutes les 48 heures.
- En l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, il est recommandé de réaliser un déclenchement, éventuellement précédé d'une maturation cervicale par prostaglandines.
- Il est possible de réaliser un déclenchement à partir de 41 SA + 0 jour, à condition que le col soit favorable, et d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord. Cette attitude peut être motivée par une impossibilité de surveillance régulière, une demande de la femme enceinte ou une nécessité d'organisation des soins.

Rupture prématurée des membranes

En cas de rupture prématurée des membranes confirmée, la conduite à tenir doit prendre en compte le risque infectieux qui augmente avec la durée de l'exposition.

Si les conditions cervicales sont favorables, un déclenchement immédiat peut être envisagé à condition d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord.

Le délai d'expectative, sauf exception, ne devrait pas excéder 48 heures.

Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12 heures, il est recommandé de mettre la femme enceinte sous antibioprofylaxie.

En cas de portage de streptocoques B, il est recommandé de débiter immédiatement une antibioprofylaxie adaptée.

Diabète

La conduite à tenir en cas de diabète insulino-dépendant relève d'une décision pluridisciplinaire au cas par cas. Si le diabète est mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de ne pas dépasser 38 SA + 6 jours.

En cas de diabète gestationnel bien équilibré et sans retentissement fœtal, il n'y a pas d'argument qui justifie une conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale.

Grossesses gémellaires	Dans les grossesses gémellaires, la mortalité périnatale est augmentée après 39 SA. Bien que les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur l'intérêt d'un déclenchement systématique en cas de grossesse gémellaire non compliquée, il est recommandé de ne pas dépasser 39 SA + 6 jours.
Suspicion de macrosomie fœtale	Les données actuelles ne permettent pas d'affirmer que le déclenchement artificiel du travail chez une femme non diabétique, avec suspicion de macrosomie fœtale, contribue à réduire la morbidité maternelle et néonatale.
Retard de croissance intra-utérin	On ne dispose pas de suffisamment de données permettant de formuler une appréciation sur les avantages ou les risques du déclenchement artificiel du travail, en cas de retard de croissance intra-utérin à terme. L'arrêt de croissance est une situation à haut risque périnatal qui doit conduire à provoquer la naissance (déclenchement ou césarienne) après concertation avec le pédiatre de la structure.
Antécédent d'accouchement rapide	Un antécédent d'accouchement rapide (< 2 heures) peut être une indication de déclenchement du travail à partir de 39 SA si le col est favorable. Le déclenchement du travail sera décidé en fonction des souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.
Hypertension artérielle et pré-éclampsie	L'hypertension artérielle isolée, sans signes fonctionnels, de même que l'hyperuricémie ou la protéinurie isolées, ne constituent pas une indication de déclenchement du travail ; une surveillance est cependant nécessaire. La pré-éclampsie doit conduire à provoquer la naissance de l'enfant (déclenchement ou césarienne).

Déclenchement pour indications non médicales

Un déclenchement pour une indication non médicale ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- utérus non cicatriciel ;
- terme précis ;
- à partir de 39 SA + 0 jours (273 jours) ;
- col favorable : score de Bishop ≥ 7 ;
- demande ou accord de la patiente, et information des modalités et des risques potentiels (cf. *note d'information destinée aux patientes*).

Méthodes de déclenchement

Décollement des membranes	<p>Un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé.</p> <p>Au moment où il est proposé, la patiente doit être informée du fait que le décollement de membranes n'est pas associé à une augmentation d'infections maternelles et néonatales, mais que cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement de l'accouchement, qu'elle peut être douloureuse et entraîner une fréquence plus grande de saignements lors des touchers vaginaux.</p>
Ocytocine	<p>En cas de perfusion d'ocytocine chez une femme enceinte ayant des membranes intactes, une amniotomie sera pratiquée dès que possible.</p> <p>En cas de déclenchement par ocytocine, il est recommandé d'employer le protocole suivant :</p> <ul style="list-style-type: none">• commencer par 2,5 milli-unités par minute ;• augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 minutes. <p>Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum trois à quatre contractions par dix minutes.</p> <p>Une bonne dynamique utérine peut être obtenue avec une perfusion de 12 milli-unités par minute.</p> <p>La dose maximum recommandée d'ocytocine est de 20 milli-unités par minute. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 milli-unités par minute.</p> <p>Après avoir obtenu une bonne dynamique utérine et des contractions régulières, on peut diminuer le débit de la perfusion d'ocytocine ou même arrêter celle-ci.</p> <p>Les protocoles utilisant l'ocytocine dans le déclenchement devront :</p> <ul style="list-style-type: none">• spécifier la dose d'ocytocine administrée (en milli-unités par minute) plutôt que le volume du liquide -perfusé (en millilitres par minute) ;• administrer l'ocytocine à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve antireflux ou d'une seringue électrique avec valve antireflux.
Prostaglandines E2	<p>Le déclenchement par les prostaglandines E2 doit privilégier la forme intravaginale, car, à efficacité égale, cette voie d'administration se montre moins agressive que la forme intracervicale.</p>
Comparaison ocytocine/ prostaglandines E2	<p>L'utilisation des prostaglandines E2 est préférable à l'utilisation de l'ocytocine pour le déclenchement du travail quand le col est immature. Les deux méthodes peuvent être employées quand le col est mature.</p> <p>L'état des membranes n'a pas d'incidence sur le choix de la méthode de déclenchement.</p>
Autres méthodes de déclenchement du travail	<p>Le misoprostol (prostaglandine E1) et la mifépristone n'ont pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail. L'utilisation de la sonde de Foley n'est pas recommandée en routine dans le déclenchement artificiel du travail. Les données disponibles ne permettent pas de conclure sur l'intérêt de l'utilisation de l'acupuncture ou l'homéopathie pour induire le travail.</p>

Surveillance du déclenchement du travail

Monitoring	<p>Pour tout déclenchement</p> <ul style="list-style-type: none">avant de procéder à un déclenchement, il faut s'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et au monitoring de la fréquence cardiaque fœtale et de la contractilité utérine ;un monitoring fœtal doit être réalisé immédiatement avant le déclenchement ;si l'ocytocine est utilisée pour initier le travail, un monitoring fœtal électronique continu doit être mis en place ;en cas de déclenchement par les prostaglandines E2 en application vaginale, un monitoring fœtal continu doit être réalisé pendant au moins 2 heures. En l'absence d'anomalie, le monitoring peut être ensuite intermittent jusqu'à début du travail. <p>En cas d'hypertonie</p> <ul style="list-style-type: none">sous perfusion d'ocytocine, la survenue d'une hypercontractilité utérine, associée à un tracé cardiotocographie pathologique, doit faire interrompre la perfusion ;en présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et d'hypercontractilité utérine sans relation avec la perfusion d'ocytocine, une tocolyse peut être envisagée.
Lieu de réalisation	Le déclenchement artificiel du travail, quelle que soit la méthode, doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne.

Cas particuliers : grossesses à risque

Présentation du siège	La présentation du siège n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail en cas de bonnes conditions obstétricales.
Grande multiparité	Chez les grandes multipares (≥ 5 accouchements antérieurs), le déclenchement du travail par l'ocytocine peut être associé à une augmentation du risque de rupture utérine. Cependant, la grande multiparité n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail, sous réserve d'une indication médicale, d'une information appropriée de la femme enceinte et d'une utilisation prudente de l'ocytocine.
Utérus cicatriciel	Un déclenchement artificiel du travail, pour une indication maternelle ou fœtale, peut s'avérer nécessaire chez une femme ayant un utérus cicatriciel. Le déclenchement artificiel du travail reste une option raisonnable, mais le risque potentiel de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. En sélectionnant des patientes ayant une forte probabilité d'accouchement par voie basse et en évitant d'utiliser les prostaglandines, on peut minimiser le risque de rupture utérine.

ANNEXE II

EVALUATION DE LA MATURATION DU COL SELON LE SCORE DE BISHOP

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	fermé	1 – 2 cm	3 – 4 cm	≥ 5 cm
Effacement du col utérin	0 – 30 %	40 – 50 %	60 – 70 %	> 80 %
Consistance du col utérin	ferme	moyenne	molle	
Position du col utérin	postérieure	centrale	antérieure	
Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	mobile (3 cm au-dessus)	amorcée (2cm au-dessus)	fixée (< 1 cm au-dessus)	engagé (1 – 2 cm au-dessus)

ANNEXE III

OUTIL D'ETUDE

DOSSIER N°

Etiologie

- Déclenchement avec indications médicales
- Dépassement du terme
 - Rupture prématurée des membranes
 - Diabète
 - Grossesse gémellaire
 - Suspicion de macrosomie fœtale
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Antécédent d'accouchement rapide
 - Hypertension artérielle et pré-éclampsie
- Déclenchement pour indications non médicale

Méthodes utilisées

- Décollement des membranes
- Maturation cervicale par prostaglandines E2 intracervicale
- Maturation cervicale par prostaglandines E2 intravaginale
- Ocytocine et amniotomie

- Ageans
- Parité Ip Xp
- Utérus cicatriciel oui non
- TermeSA +jours
- déterminé par la date des dernières règles oui non
 - confirmé par une échographie faite entre 11 et 13SA oui non
- Hauteur utérinecm
- IMC avant la grossesse
- Score de Bishop dans le dossier

Toucher vaginal à l'admission :

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	<input type="checkbox"/> fermé	<input type="checkbox"/> 1-2cm	<input type="checkbox"/> 3-4cm	<input type="checkbox"/> ≥5
Effacement du col utérin	<input type="checkbox"/> 0-30%	<input type="checkbox"/> 40-50%	<input type="checkbox"/> 60-70%	<input type="checkbox"/> >80%
Consistance du col utérin	<input type="checkbox"/> ferme	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> molle	
Position du col utérin	<input type="checkbox"/> postérieure	<input type="checkbox"/> centrale	<input type="checkbox"/> antérieure	
Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	<input type="checkbox"/> mobile (3cm au dessus)	<input type="checkbox"/> amorcée (2cm au dessus)	<input type="checkbox"/> fixée (<1cm au dessus)	<input type="checkbox"/> engagé (1-2cm au dessous)

Déclenchement pour indications médicales

- Dépassement du terme

Nombre de consultations entre 41SA et l'accouchement

.....

Terme du déclenchement

41SA + jrs

- Rupture prématurée des membranes

Déclenchement avec consentement éclairé de la patiente

oui

non

Si non, délai d'expectative

.....

ATBprophylaxie mise en place 12h après la RPM

oui

non

Si Strepto B, ATBprophylaxie immédiate

oui

non

- Diabète

Diabète de type 1

Diabète de type 2

Diabète gestationnel : -sous régime

-insulino requérant

Retentissement fœtal

oui

non

Grossesses gémellaires

Type : -monochoriale/monoamniotique

-monochoriale/biamniotique

-bichoriale/biamniotique

Terme

<39SA

≥39SA

Syndrome transfuseur-transfusé

- Suspicion de macrosomie fœtale

HU>33cm

oui

non

Prise de poids maternelle >15kg

oui

non

Périmètre abdo et/ou biométrie >90^{ème} percentile

oui

non

Estimation du poids fœtal >90^{ème} percentile

oui

non

Accélération de la vitesse de croissance

oui

non

- Restriction de croissance intra-utérine

Périmètre abdo et/ou biométrie <10^{ème} percentile oui non
 Estimation du poids fœtal <10^{ème} percentile oui non
 Diminution de la vitesse de croissance oui non

- Antécédent d'accouchement rapide

<2h oui non
 Bishop ≥ 7 oui non
 Terme >39SA oui non
 Vit seule oui non
 Domicile éloigné oui non

- Hypertension artérielle et pré-éclampsie

HTA isolée
 PE modérée
 PE sévère

Déclenchement pour indications non médicales

Utérus non cicatriciel oui non
 Terme précis = échographie faite entre 11 et 13SA oui non
 Au delà de 39SA oui non
 Col favorable oui non
 Information et accord de la patiente notée dans le dossier oui non

Les méthodes de déclenchement

- Maturation cervicale par Pg E2 intracervicale

Nombre d'applications 1 2 3
 Temps écoulé entre chaque application 12h 24h
 Modifications cervicales oui non

- Maturation cervicale par Pg E2 intravaginale

Gel vaginal
 Système de diffusion
 Nombre d'applications 1 2 3
 Temps écoulé entre chaque application 12h 24h
 Modifications cervicales oui non

- Ocytocine et amniotomie

Déclenchement sur membranes intactes
 Déclenchement sur rupture prématurée des membranes
 Déclenchement avec rupture spontanée de la poche des eaux
 Déclenchement avec rupture artificielle de la poche des eaux
 Délai moyen d'augmentation du débit entre chaque dose : 5min
 10min
 15min
 20min
 25min
 30min

Débit initialmL/h
Débit augmenté par paliers demL/h
Débit maximal atteintmL/h
Dynamique utérineCU/10min
Augmentation du débit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diminution du débit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Arrêt de la perf	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hypertonie utérine	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Temps écoulé entre le début du Synto et l'amniotomie :h.....min

Les conditions et aboutissements du déclenchement

- **Monitoring fœtal**

Immédiatement avant le déclenchement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Mis en place en continu si utilisation Synto	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Au moins 2h si utilisation Pg E2	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

- **Le travail**

Mise en place d'une analgésie péridurale	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Liquide amniotique teinté	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Contractions utérines régulières et efficaces	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Dilatation complète	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Engagement de la présentation :		
-partie haute	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-partie moyenne	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-partie basse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

- **L'accouchement**

Accouchement normal par voie basse	<input type="checkbox"/>
Forceps	<input type="checkbox"/>
Ventouse	<input type="checkbox"/>
Césarienne	<input type="checkbox"/>
Indication de l'extraction :	

- **Les modalités de la délivrance**

Délivrance spontanée	<input type="checkbox"/>
Délivrance dirigée	<input type="checkbox"/>
Délivrance artificielle	<input type="checkbox"/>
Révision utérine	<input type="checkbox"/>

- **Le nouveau-né**

Poidsg
Score d'Apgar à 1min
à 5min
Réanimation immédiate	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
pH au cordon	<input type="checkbox"/> >7,20
	<input type="checkbox"/> entre 7 et 7,20
	<input type="checkbox"/> <7

ANNEXE IV

PROPOSITION DE FICHE D'INFORMATION

DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES CONCERNANT LE DECLENCHEMENT
ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT AVEC INDICATION MEDICALE

Madame,

Un déclenchement artificiel du travail est envisagé pour votre accouchement à la suite d'une proposition du médecin qui vous suit.

Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement.

La présente fiche a pour but d'accompagner les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme en ce qui concerne les principes, les avantages et les inconvénients du déclenchement.

Quand un déclenchement artificiel de l'accouchement peut-il être envisagé ?

Le déclenchement artificiel du travail vous a été proposé pour une raison médicale, liée à votre état de santé et/ou à celui de votre enfant, des précisions vous ont été apportées par l'équipe médicale.

Même si votre grossesse est normale, deux situations peuvent conduire à envisager un déclenchement : grossesse prolongée (dépassement de terme) et rupture prématurée de la poche des eaux. S'il s'agit d'une autre indication, elle vous a été expliquée oralement.

Le dépassement de terme peut constituer dans quelques cas un risque pour l'enfant. C'est pour cette raison que, si vous n'avez pas accouché à la date prévue du terme, on vous a proposé une surveillance régulière et éventuellement un déclenchement. En l'absence d'anomalies, il n'y a pas d'indication formelle à déclencher le travail, tant que la date prévue du terme n'est pas dépassée d'au moins 6 jours.

La rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail peut parfois entraîner une infection chez l'enfant. Pour cette raison, un déclenchement artificiel du travail est habituellement proposé après un certain temps d'attente sous antibiotiques ; il est généralement déconseillé d'attendre plus de 2 jours.

Comment se passe un déclenchement artificiel de l'accouchement ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes, l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines et la perfusion d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux. Ces deux méthodes peuvent être employées seules ou successivement. De plus, le décollement des membranes pratiqué au cours d'un toucher vaginal en introduisant un doigt à l'intérieur du col peut entraîner des contractions qui suffisent

parfois à déclencher le travail ; c'est une manœuvre qui peut être douloureuse et provoquer des saignements.

Si le col est fermé, on fera une application de prostaglandines par voie vaginale. Dans certains cas, une deuxième application sera nécessaire.

La pratique du déclenchement entraîne, dès le début du travail, la nécessité d'un monitoring fœtal continu, et généralement des contractions de forte intensité qui peuvent être plus douloureuses qu'un début de travail spontané. En attendant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale si vous le souhaitez, d'autres moyens antidouleur pourront vous être proposés.

Dans l'accouchement déclenché, comme dans l'accouchement spontané, il peut se produire des contractions excessives de l'utérus ou un arrêt de la dilatation du col qui nécessite une césarienne. Ces complications sont un peu plus fréquentes lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

Cette fiche d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme toutes les questions que vous souhaitez.

ANNEXE V

PROPOSITION DE FICHE D'INFORMATION

DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES CONCERNANT LE DECLENCHEMENT
ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT SANS INDICATION MEDICALE

Madame,

Un déclenchement artificiel du travail est envisagé pour votre accouchement, à votre demande.

Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement.

La présente fiche a pour but d'accompagner les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme en ce qui concerne les principes, les avantages et les inconvénients du déclenchement. Cette information a pour objectif de vous permettre de prendre une décision éclairée concernant les modalités de votre accouchement.

Quand un déclenchement artificiel de l'accouchement peut-il être envisagé ?

En cas de grossesse normale, lorsqu'il n'y a pas de raison médicale, pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » encore appelé « accouchement programmé » peut être envisagé.

Ce type de déclenchement ne peut être pratiqué qu'en fin de grossesse (à partir de 39 semaines, soit environ 8 mois et demi) et si le col est favorable (ramolli et un peu ouvert).

Si vous avez demandé un déclenchement de convenance, vous pouvez changer d'avis tant que le déclenchement n'est pas commencé. Il peut arriver que l'équipe médicale ne puisse pas pratiquer le déclenchement parce que toutes les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies.

Comment se passe un déclenchement artificiel de l'accouchement ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes, l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines et la perfusion d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux. Ces deux méthodes peuvent être employées seules ou successivement. De plus, le décollement des membranes pratiqué au cours d'un toucher vaginal en introduisant un doigt à l'intérieur du col peut entraîner des contractions qui suffisent parfois à déclencher le travail ; c'est une manœuvre qui peut être douloureuse et provoquer des saignements.

Dans le cas d'un déclenchement de convenance, les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi) et un col de l'utérus favorable (ramolli et déjà un peu ouvert).

La pratique du déclenchement entraîne, dès le début du travail, la nécessité d'un monitoring fœtal continu, et généralement des contractions de forte intensité qui peuvent être plus douloureuses qu'un début de travail spontané. En attendant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale si vous le souhaitez, d'autres moyens antidouleur pourront vous être proposés.

Dans l'accouchement déclenché, comme dans l'accouchement spontané, il peut se produire des contractions excessives de l'utérus ou un arrêt de la dilatation du col qui nécessite une césarienne. Ces complications sont un peu plus fréquentes lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

Cette fiche d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme toutes les questions que vous souhaitez.

RESUME

Chaque femme enceinte s'imagine le moment où elle va perdre les eaux, peut-être en pleine nuit, et arriver à la maternité anxieuse mais heureuse et impatiente de donner la vie.

Parmi elles, certaines vont être privées de ce moment exceptionnel et vont devoir se contenter d'un déclenchement artificiel du travail, beaucoup plus cartésien et médicalisé à l'extrême.

Cette déception est-elle justifiée par une indication médicale ? Le déclenchement n'est-il pas en train de se banaliser ? Comment faire, en tant que professionnels de santé, médecins et sages-femmes, pour essayer de recréer autour de cette naissance un environnement le plus agréable possible ?

Nous allons étudier ces différents points au cours de ce mémoire. Après avoir pris connaissance des recommandations actuelles concernant le déclenchement artificiel du travail, nous plongerons dans le concret afin d'évaluer les protocoles mis en place au sein des services. Ainsi, nous nous rendrons compte que oui, les déclenchements sont effectivement prescrits à juste titre. Par contre, nous prendrons conscience que la pratique n'est pas encore parfaite. Chacun peut toujours s'améliorer dans les domaines techniques ou relationnels.