

**ECOLE DE SAGES-FEMMES
HOPITAL DU CLUZEAU
23, avenue Dominique Larrey
87042 LIMOGES CEDEX**

UFR de MEDECINE DE LIMOGES

**L'INFORMATION ECRITE CONCERNANT LE DECLENCHEMENT
ARTIFICIEL DU TRAVAIL A L'HOPITAL MERE-ENFANT DE LIMOGES**

**MEMOIRE DE FIN D'ETUDE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE
SAGE-FEMME**

PRESENTE PAR

BELOTTI Amandine

Née le 07/11/1987 à Dreux

Maitre de mémoire : V. FOURGEAUD

Promotion 2007-2011

INTRODUCTION

En France, près d'un accouchement sur cinq est déclenché (AUDIPOG, 2004) (1). Ce pourcentage s'élève à 24 % à l'hôpital mère-enfant sur l'année 2009 ce qui constitue une part importante des accouchements à Limoges.

Par ailleurs, le devoir d'information du patient fait partie des obligations du personnel médical retranscrites dans le code de la santé publique, le code civil et le code de déontologie médicale des médecins et des sages-femmes. L'information des patientes concernant le déclenchement artificiel du travail est actuellement faite oralement par les sages-femmes et les médecins lors des consultations de grossesse à l'hôpital mère-enfant.

Néanmoins, la Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) ont élaboré suite aux recommandations professionnelles sur le déclenchement artificiel après 37 semaines d'aménorrhée, une fiche d'informations sur le déclenchement artificiel du travail destinée aux patientes. (2)

De plus, face à l'augmentation de l'activité en salle de travail, certaines maternités essentiellement parisiennes offrent aux femmes la possibilité de programmer le déclenchement de leur accouchement lorsque les conditions sont favorables. Cela permettrait d'améliorer la répartition du travail en salle de naissance, pour une meilleure prise en charge des couples mères-enfants.

De multiples interrogations surviennent concernant la pratique du déclenchement artificiel du travail. Quel est l'impact psychologique sur les femmes à l'annonce du déclenchement ? Sont-elles suffisamment informées des principes et méthodes de déclenchement qui existent ? Quelles seraient leurs réponses face à une proposition éventuelle de déclenchement artificiel du travail dans des conditions obstétricales favorables ?

C'est pourquoi, devant ces interrogations et l'existence de cette fiche d'informations, nous avons choisi de nous intéresser à cette problématique.

Se préoccuper de l'information concernant le déclenchement artificiel du travail peut permettre de répondre à l'une des obligations du personnel soignant et ainsi, améliorer la prise en charge des femmes.

D'autre part, aucune étude jusqu'ici ne s'est intéressée à l'évaluation d'une fiche d'informations sur le déclenchement artificiel du travail.

Nous étudierons dans une première partie la présentation du problème de la recherche concernant le déclenchement artificiel du travail et le devoir d'informations ; ensuite dans un deuxième moment, nous développerons l'étude et la mise en place du protocole de recherche. Nous poursuivrons par l'analyse puis la discussion des résultats de l'étude.

PREMIERE PARTIE : LE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL ET LE DEVOIR D'INFORMATIONS

Nous étudierons dans la première partie de ce travail deux notions importantes et indissociables pour notre problématique : d'une part le déclenchement artificiel du travail ; d'autre part le devoir d'information du personnel soignant envers les patientes.

1. DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL A TERME

1.1. Quelques définitions (2)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), « **le déclenchement artificiel du travail** se définit comme une intervention médicale destinée à induire de manière artificielle des contractions utérines qui provoquent l'effacement progressif et la dilatation du col utérin et aboutissent à la naissance du bébé ».

L'âge gestationnel est défini en semaines d'aménorrhée révolues (SAR). Ainsi, on considère comme grossesse à terme toute grossesse de 37 à 41 SAR. Le terme théorique correspond à 41 SAR et on parle de terme dépassé à partir de 42 semaines. Lorsqu'un âge gestationnel est exprimé en semaines (par exemple 41 SAR), il correspond à la période de 7 jours qui commence au début de la semaine considérée (41 SA + 0 à 41 SA + 6 jours). Chaque fois qu'il sera nécessaire de parler en jours, la précision sera ajoutée.

La parité correspond au nombre d'accouchements antérieurs. Avant d'accoucher pour la première fois, la patiente sera alors appelée nullipare et ne devra donc être appelée primipare qu'après son accouchement. Le terme de multipare regroupe toutes les femmes qui ont déjà accouché au moins deux fois.

1.2. Chiffres principaux (2)

Peu de sources de données permettent d'évaluer la place du déclenchement en France. La plupart des études s'intéressent soit à la comparaison des différentes techniques de déclenchement soit aux résultats obtenus dans des indications particulières.

1.2.1. Enquêtes nationales

En 1981, une enquête nationale a été conduite et fournissait des indicateurs de santé périnatale. Cette enquête a été réalisée sur la base d'un échantillon de naissances constitué par tirage au sort des maternités publiques et privées, et par tirage au sort des accouchements.

À partir de 1994, le plan périnatalité a mis en place un système d'informations fondé sur la réalisation d'enquêtes nationales périnatales à intervalles réguliers (tous les 3 à 5 ans).

Depuis, trois enquêtes nationales périnatales ont été réalisées (1995, 1998 et 2003) afin de suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé et de pratiques médicales. Ces enquêtes portaient sur la totalité des naissances des enfants, nés vivants ou mort-nés, survenues pendant une semaine, dans les maternités publiques et privées.

Les informations ont été recueillies *a posteriori* à partir du dossier médical et par un entretien auprès des femmes en suites de couches.

Les enquêtes nationales périnatales indiquaient, à intervalles réguliers, l'évolution du taux de déclenchement à l'échelle nationale. Elles renseignaient également sur les facteurs de variation du taux global de déclenchement, mais pas sur son indication.

Résultats des enquêtes nationales :

Les enquêtes périnatales nationales réalisées en France renseignaient sur le taux de déclenchement global en France métropolitaine et dans les DOM.

La proportion d'accouchements déclenchés est restée stable depuis 1995 après avoir doublé entre 1981 et 1995 ($p < 0,001$). La faible diminution en 2003 n'est pas statistiquement significative (Intervalle de confiance (IC) à 95 % pour la France métropolitaine [19,1 – 20,4]).

Évolution du taux de déclenchement global en France selon les enquêtes périnatales nationales :

	Echantillon (Nombre d'enfants inclus)	Taux de déclenchement global en France métropolitaine
Enquête 1981	5 568	10,4 %
Enquête 1995	13 037	20,5 %
Enquête 1998	14 325	20,3 %
Enquête 2003	15 378	19,7 %

1.2.2. Enquêtes de pratiques professionnelles

Deux enquêtes de pratique nationale ont été réalisées en 1997 et 2000-2001.

L'enquête de pratique, conduite en 1997, a été réalisée auprès d'un échantillon de gynécologues-obstétriciens ($n = 997$), et avait pour objectif de décrire et d'analyser les facteurs de variations des pratiques de déclenchement artificiel du travail observé. Au total,

400 médecins ont répondu à l'enquête grâce à un questionnaire qui portait sur leur activité, les méthodes et les indications du déclenchement artificiel du travail.

L'enquête sur la pratique de la maturation du col et de déclenchement du travail conduite en 2000-2001 est une enquête prospective d'observations réalisée sur 1 192 cas consécutifs de déclenchement au sein des maternités participantes.

Le tirage au sort des maternités a été réalisé à partir d'une liste éditée par le ministère, et a été stratifiée en fonction de la taille de la maternité, de son type et de sa région. Au final, 38 maternités ont participé à l'étude.

Des informations médicales et sociodémographiques, relatives au médecin et à la patiente, ont été recueillies pendant deux mois pour toutes les patientes pour lesquelles il avait été décidé de déclencher le travail. L'étude renseignait sur les indications médicales et non médicales du déclenchement du travail. Elle apportait également des informations sur les facteurs de variation de la fréquence du déclenchement du travail et sur la satisfaction des accouchées.

L'intérêt de cette étude était de décrire les pratiques de déclenchement en termes d'indications et d'analyser les résultats selon la région, le statut de l'établissement et le nombre d'accouchements réalisés par an.

Résultats des enquêtes de pratique :

Selon l'enquête de pratique nationale réalisée en 1997, le taux global moyen de déclenchement, tel qu'il était déclaré par les médecins ayant répondu à l'enquête, était de 22,7 % (\pm 14,3 %) et la proportion de déclenchement sans indication médicale était de 25,9 % (\pm 25,0 %).

1.2.3. Données issues du réseau sentinelle AUDIPOG¹ (1)

Le réseau sentinelle AUDIPOG est constitué, depuis 1994, d'un ensemble de maternités volontaires publiques et privées de toutes les régions de France, mettant en commun des données individuelles concernant leurs patientes et leurs nouveau-nés. Les données sont produites à partir d'un échantillon annuel, fondé sur le recueil d'un mois de données fournies par les maternités du réseau. Deux rapports présentaient les données analysées, l'un en 2001, l'autre en 2002-2003.

Les résultats renseignent sur le taux de déclenchement artificiel du travail et sur l'indication du déclenchement (accouchement programmé, grossesse prolongée, pathologie maternelle, pathologie fœtale, rupture prématuré des membranes sans contraction).

Dans le rapport de 2001, le fichier comprenait 25 866 grossesses issues de 106 établissements de France métropolitaine et des DOM-TOM. Les indicateurs ont été estimés à partir des naissances survenues pendant un mois par maternité, soit 10 243 grossesses.

Les indicateurs relatifs au mode de début du travail et au déclenchement ont été analysés à partir d'un échantillon exploitable de 9 773 femmes.

Dans le rapport 2002-2003, le fichier comprenait 78 287 grossesses issues de 102 établissements de France métropolitaine et DOM-TOM. Les indicateurs ont été estimés à partir des naissances survenues pendant un mois par maternité soit 10 181 grossesses. Les indicateurs relatifs au mode de début du travail et au déclenchement ont été analysés à partir d'un échantillon exploitable de 9 244 femmes.

¹ AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. Le but de ce réseau est de surveiller, année après année, les indicateurs de santé périnatale (indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats) et de fournir aux maternités un outil d'évaluation de leurs pratiques et de leurs résultats, en comparant les résultats des analyses pratiquées sur leurs propres fichiers à ceux du réseau sentinelle.

Évolution du taux de déclenchement global en France selon les données du réseau AUDIPOG

Rapport	Taux de déclenchement global en France métropolitaine	Taux de déclenchement global dans les DOM
Indicateur 2001	20,5 % (n=9773)	-
Indicateur 2002	20,2% (n=9244)	21,1% (n=937)
Indicateur 2003	20,0% (n=7974)	21,2% (n=696)

Les indicateurs issus du rapport 2002-2003 fournissaient également des informations sur la fréquence du déclenchement en cas de grossesses multiples. Ainsi, en 2002 : 20,3 % de déclenchement en cas de grossesse unique et 19,2 % en cas de grossesses multiples ; en 2003 : 20,2 % en cas de grossesses unique et 24,7 % en cas de grossesses multiples.

1.3. Conditions du déclenchement artificiel du travail à terme

L'appréciation clinique des conditions locales, mécaniques et cervicales, constitue un des préalables essentiels à toute induction artificielle du travail. Elle permet d'en déterminer le pronostic et oriente vers le choix d'une méthode adaptée.

1.3.1 Indications (3)

- *Déclenchement d'indication médicale*

Il est envisagé lorsque la poursuite de la gestation comporte un risque pour la mère et/ou pour le fœtus.

Les principales indications maternelles de déclenchement artificiel du travail sont : certaines cardiopathies, pneumopathies, néphropathies, maladies infectieuses, cancers. Ces pathologies peuvent conduire à envisager le déclenchement du travail pour permettre ou faciliter le traitement de l'affection maternelle.

Les indications fœtales quant à elles sont : la grossesse prolongée, le retard de croissance intra utérin, l'iso immunisation rhésus, certaines malformations fœtales, la rupture prématurée des membranes (RPM).

Les indications qui peuvent avoir un double intérêt sont : l'Hyper Tension Artérielle (HTA) gravidique mal équilibrée ou la pré-éclampsie.

Dans la pratique, la grossesse prolongée et l'HTA gravidique constituent quantitativement les indications médicales majeures du déclenchement artificiel du travail.

- *Déclenchement d'indication non médicale*

Appelé également déclenchement de convenance ou accouchement programmé. L'indication ressort d'une décision conjointe de l'accoucheur et de la patiente. La réalisation de ce type de déclenchement ne sera acceptée qu'en l'absence de toute contre indication même relative, et seulement si les conditions cervicales sont favorables.

Le choix d'un déclenchement de convenance réside principalement en deux points :

- Une politique de déclenchement systématique à terme permet d'éviter les conséquences néfastes liées aux risques du dépassement de terme.
- Le travail et les accouchements se déroulent plus souvent de jour dans de meilleures conditions de surveillance médicale et de disponibilité des équipes.

1.3.2 Contre-indications (3)

Outre les contre-indications à l'accouchement par la voie basse, le déclenchement artificiel du travail est classiquement contre-indiqué en cas de :

- grossesse multiple, utérus cicatriciel, grande multiparité, pour toute prématurité (il s'agit de contre-indications relatives)
- disproportion fœtopelvienne, présentation autre que céphalique (transverse, siège), d'hypoxie fœtale aiguë (il s'agit de contre-indications absolues)

Par ailleurs, il existe des contre-indications liées à une technique particulière de déclenchement ; l'amniotomie en est un exemple en cas de présentation céphalique haute et mobile.

L'allergie aux prostaglandines, l'asthme, le glaucome contre-indiquent l'usage des prostaglandines pour la maturation cervicale.

Des conditions cervicales défavorables contre indiquent aussi formellement le déclenchement de convenance et doivent inciter à l'attente.

1.4. Surveillance

Elle doit être stricte et rapprochée à l'aide de moyens techniques appropriés. La maturité fœtale et le terme sont vérifiés. Il existe cependant quelques différences dans les protocoles d'une maternité à l'autre. Le déclenchement artificiel du travail est un acte médical qui nécessite une prescription par un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique.

Le déclenchement débute après un examen maternel, un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) et une tocographie externe de 30 minutes, une amnioscopie selon les centres, et la pose d'une voie d'abord veineuse.

La surveillance maternelle comprend la vérification horaire des constantes (pouls, TA, température) ainsi que la dilatation cervicale et la progression de la présentation.

La surveillance fœtale est assurée par l'enregistrement continu du RCF couplé à une tocographie externe.

1.5. Choix d'une méthode

Afin de choisir la méthode la plus appropriée, le score de Bishop est calculé en fonction des caractéristiques du toucher vaginal. (4)

	0	1	2	3
Dilatation (cm)	fermé	1-2cm	3-4cm	5cm et plus
Effacement (%)	0-30%	40-60%	60-70%	80%
Consistance	ferme	ramollie	molle	
Position	postérieur	centré	antérieur	
Présentation	mobile	amorcée	fixée	engagée

Ainsi, un score favorable pourrait retrouver un col avec une consistance molle, une position antérieure, une dilatation supérieure à 3 cm et une présentation amorcée.

Les multipares ont fréquemment un col long, mou, postérieur et déhiscent ce qui peut faciliter le déclenchement artificiel du travail ou la maturation cervicale lorsqu'il y a une bonne accommodation fœto-pelvienne.

Par ailleurs, il est plus difficile de déclencher artificiellement le travail avec un col ayant les caractéristiques d'une primipare, c'est-à-dire : long, postérieur, ferme et fermé. Dans ce cas, une maturation cervicale par prostaglandines est couramment utilisée.

Lorsque les conditions cervicales sont favorables, la méthode la plus utilisée est la perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à la rupture artificielle de la poche des eaux.

Si les conditions cervicales sont défavorables, et lorsqu'il n'y a pas d'urgence vitale à extraire le fœtus, l'utilisation d'une technique de maturation cervicale est envisagée. Les prostaglandines sont des substances de choix les plus utilisées pour induire la maturation d'un col. Plusieurs doses peuvent être nécessaires pour induire le travail ; elles doivent être espacées de 6 à 24 heures selon les produits utilisés.

1.6. Techniques du déclenchement artificiel du travail

1.6.1 Rupture artificielle des membranes (RAM) ou amniotomie

Utilisée seule ou associée à la perfusion d'ocytociques, elle nécessite une accessibilité des membranes et une présentation appliquée. Les risques principaux sont les infections maternelles, fœtales et la procidence du cordon.

1.6.2 Perfusion d'ocytocine

C'est actuellement la technique la plus courante d'induction du travail à terme. Elle est administrée au cours de l'hospitalisation.

L'ocytocine est administrée par voie intraveineuse, le débit de perfusion est adapté tout au long du travail pour entraîner et maintenir des contractions régulières de bonne intensité avec un relâchement utérin satisfaisant entre.

C'est la méthode la moins onéreuse, la mieux maîtrisée et qui présente le moins d'effets secondaires. Effectivement, le risque d'hypertonie est faible avec une perfusion bien adaptée.

1.6.3 Prostaglandines

Elles sont à différencier des techniques de déclenchement artificiel du travail précédentes car elles induisent un travail en favorisant la maturation du col, qui, sous leur influence, va se raccourcir, s'assouplir et s'antérioriser. Les prostaglandines peuvent être administrées par voie intra cervicale (Prépidil®) ou intra vaginale (Prostine® 1mg ou 2mg ou Propess®) le plus souvent sous forme de gel ou de tampon. La méthode est choisie en fonction de l'état cervical en utilisant le score de Bishop qui est calculé à l'aide du tableau précédent.

- Ainsi, au CHU de Limoges, le Propess® est utilisé si le score de Bishop est ≤ 3 .
- La Prostine® si le score de Bishop ≥ 4
- Pour une primipare, la perfusion d'ocytocine si le score de Bishop est ≥ 7 ;
- Pour une multipare, l'ocytocine est utilisée si le score de Bishop est ≥ 6 .

Dans la littérature, on ne retrouve pas d'argument indiquant que le travail induit par les prostaglandines est plus douloureux qu'un travail spontané. Cependant, en pratique, cette méthode peut parfois entraîner des sensations désagréables, des douleurs et une gêne au niveau vaginal. De plus, les contractions sont souvent ressenties de manière plus intense et plus rythmée que lors d'un travail spontané.

1.6.4 Analogue des prostaglandines : misoprostol

L'utilisation du misoprostol (CYTOTEC®) se fait de manière encadrée par un protocole médical local à l'hôpital Mère-Enfant, d'autant plus qu'il ne possède pas d'autorisation de mise sur le marché pour le déclenchement artificiel du travail à terme. Il est utilisé dans le traitement de l'ulcère gastroduodéal et autorisé depuis 2010 dans le cas des déclenchements pour morts fœtales in-utéro.

1.6.5 Décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO)

Il a été démontré qu'il augmente la probabilité d'entrer en travail dans les 48 heures et diminue le recours à d'autres moyens pour induire le travail. Pour pratiquer un décollement des membranes, la sage-femme ou le médecin place un doigt à l'intérieur du col et par un mouvement circulaire, sépare les membranes du col. Celui-ci peut être effectué à domicile, lors d'une consultation ambulatoire ou lors d'une hospitalisation.

1.6.6 Autres méthodes

Les moyens mécaniques comme la sonde de Foley sont rarement utilisés aujourd'hui. Celle-ci s'introduit dans le canal intra-cervical jusqu'à ce qu'elle dépasse l'orifice interne et le ballonnet est ensuite gonflé avec 30 à 60 ml d'eau. La sonde est alors laissée en place jusqu'à ce qu'elle soit spontanément expulsée au cours des 24 heures suivantes.

L'acupuncture, l'homéopathie ou encore la stimulation mamelonnaire se développent dans certaines maternités mais n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité.

1.6.7 Recommandations pour la surveillance des dépassements de terme (2)

Dans l'argumentaire de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant la surveillance et le déclenchement pour terme échu, on trouve les recommandations suivantes :

- La réalisation systématique d'une échographie au premier trimestre entre 11 et 13 semaines d'aménorrhée (SA) afin de permettre une datation précise du terme. Cette pratique contribue à réduire la fréquence des termes considérés à tort comme dépassés.

Dans le cadre d'un déclenchement du travail pour terme échu, le schéma suivant est recommandé, les dates sont données à plus ou moins un jour :

- Si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SAR, il est recommandé d'initier une surveillance fœtale toutes les 48 heures.
- En l'absence d'accouchement à 41 SA plus 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 SAR, à condition que le col soit favorable, et d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord.

1.7. Risques du déclenchement artificiel du travail

Le risque principal du déclenchement artificiel du travail concerne l'hyperstimulation du muscle utérin qui peut entraîner une hypertonie voire une rupture utérine.

D'autre part, selon plusieurs études, on constate une augmentation du taux de césarienne et d'extraction instrumentale.

Pour diminuer les risques du déclenchement, il faut respecter les contre indications, évaluer soigneusement les conditions mécaniques, choisir la technique la plus appropriée et surveiller étroitement le travail. D'une manière générale, le travail est plus long et plus douloureux lors d'un déclenchement artificiel du travail.

2. DEVOIR D'INFORMATION

2.1 Historique (5)

La relation médecin-malade se retrouve tout au long de l'histoire de la médecine. D'Hippocrate à la médecine scientifique du XXI^{ème} siècle, les rapports du médecin avec son patient ont évolué suivant les progrès de la science et l'évolution des consciences et des comportements.

D'abord, Hippocrate (né en 460 avant notre ère) se distingue par sa volonté de théoriser la pratique médicale, en établissant des procédures fondées sur l'observation des maladies. Il instaure également des règles à respecter dans les relations avec les malades. Puis, à la mort d'Hippocrate, la médecine s'est dotée de ses propres repères et bases de réflexion, hors des croyances religieuses, sur la façon d'exercer et de se comporter face au patient.

L'avènement de la médecine moderne, à la fin du XVIII^{ème} siècle pose la question de la liberté de choix des malades. La pratique médicale va devenir un bien de consommation. Il va désormais s'agir d'une médecine où se mêleront les interrogations individuelles du patient, son mal-être, et les exigences collectives de santé publique, avec les enjeux économiques et politiques qui en résultent. Le médecin répond alors à une demande, à un désir de soin du patient. C'est ainsi que la notion de clientèle apparaît, parallèlement au principe du libre choix du médecin.

Puis, la seconde moitié du XX^{ème} siècle sera décisive. En effet, la recherche médicale avance à grands pas ; on découvre les antibiotiques, les psychotropes ; la pharmacopée recense un nombre croissant de médicaments efficaces, et les techniques d'imagerie et de chirurgie progressent.

Mais parallèlement et très rapidement, de nouvelles questions sont soulevées. La collectivité et les patients prennent conscience des nouveaux enjeux de la médecine qui les concernent directement : la nécessité de comprendre les avantages et les inconvénients des

choix thérapeutiques, le droit à accéder aux progrès en termes de prévention, de dépistage et de soins.

Dans ce contexte, la notion d'information et de consentement devient de plus en plus prégnante. La confiance et le respect, qui sont à la base de la relation qui s'instaure entre deux personnes, déterminent la réussite du traitement. L'information et le consentement éclairé du patient sont des données capitales.

En effet, même malade, chaque individu demande à être considéré avec respect et dispose du droit de participer aux décisions importantes qui conditionnent son avenir. Le consentement éclairé d'un patient ne peut être obtenu que dans le cadre d'une information claire et adaptée à la situation du malade, fournie par le médecin. Les risques et les enjeux du traitement doivent être exposés au patient, tout en veillant à ne pas éveiller d'anxiété démesurée en lui.

Au final, le consentement éclairé consiste en une approbation d'une démarche thérapeutique, en toute connaissance de cause.

L'ensemble de ces évolutions nécessitent donc pour chaque clinicien d'intégrer au sein de leur relation avec les patients, la notion de qualité de l'information et de l'éducation à la santé. En effet, celle-ci est désormais un précepte de la pratique médicale. Par ailleurs, les notions de respect de la volonté du patient et de son droit de refus sont également essentielles.

2.2 Textes de loi (6)

Les professionnels de santé ont législativement un devoir d'information envers les patients ; la HAS évoque ce devoir d'information et rappelle la nécessité de rechercher le consentement éclairé du patient dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Cette loi fonde le principe de *démocratie sanitaire*, nouvelle étape dans l'historique des relations entre professionnels de santé et patients. Ce concept de démocratie sanitaire s'inscrit dans le mouvement des conférences citoyennes et consiste à transposer les principes de la démocratie au champ de la santé. Cette liberté se traduit par un droit à être

totalemment et correctemement informé et un droit à accepter ou refuser un soin, à travers l'expression du consentement.

A ce jour, les textes qui régissent la pratique de l'information peuvent être résumés par les passages suivants du Code de la santé publique réformé par la loi du 4 mars 2002 :

- L'article L. 1111-2 explique que, « toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements, ou actions de prévention qui sont proposés, leurs utilités, leurs urgences éventuelles, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles ainsi que les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » (2)
- Article L. 1111-4 du Code de la santé publique : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. »
- Article 16 - 3 alinéa 2 du code civil : « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état de santé rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir. »

D'autre part, les principes juridiques de l'information préalable aux soins sont posés également dans les textes réglementant les professions médicales :

- Article 35, alinéa 1er, du décret du 6 septembre 1995 (nouveau code de déontologie médicale) : « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille sur leur compréhension. »
- Article R. 4127-334 du code de déontologie de la sage-femme (7) : « La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit

veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement. »

2.3 Information orale et écrite (8)

Comme nous l'avons vu précédemment, le consentement doit être libre et éclairé. Celui-ci repose sur l'information. A ce propos, il appartient au médecin et/ou à l'établissement de soins d'apporter la preuve de la bonne information. Cette preuve est libre. En pratique, on retrouve des discours contraires dans le monde médical au cours des années précédentes. Certains praticiens préfèrent se protéger de toute accusation inhérente au soin et établissent des écrits qu'ils font signer au patient. Alors que d'autres, choisissent de faire valoir la relation de confiance entre médecin et malade sans pouvoir prouver matériellement que l'information a été faite. En effet, il semblerait que la signature soit contraire à la nature de la relation médecin-patient et pourrait être perçue comme un acte de défiance et de protection.

Des éléments beaucoup plus pertinents peuvent être retenus comme :

- la tenue du dossier médical (dans lequel le médecin doit exposer ce qu'il a expliqué au patient),
- la mise à disposition de documents et de brochures d'information pédagogiques,
- le temps de consultation consacré au patient,
- les bonnes pratiques organisationnelles d'un service ou d'une consultation libérale,
- le contenu des courriers échangés entre confrères (et dont le double a pu être remis au patient, cette pratique étant de plus en plus recommandée, d'autant qu'elle s'inscrit dans la logique du libre accès du patient aux éléments de son dossier médical).
- les témoignages des auxiliaires médicaux ou ceux d'autres médecins.

Concernant le contenu de l'information, il doit notamment reposer sur le diagnostic, la nature des actes médicaux, les risques encourus, les frais.

En effet, la loi du 4 mars 2002 stipule que l'information porte sur « les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement

prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver ».

Par ailleurs, il existe principalement deux types d'informations : orale et écrite.

L'information orale représente l'explication parlée qui est fournie aux patients lors de la consultation ou d'un entretien en temps réel. Le langage utilisé doit être clair et adapté à l'interlocuteur afin d'être compréhensible. Elle est primordiale car elle se fait directement entre le soignant et le soigné. Cet échange direct entre deux interlocuteurs permet un questionnement lorsque les explications ne sont pas claires.

L'information écrite est en rapport avec les explications manuscrites ou dactylographiées des soins, traitements, méthodes opératoires, ou tout acte qui doit être subi par le patient. Elle complète souvent l'information orale. Elle permet au patient de revenir sur les explications fournies avec plus de recul, pour se poser d'éventuelles questions supplémentaires. Ainsi, les mots doivent être justes et précis car ils donnent le sens au message écrit.

Afin de faire respecter au maximum leur droit dont le droit à l'information et dans le but de noter l'importance de cette notion, des associations d'usagers se sont regroupées.

2.4 Associations d'usagers (8)

Ainsi, le CIANE (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance) regroupe des associations françaises agréées (Accueil naissance, Bébé nature, Info allaitement, La leche league,...) afin de représenter les usagers dans le système de santé. Les principes du CIANE reposent sur la transparence de l'information transmise.

Celui-ci s'intéresse aux questions de périnatalité (grossesse, naissance, premiers jours de vie) ; il a pour objectif d'améliorer la prise en charge des couples mère-enfant en étant plus à l'écoute de leurs attentes, questionnements. Le CIANE défend un modèle « centré sur la mère, le bébé et la famille et se préoccupe avant tout de leur bien-être et de la qualité des

soins. [...] Il considère le suivi personnalisé, la prévention, la responsabilité comme des facteurs primordiaux à prendre en compte dans l'amélioration du système de soins. »

Ce collectif met en ligne des communiqués sur divers thèmes comme les maisons de naissance, le dépistage néonatal de la surdité, les recommandations de pratiques cliniques sur le « monitoring continu ». Par ailleurs, le CIANE représente les usagers au niveau national en participant à la commission nationale de la naissance, la HAS, la fédération française des réseaux de périnatalité, les commissions régionales de naissances.

D'autre part, le site Health On Net (HON) a été créé pour encourager la production d'une information de qualité destinée aux patients et aux professionnels, afin de faciliter l'accès aux données médicales les plus pertinentes et les plus récentes. Cette fondation, créée en 1995, met en ligne des informations sur la santé et la médecine, c'est une organisation non gouvernementale sans but lucratif, accréditée par le conseil économique et social des Nations Unies.

2.5 Fiche d'informations concernant le déclenchement artificiel du travail (9)

Concernant le déclenchement artificiel du travail, une fiche d'informations élaborée par le collège national des gynécologues et obstétriciens de France en association avec la HAS a été établie. La HAS nous a informés que cette fiche avait été donnée à titre informatif aux professionnels de santé et ils ne connaissent pas les établissements qui ont décidé de l'utiliser sous cette forme ou modifiée

Le but de cette fiche d'informations est de compléter les informations qui auront été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme en ce qui concerne les principes, les avantages et les inconvénients du déclenchement artificiel du travail. Elle évoque les raisons médicales qui peuvent nécessiter un déclenchement (dépassement de terme, rupture prématurée des membranes) ; ainsi que le déroulement et les méthodes les plus utilisées de déclenchement artificiel du travail : l'utilisation de prostaglandines et la perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à la rupture de la poche des eaux.

Avant d'entamer la deuxième partie de l'étude, il est intéressant de connaître le fonctionnement de l'hôpital mère et enfant de Limoges et le protocole en vigueur concernant le déclenchement artificiel du travail.

2.6 Pratiques actuelles à l'hôpital Mère Enfant de Limoges

D'abord, concernant le déclenchement pour terme échu, les femmes enceintes ont un suivi rapproché toutes les 48 heures pendant deux jours puis, elles sont hospitalisées afin de déclencher le travail. Lors de ces consultations, le bien-être fœtal et maternel est contrôlé, un monitoring, une échographie-doppler, un toucher vaginal sont effectués. Ainsi, l'échographie obstétricale a pour but de vérifier la présentation du fœtus et l'index de liquide amniotique.

L'enregistrement cardiotocographique se fait à l'aide d'un appareil de type Oxford. Les patientes doivent revenir toutes les 48 heures et sont déclenchées si elles n'ont pas accouché à 41 SA plus 5 jours.

A la fin de la grossesse, une explication orale est fournie aux patientes par les sages-femmes ou les médecins concernant le déclenchement artificiel du travail. Sont évoquées les différentes méthodes de déclenchement existantes ainsi que la difficulté et l'attente du travail qui peut en découler. Les avantages et les inconvénients des différentes méthodes sont exposés aux femmes enceintes, ainsi que les risques inhérents au déclenchement. Les explications et les précisions de cette information orale sont « praticien dépendant ».

Lorsque le travail est déclenché pour une autre indication médicale que le dépassement de terme, les femmes sont parfois moins préparées à cette éventualité. Les explications leurs sont fournies oralement parfois dans l'urgence et peuvent être incomplètement comprises et assimilées.

Au regard de ces pratiques, j'ai rencontré des patientes qui s'interrogeaient concernant le principe et les techniques de déclenchements. Elles étaient souvent étonnées de l'intensité majeure des contractions ressenties.

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

1. Objet de l'étude

1.1. Constat

Sur les différents terrains de stage, j'ai remarqué le nombre important de déclenchements artificiels du travail à terme.

Par ailleurs, à partir du moment où les patientes apprennent que leur accouchement va être déclenché, certaines manifestent une inquiétude, voire une anxiété, comme si elles n'avaient pas été assez préparées à cette éventualité.

L'information orale concernant le déclenchement artificiel du travail est faite en général en fin de grossesse. Il existe pourtant une fiche d'informations rédigée par la HAS et le CNGOF, mais celle-ci n'est pas utilisée à l'hôpital Mère-Enfant de Limoges.

C'est pourquoi, j'ai choisi dans le cadre de mes études, de faire mon mémoire sur l'information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail à Limoges.

1.2. Problématique

Malgré la proportion importante de déclenchements artificiels du travail à Limoges, le devoir d'information des soignants et la fiche prévue à cet effet rédigée par la HAS, il n'existe pas d'information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail.

2. Méthodologie de la recherche

2.1. Objectifs et hypothèses

- Objectif principal
 - ✓ Mettre en place et évaluer localement la fiche d'informations élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) concernant le déclenchement artificiel du travail.
- Objectif secondaire
 - ✓ Déterminer le positionnement des patientes par rapport à une proposition éventuelle de déclenchement de convenance lorsque les conditions locales sont favorables.
- Hypothèses principales
 - ✓ Les patientes ayant reçu une information écrite relatent leur histoire d'une manière plus proche de la réalité concernant la méthode de leur déclenchement artificiel du travail et la durée de celui-ci.
 - ✓ Les patientes ayant reçu une information écrite en fin de grossesse sont mieux renseignées sur le déclenchement artificiel du travail que celles qui ne reçoivent aucune information.
 - ✓ Les patientes ayant reçu une information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail appréhendent mieux celui-ci.
- Hypothèse secondaire
 - ✓ La remise d'une information écrite aux femmes permet une meilleure acceptabilité d'un éventuel déclenchement de convenance quand les conditions locales sont favorables.

2.2. Intérêt de l'étude

L'intérêt de cette étude est multiple. D'une part, cette recherche permet d'un point de vue pratique d'apporter une information écrite précise et claire aux femmes. D'autre part, nous allons pouvoir apprécier le ressenti des patientes par rapport à cette fiche d'informations, qui à l'heure actuelle n'a pas encore été évaluée et n'a pas donc pu démontrer son efficacité et ses bénéfices sur les patientes (meilleure acceptation, moindre appréhension, compréhension du déclenchement).

En effet, l'étude et l'évaluation de cette fiche d'informations peuvent permettre de mettre en évidence l'importance d'une culture de l'information médicale en obstétrique dans les activités à risque.

3. Schéma d'étude

3.1. Critère principal de jugement

La fiche d'informations n'est utilisée que dans une seule maternité en France selon la HAS. Par ailleurs, après renseignement auprès de la HAS, il n'y a pas d'indication sur la maternité qui utilise la fiche d'informations sous sa forme initiale ou sous une autre forme. Il n'y a donc pas d'étude de référence concernant l'évaluation d'une fiche d'informations sur le déclenchement artificiel du travail.

Une pré-étude a donc été effectuée en suites de couches afin de déterminer le critère principal de jugement. Dix-sept patientes ont été interrogées concernant la méthode et la raison de leur déclenchement dans le but de déterminer lequel de ces deux critères serait le plus significatif pour être le critère principal de jugement.

Ainsi, du 7 au 13 janvier 2010, sur les 17 patientes interrogées : 13 patientes (76,74 %) connaissaient la raison de leur déclenchement et 8 patientes (41,17 %) en connaissaient la méthode.

La connaissance de la méthode utilisée pour le déclenchement artificiel du travail étant l'item le moins bien connu, c'est celui-ci qui est notre critère principal de jugement.

3.2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, d'observation, analytique, exposé non-exposé. L'étude est monocentrique.

3.3. Définition des variables

La variable indépendante est l'information concernant le déclenchement artificiel du travail (variable qualitative):

- information orale seule pour les patientes ne recevant pas la fiche d'informations sur le déclenchement artificiel du travail pendant leur grossesse => population non exposée.
- information orale et fiche d'informations pour les patientes recevant la fiche d'informations écrite concernant le déclenchement artificiel du travail lors de la consultation du 8^{ème} mois => population exposée.

Variables dépendantes :

- La connaissance du déclenchement artificiel du travail
- La compréhension du déclenchement artificiel du travail
- Le vécu, l'appréhension, le ressenti du déclenchement artificiel du travail
- La satisfaction des patientes en ce qui concerne la clarté, la compréhension de l'information sur le déclenchement artificiel du travail
- L'acceptabilité d'un éventuel déclenchement de convenance dans des conditions favorables

3.4. Définition de la population source

Ce sont les accouchées ayant été déclenchées à l'hôpital Mère-Enfant de Limoges (HME), de Juin à Décembre 2010, après 37 semaines d'aménorrhée révolues (SAR).

Critères d'inclusion : patientes vues en consultation à partir de 37 SAR à l'HME, acceptant de participer à l'étude, majeures et en dehors de toute tutelle.

Critères d'exclusion : patientes ne parlant ou ne lisant pas le français, transférées après 37 SAR, les mineures et les patientes sous tutelle.

3.5. Taille de l'échantillon

Le calcul du nombre de sujets nécessaire a pris en compte :

- Le résultat d'une pré-étude sur 17 patientes déclenchées qui a permis de calculer que 41,17 % (8/17) des patientes connaissaient la méthode de leur déclenchement alors qu'elles n'avaient pas reçu d'information écrite.
- Un OR calculé à 0,27 qui a été arrêté à 0,5.

	Malade (ne connaissent pas la méthode)	Non malade (connaissent la méthode)
Exposé (à la fiche d'informations)	a = 4 (20% de 17)	b = 13 (80% de 17)
Non exposé	c = 9	d = 8

- On estime que l'information écrite doublera la connaissance de la méthode de déclenchement ce qui fait environ 80 % des patientes.
- Avec un risque α de première espèce de 0,05, un risque β de seconde espèce de 20% et donc une puissance de 80% et un taux d'attaque chez les non-exposés de 63% (13/21), il faut 144 sujets dans chaque bras.

3.6. Données à collecter

Présentation de la population :

- Nom, prénom
- Date de naissance
- Age
- Niveau d'études
- Catégorie socioprofessionnelle

Concernant l'information sur le déclenchement artificiel du travail :

- Réception des informations concernant le déclenchement artificiel du travail :
 - En début de grossesse
 - En fin de grossesse
 - Au moment de la décision du déclenchement artificiel du travail
 - Pas d'information reçue
- Le ressenti par rapport à ces informations :
 - Claires
 - Compréhensibles
 - Répondant aux attentes
 - Conformes à la réalité du travail de la patiente
 - Source de nouvelles questions
- Souhait de recevoir une fiche d'informations écrite concernant le déclenchement artificiel du travail pour les patientes « non exposées »

Renseignements obstétricaux :

- Parité
- Mode d'accouchement

Afin de répondre à notre première hypothèse, des questions concernant la méthode et la durée du déclenchement artificiel du travail ont été posées. Les réponses des patientes ont été vérifiées dans le dossier médical informatisé des patientes de l'Hôpital Mère Enfant.

- Méthode de déclenchement artificiel du travail :
 - A l'aide d'un tampon intravaginal
 - Gel intravaginal
 - Comprimé intravaginal
 - Perfusion
 - Tampon + perfusion
 - Comprimé + perfusion

- Le temps écoulé entre le déclenchement artificiel du travail et l'accouchement :
 - < 6 heures
 - Entre 6 et 12 heures
 - > 12 heures
 - > 24 heures

Ensuite, afin de répondre à notre deuxième hypothèse, un VRAI/FAUX a été introduit dans le questionnaire, afin de comparer les deux groupes de patientes concernant la compréhension de l'information qu'elles ont reçue pendant leur grossesse sur le déclenchement artificiel du travail.

Puis, nous avons utilisé des associations de mots, et des questions ouvertes afin de connaître le ressenti des patientes par rapport au déclenchement artificiel du travail, en particulier l'appréhension de celui-ci. Ainsi, nous avons demandé aux patientes les mots qui leur viennent à l'esprit lorsqu'on leur évoque le déclenchement artificiel de leur travail. Cela permet d'étudier de manière descriptive les représentations qu'elles ont du déclenchement.

Pour répondre à notre hypothèse secondaire, nous avons recueilli et considéré les réponses des patientes face à une proposition éventuelle de déclenchement dans des conditions favorables.

Ensuite, concernant la fiche d'informations écrite sur le déclenchement artificiel du travail remise aux patientes « exposées », celles-ci ont été interrogées sur :

- La forme :
 - Longueur (insuffisante, correcte, excessive)
 - Clarté, lisibilité
- Le fond :
 - La compréhension (explications claires)
 - La satisfaction générale par rapport à cette fiche d'informations écrite ; est-elle en accord avec la réalité de leur travail ?

Afin de faciliter les réponses, nous avons varié les types de questions : (9)

- ✓ Des questions fermées : les patientes ont répondu à la question en choisissant parmi des réponses prédéterminées. Elles facilitent la compréhension de la question, l'expression de la réponse, ainsi que le traitement.

Néanmoins, les questions fermées limitent les possibilités d'expression du répondant et influencent les réponses.

Par exemple : « de quelle manière avez-vous accouché cette fois-ci ?

- normalement par la voie basse ;
- à l'aide d'instruments ;
- par césarienne »

- ✓ Le questionnaire comprend également des questions ouvertes : leur avantage est de mettre le répondant en confiance sur le mode de la conversation.

De plus, elles limitent les biais liés à l'influence de la question et permettent d'apporter des éléments complémentaires. Leur inconvénient est l'effort d'écriture de la part des patientes et pose aussi le problème du sens de la réponse et de la compréhension.

Par exemple : « D'autres questions vous sont-elles venues, si oui, lesquelles ? »

3.7. Stratégie d'exploitation

Pendant les 4 premiers mois de l'étude, il n'y a pas de changement concernant la pratique dans le secteur des consultations, l'information écrite sur le déclenchement artificiel du travail n'est pas remise.

Les 4 mois suivants, la fiche d'informations écrite concernant le déclenchement artificiel du travail élaboré par la HAS et le CNGOF est remise à toutes les patientes lors de la consultation du 8^{ème} mois.

D'autre part, un questionnaire (ANNEXE 2 et 3) a été remis aux patientes déclenchées lors de leur séjour en suites de couches. Celui-ci est identique à l'exception de deux questions pour les deux groupes de patientes (celles ayant reçu l'information écrite et celles ne l'ayant pas reçu) afin de permettre une comparaison efficace des deux groupes.

Le questionnaire avait pour objectif d'une part d'évaluer la fiche d'informations concernant le déclenchement artificiel du travail. D'autre part, pour les deux groupes de patientes, le questionnaire avait pour objectif d'étudier leur ressenti par rapport à leur déclenchement.

Ce questionnaire a été remis dès l'arrivée dans le secteur de suites de couches et récupéré par le personnel au début du séjour afin que des informations complémentaires, qui pourraient être données pendant le séjour, ne viennent pas biaiser la compréhension et le ressenti des patientes concernant leur déclenchement.

Le deuxième temps du recueil des données a consisté à récupérer, dans le dossier obstétrical informatisé (logiciel Filemaker®), les données concernant le déclenchement artificiel du travail.

Le recueil de ces différentes variables nous a permis par la suite de comparer les deux groupes constitués et de répondre aux hypothèses.

Une information concernant le déroulement de l'étude a été effectuée auprès des cadres sages-femmes des consultations et de la maternité, ainsi qu'auprès des sages-femmes de consultations.

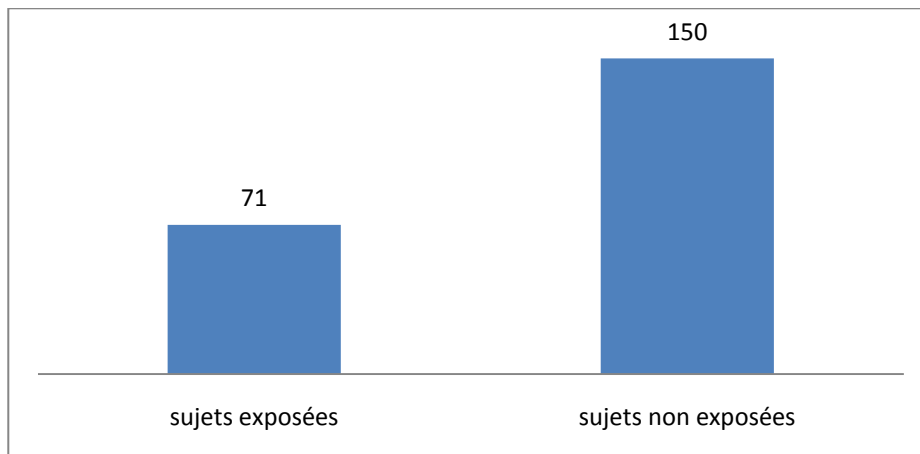
La saisie des données s'est faite à l'aide du logiciel Microsoft Excel®, chaque colonne correspond à une variable, qu'elle soit quantitative ou qualitative. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Modalisa®. Les tests statistiques utilisés sont les tests de Khi 2.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE

Le recueil des questionnaires a été insuffisant pour la population exposée à la fiche d'informations. Ainsi, lors de la rédaction du mémoire, nous avons 150 questionnaires exploitables de patientes non exposées à la fiche d'informations, et seulement 71 questionnaires exploitables pour les patientes exposées à la fiche d'informations, soit deux fois moins qu'escompté. L'étude est donc limitée à une description simple de nos résultats.

1. Présentation de la population

1.1. Population générale

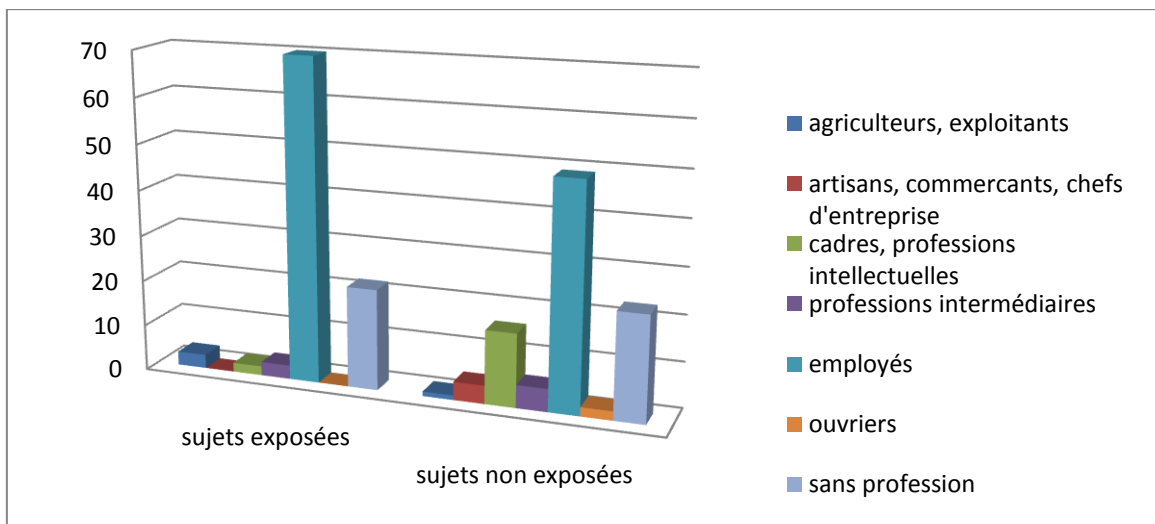


La durée de recueil des questionnaires a été de 3 mois pour la population non exposée afin d'obtenir le nombre de sujets nécessaire. Néanmoins, dans la population exposée, nous n'avons pu recueillir que 71 questionnaires exploitables pour l'étude en 4 mois et demi. Cela est dû au fait que les patientes du deuxième groupe n'ont pas toutes reçu la fiche d'informations en fin de grossesse.

1.2. Age

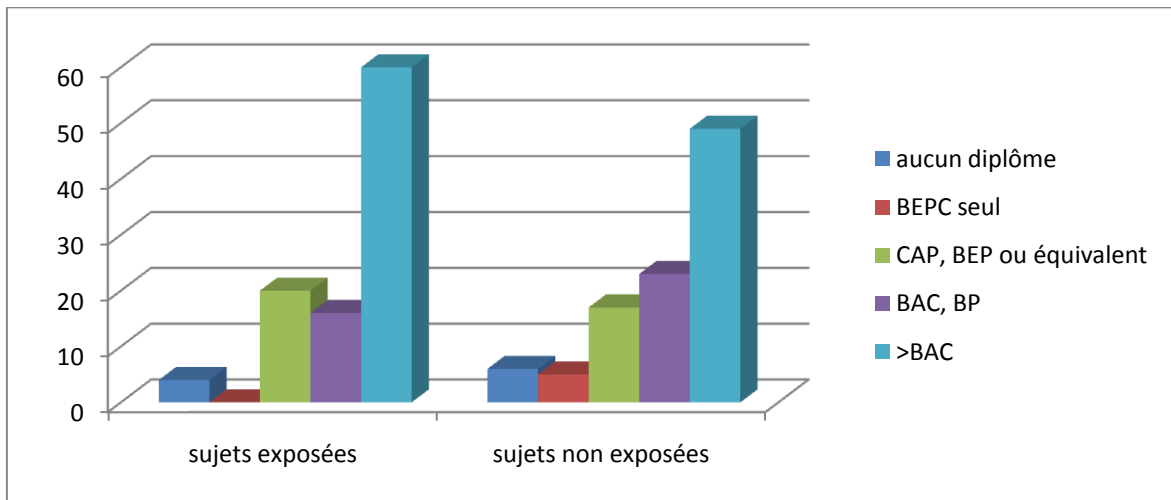
Les patientes incluses dans l'étude représentent une population homogène en âge ; en effet la moyenne d'âge chez les exposées est de 30,65 ans (+/-5,5) et 30,53 (+/-5,01) chez les non exposées.

1.3. Catégories socioprofessionnelles



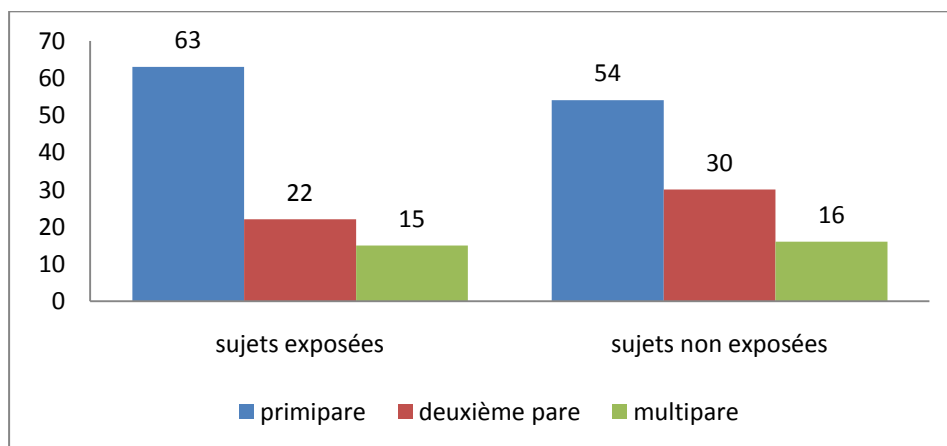
Une majorité des patientes incluses dans l'étude sont employées. Dans la population exposée, il y a plus de patientes ayant des professions intermédiaires ou agriculteurs, et dans la population non exposée à la fiche d'informations plus de cadres et professions intellectuelles. On retrouve autant de patientes sans profession dans les deux populations.

1.4. Niveau d'études



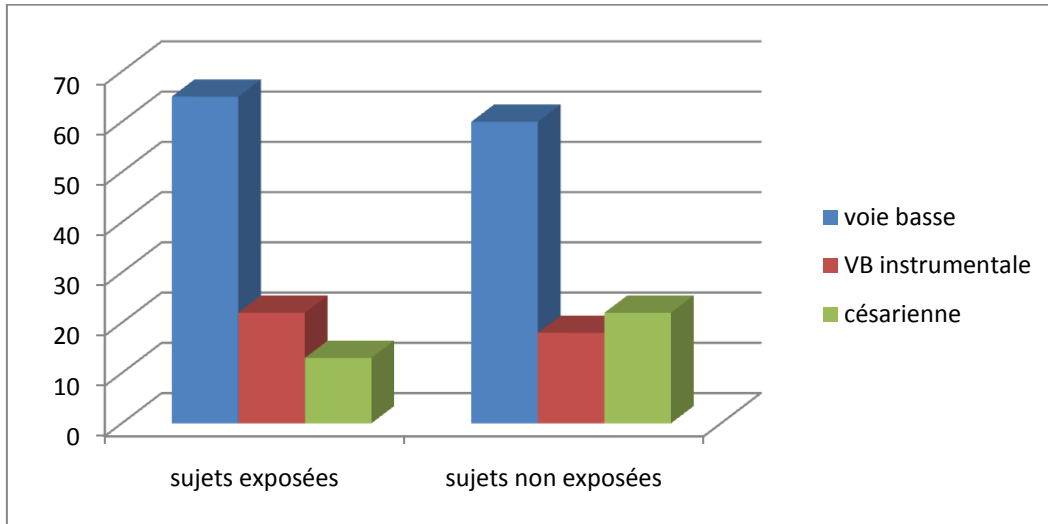
Une majorité de patientes incluses ont fait des études prolongées, supérieures au BAC. Dans la population exposée, il y a plus de patientes ayant un niveau CAP, BEP ou équivalent que dans la population non exposée. Par ailleurs, il y a plus de patientes ayant un niveau BAC ou BP (brevet professionnel) dans la population non exposée. La répartition plus hétérogène du niveau d'étude dans la population non exposée peut être due au nombre plus important de patientes incluses dans ce groupe.

1.5. Classe de parité : (pourcentage pour chaque population)



La majorité des patientes incluses dans l'étude sont des primipares.

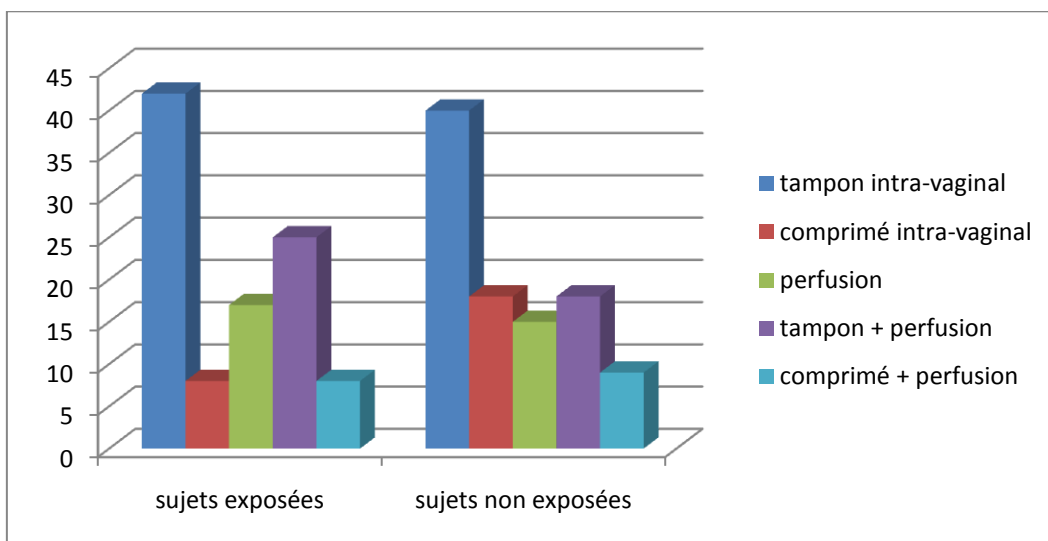
1.6. Mode d'accouchement



La majorité des patientes incluses dans l'étude ont accouché normalement par la voie basse. La plupart des accouchements sont donc eutociques.

Concernant les accouchements dystociques ; dans la population non exposée il y a plus de patientes ayant accouché par césarienne, alors que dans la population exposée il y a plus d'extractions instrumentales.

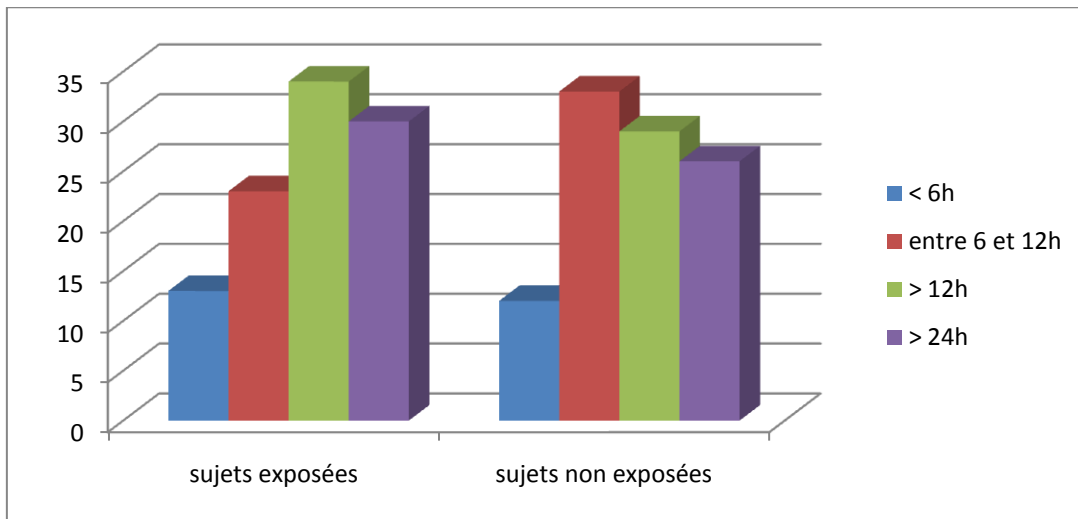
1.7. Méthode de déclenchement artificiel du travail (selon le dossier)



Dans les deux populations, c'est le déclenchement à l'aide d'un tampon intra-vaginal de prostaglandines qui a été le plus utilisé. Ensuite, dans la population exposée, l'association du tampon et d'une perfusion d'ocytocine a été utilisée chez 25% d'entre elles.

Dans la population non exposée, on retrouve autant de déclenchements par comprimé intra-vaginal que par perfusion.

1.8. Durée du travail (selon le dossier)



Dans la population exposée, la durée du travail est majoritairement supérieure à 12 heures, alors que dans la population non exposée, elle est majoritairement comprise entre 6 et 12 heures.

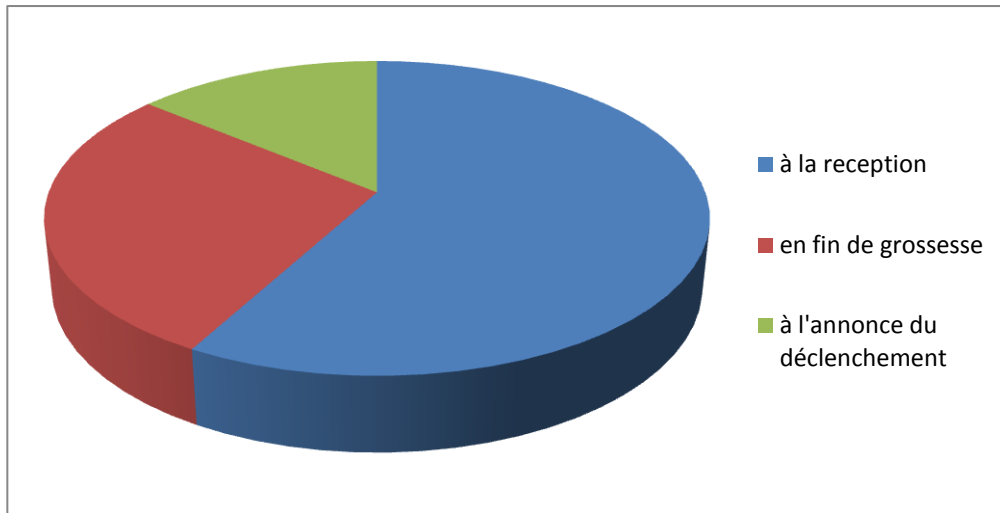
Ensuite, dans la population exposée, la durée du travail est supérieure à 24 heures pour 30% d'entre elles, comprise entre 6 et 12 heures pour 22% ; et inférieure à 6 heures pour 12%.

Dans la population non exposée, la durée du travail est supérieure à 24 heures pour 26% d'entre elles, supérieure à 12 heures pour 29% et inférieure à 6 heures pour 12%.

2. Evaluation de l'information reçue concernant le déclenchement artificiel du travail

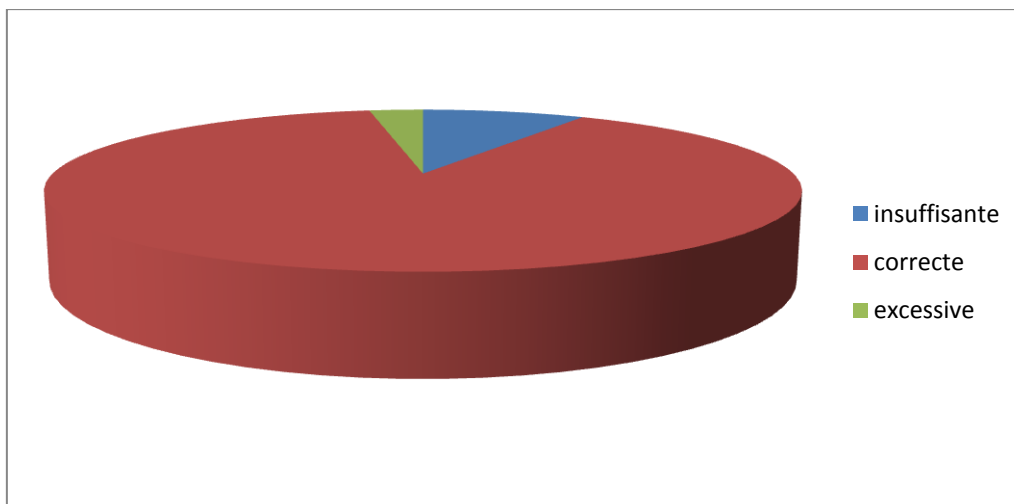
2.1 Dans la population exposée

2.1.1. Lecture de la fiche d'informations



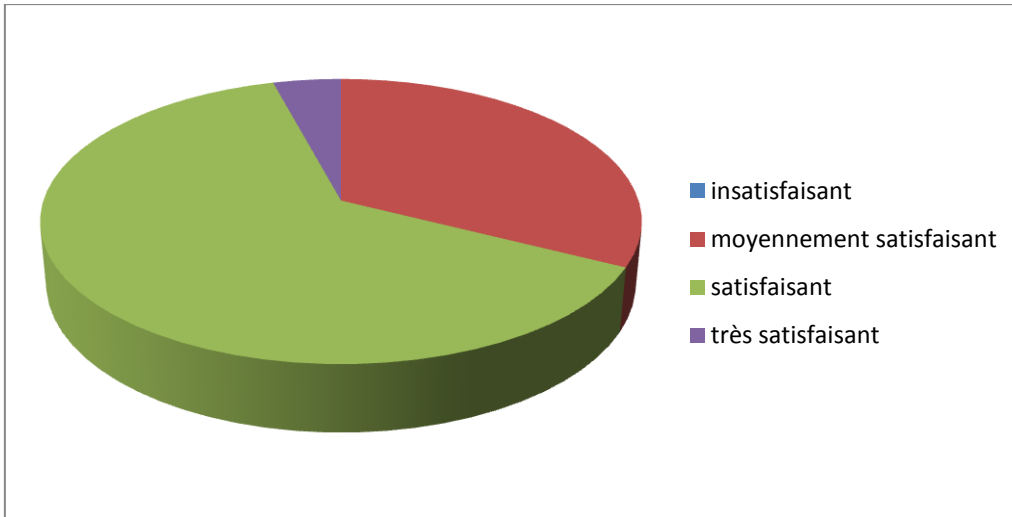
La majorité des patientes ont lu la fiche d'informations lorsqu'on leur a remise (58%). Les autres patientes l'ont lu en fin de grossesse (28%) ou à l'annonce du déclenchement (14%).

2.1.2. Satisfaction par rapport à la longueur de la fiche d'informations



La grande majorité des patientes exposées à la fiche d'informations sont satisfaites de la longueur de celle-ci (88,7%). Seulement 8,5% d'entre elles trouvent que la longueur est insuffisante, et 2,8% excessive.

2.1.3. Satisfaction par rapport à la lisibilité de la fiche d'informations



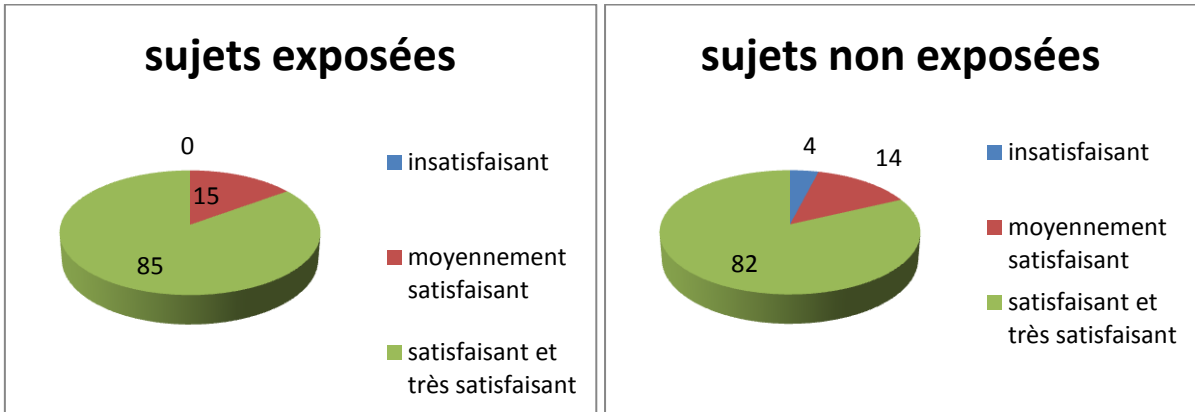
La majorité des patientes exposées à la fiche sont satisfaites de la lisibilité de celle-ci (63,4%). 32,4% d'entre elles sont moyennement satisfaites et 4,2% sont très satisfaites.

2.1.4. Souhait de recevoir une fiche d'informations concernant le déclenchement artificiel du travail

83% des patientes non exposées à la fiche d'informations auraient souhaité recevoir une fiche d'informations.

2.2 Dans les populations exposées et non exposées

2.2.1 Satisfaction par rapport à la clarté de l'information

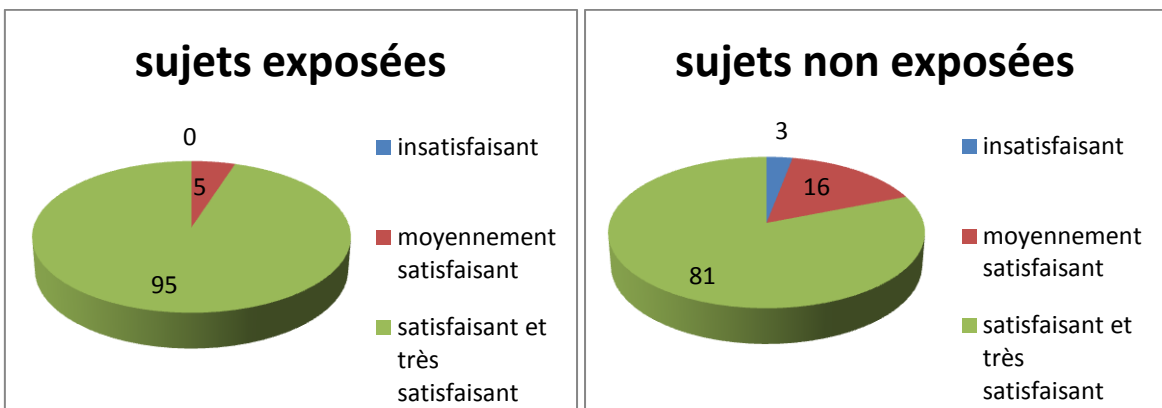


La majorité de la population est satisfaite à très satisfaite de la clarté de l'information reçue sur le déclenchement artificiel du travail pendant la grossesse (85% chez les exposées, 82% chez les non exposées).

Dans la population exposée, il n'y a pas de patientes insatisfaites par rapport à la clarté de l'information ; 15% d'entre elles sont moyennement satisfaites et 6% très satisfaites.

Dans la population non exposée, on retrouve 4% de patientes insatisfaites par rapport à la clarté de l'information ; 14% sont moyennement satisfaites, et 27% sont très satisfaites.

2.2.2 Satisfaction par rapport à la compréhension de l'information

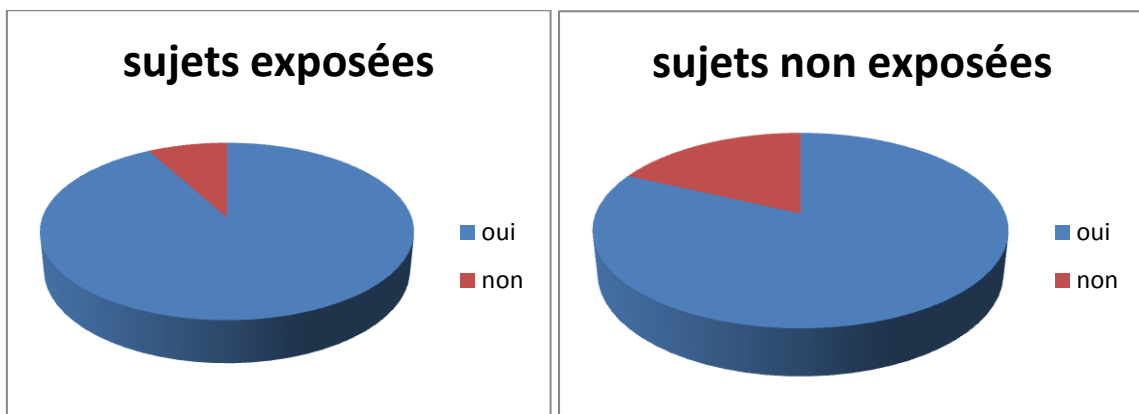


Dans les deux populations, la majorité des patientes sont satisfaites à très satisfaites concernant la compréhension de l'information sur le déclenchement artificiel du travail ; cette proportion représente 95 % des exposées et 81 % des non exposées.

Ensuite, dans la population exposée, on retrouve 5 % de patientes moyennement satisfaites et 9 % très satisfaites de la compréhension de l'information.

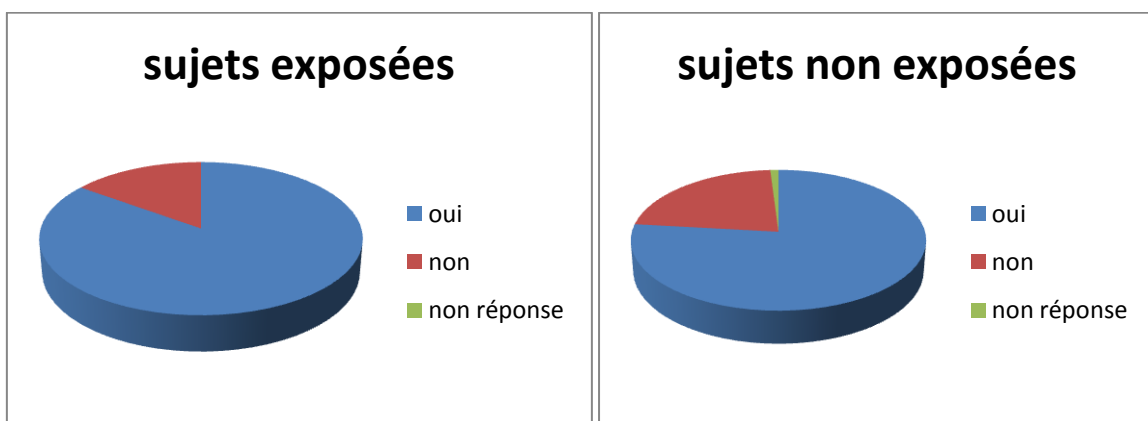
Dans la population non exposée, on retrouve 3 % de patientes insatisfaites, 16 % moyennement satisfaites, 24 % très satisfaites de la compréhension de l'information.

2.2.3 Information répondant aux attentes des patientes



L'information répond aux attentes des patientes dans les deux populations ; à 92 % chez les sujets exposées, 82 % chez les sujets non exposées.

2.2.4 Information conforme à la réalité du travail vécu par les patientes



L'information fournie pendant la grossesse sur le déclenchement artificiel du travail est conforme à la réalité du travail des patientes pour 85 % des exposées et 76 % des patientes non exposées.

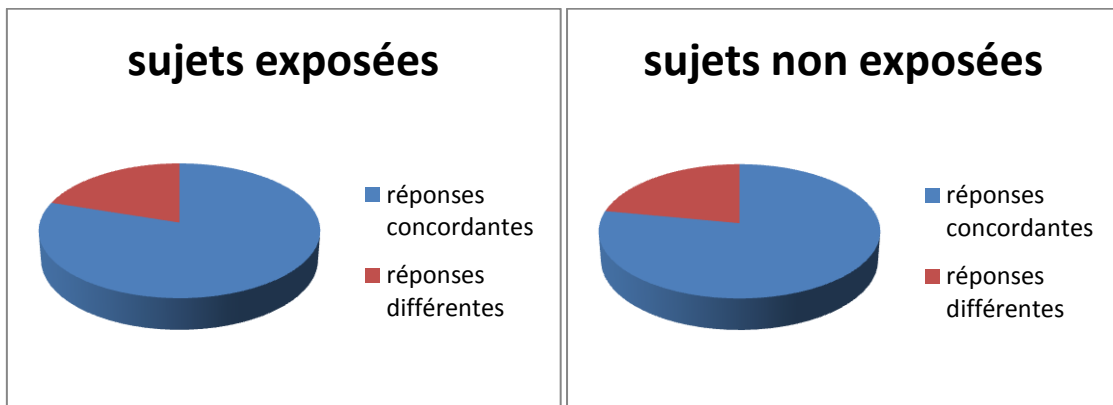
3 Réponses aux hypothèses de recherche

3.1 Première hypothèse principale

- *Les patientes ayant reçu une information écrite relatent leur histoire d'une manière plus proche de la réalité concernant la méthode de leur déclenchement artificiel du travail et la durée de celui-ci.*

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons questionné les patientes sur la durée et la méthode de leur déclenchement artificiel du travail ; puis, nous avons comparé leurs réponses avec les données de leur dossier médical.

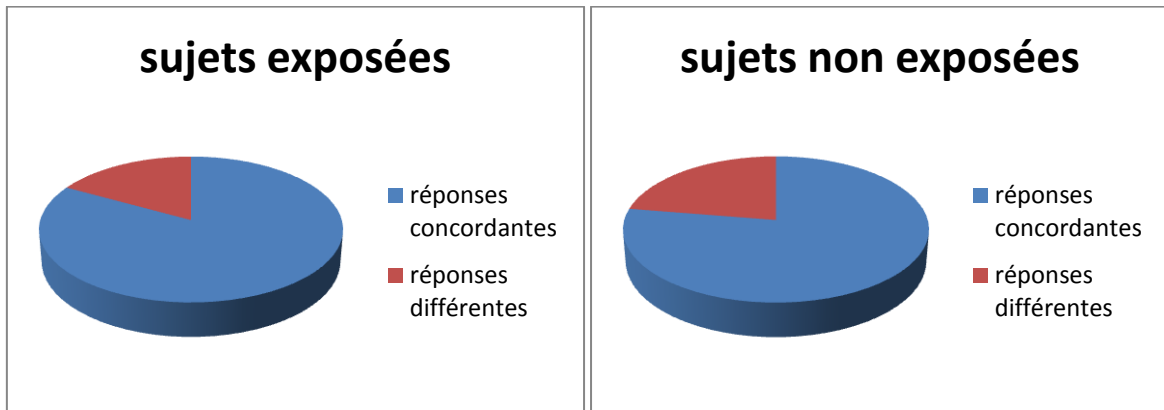
3.1.1 Méthode de déclenchement



On observe 80% de réponses concordantes chez les sujets exposées à la fiche d'informations et 78% chez les sujets non exposées.

Il existe une différence peu significative ($p=0,918$) pour cette variable entre les deux populations.

3.1.2 Durée du travail



On retrouve, 83% de réponses concordantes entre le dossier médical et le questionnaire dans la population exposée à la fiche d'informations ; et 76% de réponses concordantes dans la population non exposée à la fiche. Ce gain de 10% est cependant peu significatif ($p=0,36$) pour cette variable.

3.2 Deuxième hypothèse principale

- *Les patientes ayant reçu une information écrite en fin de grossesse sont mieux renseignées sur le déclenchement artificiel du travail que celles qui ne reçoivent aucune information.*

Afin de répondre à cette hypothèse, nous allons comparer les réponses des deux groupes de patientes au VRAI/FAUX proposé dans notre questionnaire.

Pour les neuf items du VRAI/FAUX, on ne retrouve pas de différence significative entre la population exposée et non exposée, la majorité des patientes ont des réponses justes. On observe néanmoins, une tendance dans le sens attendu avec des réponses en moyenne plus justes chez les patientes exposées à la fiche d'informations. A titre d'exemple pour les plus patents, pour la proposition « le dépassement de terme peut constituer dans

quelques cas un risque pour votre enfant », on observe 85% de réponses justes chez les sujets non exposés et 89% de réponses justes chez les sujets exposés à la fiche.

Pour la proposition « lors d'un déclenchement à l'aide d'une perfusion, il n'est pas nécessaire d'écouter en continu le rythme cardiaque fœtal », on observe 89% de réponses justes dans les deux populations.

Par ailleurs, pour la proposition, « il existe principalement deux méthodes pour déclencher artificiellement le travail », on retrouve 65% de réponses justes dans la population exposée, et 55% dans la population non exposée à la fiche d'informations ($p=0,317$).

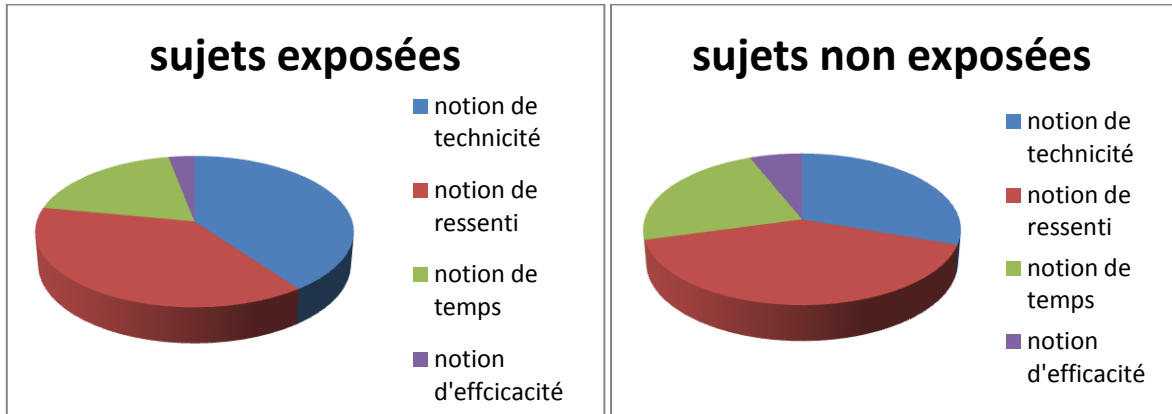
Ensuite, pour la proposition « il n'existe pas d'autre moyen que l'anesthésie péridurale pour soulager la douleur des contractions », on retrouve 73% de réponses justes dans la population exposée, et 62% dans la population non exposée ($p=0,157$).

3.3 Troisième hypothèse principale

- *Les patientes ayant reçu une information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail appréhendent mieux celui-ci.*

Afin de répondre à cette hypothèse nous avons observé de manière descriptive les réponses des patientes lorsqu'on leur demande de décrire le déclenchement artificiel du travail en cinq mots. Pour cette question, nous avons recueilli un taux important de non réponses, les patientes ne donnant souvent pas plus de trois mots pour décrire le déclenchement artificiel de leur travail. Nous avons donc dû nous restreindre à étudier uniquement les deux premiers rangs de réponses pour cette question afin d'obtenir des réponses homogènes.

D'autre part, nous avons regroupé les réponses des patientes sous différents thèmes par rapport au déclenchement artificiel du travail ; selon que leur réponse se réfère à une notion de temps, une notion de technicité, une notion de ressenti ou une notion d'efficacité.



Ainsi, pour le premier rang, dans la population exposée, on retrouve 32% de réponses faisant référence à une notion de technicité ; 24% de réponses faisant référence à une notion de ressenti.

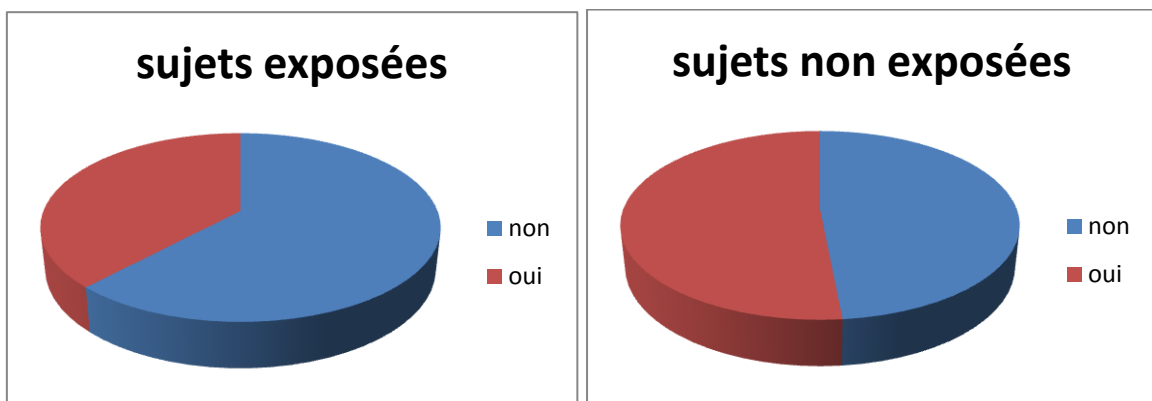
Dans la population non exposée, on retrouve, 24% de réponses faisant référence à une notion de technicité, 27% de réponses faisant référence à une notion de ressenti.

Pour le second rang, c'est la notion de ressenti qui revient le plus dans les deux groupes de patientes (30% chez les exposées, 35% chez les non exposées).

D'une manière générale, dans la population exposée, on retrouve plus de notion de technicité sur les deux premiers rangs de réponses (40%) ; alors que dans la population non exposée, on retrouve plus la notion de ressenti (40%).

Ces résultats ne sont pas significatifs ($p=0,305$).

Ensuite, nous avons étudié les réponses des patientes concernant la présence de craintes ou d'anxiété par rapport au déclenchement artificiel du travail ; ainsi que les raisons de celles-ci.



Dans la population exposée, 62% des patientes n'ont pas de craintes ou d'anxiété alors qu'elles sont seulement 48% dans la population non exposée.

On retrouve une différence assez significative entre les deux populations ($p=0,076$). Par ailleurs, l'OR= 1,74 donc cela nous amène à penser que la fiche d'informations est un facteur protecteur ; ce dont il faudrait s'assurer dans une étude plus puissante car malheureusement l'intervalle de confiance comprend 1.

Afin d'étayer les réponses des patientes ayant des craintes et de l'anxiété concernant le déclenchement artificiel du travail, plusieurs propositions ont été effectuées : la peur de l'inconnu ; la peur de la douleur, le manque de maîtrise de la situation, ou le manque d'informations reçu.

Dans la population exposée, 37% des patientes ayant des craintes ou de l'anxiété ont peur de la douleur du déclenchement artificiel du travail ; 20% ont peur de l'inconnu.

Dans la population non exposée, on retrouve également 37% des patientes qui ont peur de la douleur, et 32% expriment la peur de l'inconnu du déclenchement.

Ces résultats ne sont pas significatifs ($p= 0,279$). Notre troisième hypothèse principale est partiellement validée.

3.4 Hypothèse secondaire

- *La remise d'une information écrite aux femmes permet une meilleure acceptabilité d'un éventuel déclenchement de convenance quand les conditions locales sont favorables.*

Pour répondre à cette hypothèse, nous avons demandé aux deux groupes de patientes si elles accepteraient une proposition de déclenchement dans des conditions favorables pour une grossesse ultérieure.



Une majorité de patiente (57%) est favorable à une proposition éventuelle de déclenchement pour une grossesse ultérieure dans les deux groupes. Dans la population exposée, seulement 5% des patientes ont répondu « non », alors qu'elles sont 11% dans la population non exposée à la fiche d'informations. 38% ont répondu « ne sait pas » chez les patientes exposées, et 32% chez les patientes non exposées.

Cette différence est peu significative ($p=0,34$).

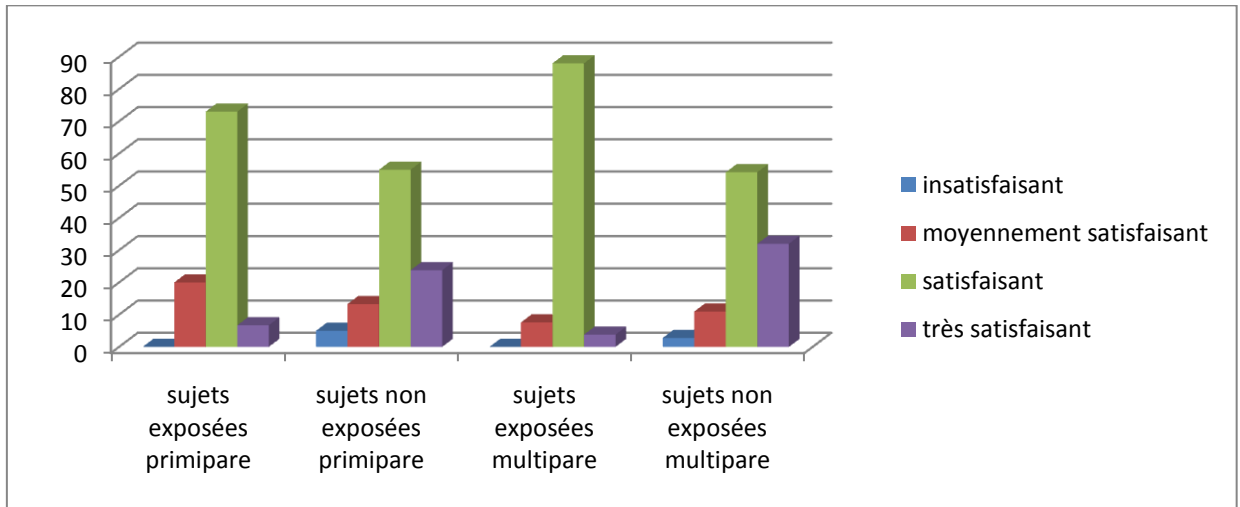
L'hypothèse secondaire ne peut donc pas être validée car on retrouve autant de réponses favorables à une proposition éventuelle de déclenchement dans les deux populations.

3.5 Recherches complémentaires

Afin d'essayer de discriminer les populations exposées et non exposées, nous avons étudié séparément les populations primipares et multipares. En effet, la parité semblait être un facteur pouvant influencer les réponses des patientes car les multipares ayant déjà eu l'expérience d'un accouchement voir d'un déclenchement artificiel du travail pourraient avoir des notions sur ce dernier.

Nous avons donc étudié plusieurs variables en séparant dans chaque sous population « primipare » et « multipare ». D'une manière générale, les résultats retrouvés sont peu significatifs, mais certains sont intéressants.

3.5.1 Clarté de l'information

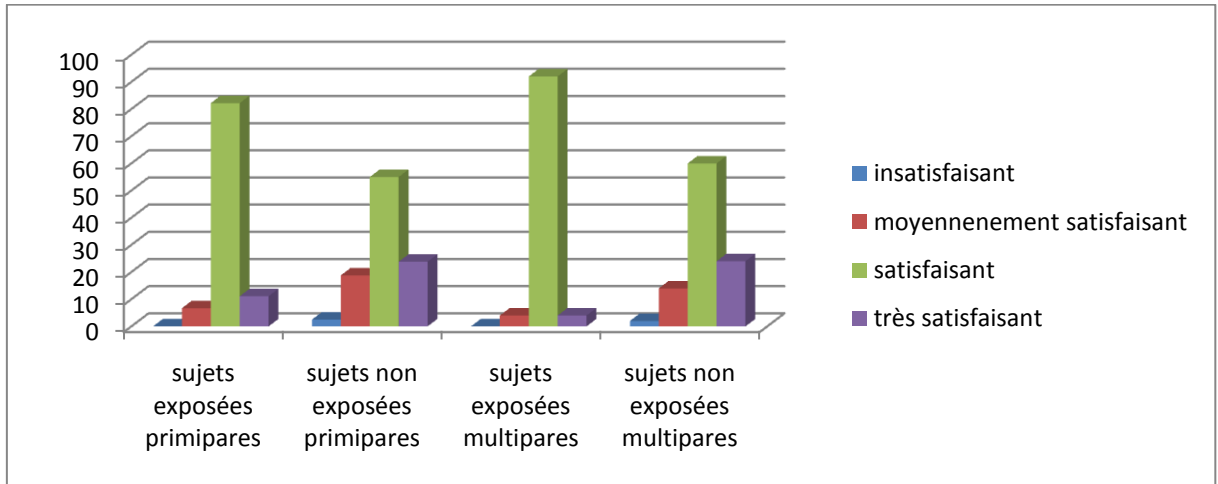


Ainsi, dans la population primipare exposée à la fiche d'informations, 73% des patientes sont satisfaites de la clarté de l'information alors qu'elles sont 55% dans la population non exposée ($p=0,049$).

De même, dans la population multipare, 88% des patientes exposées sont satisfaites de la clarté de l'information reçue et 54% des non exposées ($p=0,022$).

Ceci nous montre que, au sein de chaque groupes exposées et non exposées, la parité influe sur la perception de la clarté de l'information.

3.5.2 Compréhension de l'information



La compréhension de l'information est également plus satisfaisante dans les populations exposées primipares et multipares. Le degré de significativité est de $p= 0,031$ pour les primipares et $p= 0,045$ pour la population multipare.

3.5.3 Souhait de recevoir une fiche d'informations dans la population non exposée

Toutes les primipares non exposées auraient souhaité recevoir une fiche d'informations écrite concernant le déclenchement artificiel du travail. Dans la population multipare, elles sont 82% à avoir répondu favorablement à cette question.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Points faibles de l'étude

1.1. Manque de puissance de l'étude

Le point faible le plus important est le manque de puissance de l'étude du à un nombre insuffisant de patientes exposées à la fiche d'informations ce qui ne permet pas de répondre significativement à de nombreuses questions.

Malgré une deuxième partie de l'étude de durée plus longue, nous n'avons pas réussi à obtenir suffisamment de questionnaires dans la population exposée à la fiche. Ceci est lié à la nécessité de distribuer la fiche d'informations pendant la grossesse ; ce qui n'a pas toujours pu être fait. On a donc retrouvé un nombre important de questionnaires inexploitable en suites de couches car les patientes n'avaient pas été exposées à la fiche d'informations en amont.

1.2. Points faibles du questionnaire

Concernant les questions ouvertes qui demandaient aux patientes de décrire le déclenchement artificiel du travail en cinq mots ; il aurait été préférable de demander aux patientes de classer leurs réponses afin de les hiérarchiser. Cela aurait permis de savoir quel terme revenait le plus en « x » position.

De la même manière pour la question concernant les raisons des craintes ou anxiété des patientes, un classement aurait été préférable afin de mieux comparer les populations en terme de ressenti.

1.3. L'existence d'autres sources d'informations

Pour finir, il est indéniable que les patientes possèdent à l'heure actuelle d'autres sources d'information sur le déclenchement artificiel du travail que les consultations obstétricales. Pour commencer, les nombreuses patientes qui suivent des cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) bénéficient généralement de cours théoriques qui traitent du déclenchement artificiel du travail. C'est aussi le cas des patientes qui sont suivies par des sages-femmes libérales ou territoriales ; ces professionnelles sont disponibles pour répondre à leurs questions et les informer correctement.

Ensuite, elles peuvent avoir accès à l'information de manière autonome grâce à internet au travers de nombreux sites tels que : www.infosaccouchement.org ; www.gyneweb.com ; www.forumaufeminin.com

Ces sites proposent en générale des explications sur le déclenchement artificiel du travail ainsi que des forums où les femmes peuvent trouver des témoignages d'histoires vécues et échanger entre elles. Ainsi, une femme ayant des doutes sur certaines questions pourrait trouver sur internet des réponses rassurantes, ou qui ne ferait qu'alimenter ses inquiétudes et son anxiété ; ou encore des réponses fausses.

Les informations de ces sites sont donc à considérer avec prudence mais ne peuvent être négligées dans la mesure où de nombreuses femmes les consultent.

À côté de ces sites internet, les médias, les journaux, les revues féminines, la télévision avec des émissions comme « Les maternelles » sont souvent regardées par les femmes enceintes et offrent une source d'informations complémentaires.

De plus, l'entourage des patientes (amies, mères, collègues, cousines) peut également influencer sur les notions qu'elles ont sur le déclenchement artificiel du travail et la manière dont elles le perçoivent. Selon que les expériences de leurs proches auront été positives ou non, les femmes sont influencées dans la manière d'appréhender leur déclenchement. Face à l'étendue des sources d'informations et des expériences rapportées aux femmes, il est important de pouvoir répondre précisément aux questions émanantes.

Il aurait donc été pertinent dans notre questionnaire de demander aux patientes si elles avaient eu pendant leur grossesse des informations sur le déclenchement artificiel du travail et par quel moyen.

2. Points forts de l'étude

2.1. La sensibilisation du personnel à la culture de l'information médicale

Cette étude aura permis de sensibiliser le personnel médical à la culture et à la passation de l'information sur le déclenchement artificiel du travail. En effet, les sages-femmes des services de consultations et de grossesses pathologiques ont distribué cette fiche et répondu aux questions des femmes inhérentes à celle-ci. Ceci permet de remettre à l'ordre du jour la nécessité d'apporter aux femmes une information claire, précise complétée éventuellement par des explications orales.

Comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail, l'information du patient fait partie des obligations et des devoirs du personnel soignant. La distribution de cette fiche aura permis de répondre au devoir d'information énoncé dans la loi du 4 mars 2002. Par ailleurs, elle entretient et renforce la relation de confiance entre le personnel médical et les patientes qui ont du se sentir plus soutenues et contenues dans un espace de communication. Le fait d'apporter une information écrite en plus de l'information orale donne de l'importance au déclenchement artificiel du travail et permet de « légitimer » les inquiétudes et les questions des patientes.

De plus, la médicalisation actuelle de la grossesse et de l'accouchement amène les femmes à se poser de nombreuses questions. En effet, elles désirent comprendre le but, le principe du déclenchement artificiel du travail et les conditions de celui-ci. Nous avons vu que les femmes disposent de nombreux sources d'informations auprès des professionnels mais aussi potentiellement de leur côté ; il semble qu'un document de référence écrit, édicté et validé par l'hôpital soit utile.

2.2. A propos de la passation de l'information écrite sur le déclenchement artificiel du travail

Nous avons vu que 58% des patientes exposées à la fiche d'informations ont lu la fiche lorsqu'on leur a remise ; 28% en fin de grossesse et 14% à l'annonce du déclenchement artificiel du travail. Au vu de ces chiffres, nous remarquons que la stratégie de passation de l'information telle qu'elle a été faite pour cette étude ne semble pas convenir (car les questionnaires n'ont pas pu être exploités). En effet, je pense que le fait de lire la fiche d'informations dès la réception de celle-ci ne permet pas immédiatement aux femmes exposées d'avoir moins de craintes ou d'anxiété par rapport au déclenchement artificiel du travail.

Ainsi, il nous semble que les notions de la fiche seront plus récentes pour les patientes et plus adaptées pour elles à l'approche du terme lorsque l'éventualité d'un déclenchement sera envisagé.

Le moment le plus propice pour distribuer la fiche d'informations serait donc le plus proche possible du déclenchement artificiel du travail et donc de l'accouchement. Nous avons donc réfléchi à une nouvelle stratégie de passation de l'information qui soit plus ajustée aux besoins des patientes. Cette stratégie sera développée dans un paragraphe des propositions d'amélioration.

3. Les propositions du VRAI / FAUX

Concernant les propositions du VRAI / FAUX, nous nous sommes interrogés sur différents points de vue.

Pour commencer, nous avons réfléchi à la difficulté des propositions du VRAI / FAUX et la capacité de celles-ci à pouvoir discriminer efficacement les deux populations. En effet, on ne retrouve pas de différence significative dans la correction des réponses entre les deux groupes de patientes. Des questions plus précises sur le déclenchement auraient peut-être permis de différencier de manière plus significative les populations sur la connaissance du

déclenchement artificiel du travail. Au moment de la rédaction de ce questionnaire, nous nous étions arrêtés avec notre directeur de mémoire sur les points qui nous semblaient essentiels à la patiente pour comprendre les tenants et les aboutissants du déclenchement artificiel du travail. D'autant plus que les propositions du VRAI/ FAUX n'avaient pas pour objectif de faire des patientes des acteurs médicaux à part entière.

Ensuite, nous avons réfléchi à une autre hypothèse afin d'expliquer le pourcentage élevé de réponses justes dans les deux groupes indépendamment de leur exposition à la fiche d'informations. Cela peut être simplement lié aux connaissances des patientes sur le déclenchement artificiel du travail. L'étude nous a montré que d'une manière générale, les femmes avaient des connaissances correctes sur le déroulement, la durée, et la méthode de leur déclenchement. De plus, nous avons vu que la multiplicité des sources d'informations offrent aux femmes de nombreux moyens de répondre à leurs interrogations. Leurs connaissances étant correctes, il est assez aisé pour elles de répondre aux propositions du VRAI / FAUX ce qui est satisfaisant. Les patientes sont de plus en plus impliquées dans la prise en charge médicale de leur grossesse, par conséquent, elles sont renseignées sur les principes du déclenchement artificiel du travail.

4. Discussion des résultats de l'étude

4.1. Evaluation de la forme de la fiche d'informations

L'étude avait pour objectif d'évaluer la fiche d'informations écrite concernant le déclenchement artificiel du travail élaborée par la HAS. D'une manière générale, la population exposée à la fiche d'informations est satisfaite des caractéristiques concernant la forme de cette fiche, c'est-à-dire la longueur et la lisibilité.

Néanmoins, pour la lisibilité de la fiche, 32,4% des patientes exposées sont moyennement satisfaites. Une proposition de modification de présentation de la fiche d'informations pourrait être envisagée dans le but d'améliorer la satisfaction. La fiche telle que nous l'avons remise aux patientes présentait plusieurs paragraphes sur une feuille de forma A4 recto-verso ; peut être que la densité du contenu de cette fiche a nui à sa « prise en main ». Une fiche plus aérée, ou organisée différemment est à envisager.

Par ailleurs, 83% des patientes non exposées à la fiche d'informations auraient aimé en recevoir une pendant leur grossesse ; cela nous montre que même si une information orale est faite pendant la grossesse, une trace écrite de cette information serait utile pour les patientes. La confirmation par écrit des informations orales reçues lors des différentes consultations leur permettrait d'y revenir à souhait chez elles. On peut également parler ici d'ancrage comportemental des usagers dans un contexte de culture médicale.

4.2. Evaluation sur le contenu de la fiche d'informations

Concernant le fond, les informations expliquées dans la fiche sont claires et compréhensibles pour la majorité des patientes exposées. Mais, d'une manière générale, il n'existe pas de différence significative pour la clarté et la compréhension de l'information entre les deux populations.

Cela signifie d'une part que la fiche d'informations est adaptée aux patientes, d'autre part, l'information orale apportée aux patientes non exposées est également satisfaisante. Par ailleurs, la fiche répond de manière efficiente aux attentes des patientes exposées et les explications sont conformes à la réalité de leur travail pour 85% d'entre elles. Le contenu de la fiche d'informations est adapté par rapport au vécu du travail des patientes exposées, ce qui est satisfaisant et permet de montrer la nécessité de cette fiche.

Cependant, il n'y a pas de différence significative entre les deux populations pour les propositions « information reçue conforme à la réalité du travail » et « information reçue répondant aux attentes ». Cela peut être du d'une part au manque de puissance de l'étude, d'autre part, à la présence de l'information orale voir à d'autres sources d'informations précédemment évoquées.

La séparation des populations primipares et multipares a permis de rendre plus important les écarts entre les résultats des exposées et non exposées, mais ces données sont peu significatives ou peu fiables car il existe des valeurs théoriques de sujets inférieures à 5, ce qui n'a pas tout le temps permis d'utiliser légitimement le test de Khi 2.

4.3. La validation des hypothèses de recherche

Ensuite, concernant la validation des hypothèses de recherche, le manque de puissance de l'étude est à mon sens le facteur principal du manque de significativité. Si nous avions le nombre de sujets nécessaires, les résultats seraient peut-être plus significatifs.

Les connaissances des patientes sur le déclenchement artificiel du travail sont en grande partie suffisantes en quantité et en qualité ce qui permet de voir que le devoir d'information du patient est bien respecté pendant la grossesse. De plus, les patientes sont impliquées dans leur grossesse et dans leur accouchement. Lorsque leur accouchement est déclenché, elles savent pour quelles raisons, de quelle manière et combien de temps cela peut durer. Les femmes sont de réelles actrices de leur grossesse et de leur accouchement, et même si le déclenchement artificiel du travail médicalise d'autant plus l'accouchement, elles en ont compris le déroulement.

La première hypothèse principale est partiellement validée car on ne retrouve pas de différence significative dans la connaissance de la méthode de déclenchement et de la durée du travail entre les populations exposées et non exposées.

Il semble important pour les femmes de s'approprier le début du travail, qui parfois peut être mal vécu lorsqu'il ne débute pas par la perte des eaux ou des contractions naturelles. L'information fournie sur le déclenchement artificiel du travail permet aux patientes dont le travail va être déclenché de ne pas « subir » le déclenchement sans en comprendre les tenants et les aboutissants. En effet, certaines femmes vivent le déclenchement artificiel du travail comme une subtilisation de leur mise en travail spontanée et de l'excitation qui l'accompagne.

4.3.1. Les réponses au VRAI/FAUX

Plus précisément, concernant l'hypothèse de meilleures connaissances du déclenchement artificiel du travail chez les patientes recevant une fiche d'informations

écrite pendant la grossesse ; nous avons vu que les réponses des patientes étaient majoritairement justes dans les deux populations.

Cependant, pour deux propositions, les réponses des patientes exposées et non exposées diffèrent. Ces propositions sont : « il existe principalement deux méthodes pour déclencher artificiellement le travail » et « il n'existe pas d'autre moyens que l'anesthésie péridurale pour soulager la douleur des contractions ». Pour ces deux propositions, on retrouve un gain de 10% de réponses justes supplémentaires chez la population exposée à la fiche d'informations.

Pour la première proposition, cela peut être dû au fait que les patientes pensent à d'autres méthodes de déclenchement artificiel du travail que la perfusion intraveineuse d'ocytocine ou l'administration de prostaglandines sous forme de gel ou tampon. En effet, à l'HME de Limoges, l'utilisation d'un quart de comprimé de Cytotec® par voie intravaginale est fréquemment utilisée pour déclencher le travail. Comme nous l'avons vu dans notre première partie, le misoprostol ne possède pas d'autorisation de mise sur le marché pour cette indication, c'est pourquoi il n'est pas évoqué dans la fiche d'informations élaborée par la HAS.

On retrouve 27% de patientes non exposées à la fiche dont le travail a été déclenché à l'aide d'un comprimé intravaginal de misoprostol (associé ou non à une perfusion) ; ceci peut expliquer la différence de réponses à la proposition du VRAI / FAUX avec seulement 55% de réponses justes.

D'autre part, cette méthode supplémentaire de déclenchement peut également expliquer le pourcentage plus faible de réponses justes pour cette question même dans la population exposée à la fiche d'informations (65% de réponses justes).

C'est pourquoi, il semble intéressant de proposer une nouvelle fiche d'informations aux patientes de l'hôpital mère-enfant, plus adaptée aux pratiques locales de la maternité de Limoges.

Pour la deuxième proposition, 73% des femmes exposées et 62% des femmes non exposées ont répondu juste. Il est intéressant d'observer que 38% des patientes non exposées à la fiche d'informations pensent qu'il n'existe pas d'autres moyens que l'anesthésie péridurale pour soulager la douleur des contractions. L'anesthésie péridurale est certainement la méthode la plus utilisée et la plus reconnue pour soulager la douleur des contractions, cependant, il semblerait que les patientes ne soient pas suffisamment au fait des autres moyens existants.

Cette deuxième hypothèse principale est donc partiellement validée grâce à une tendance sans significativité.

4.3.2. Hypothèse secondaire

Concernant l'hypothèse secondaire, même s'il y a autant de patientes qui accepteraient une proposition éventuelle de déclenchement, 11 % des femmes qui ne reçoivent pas la fiche ont répondu non à cette question contre 5% des femmes exposées. Cela nous laisse à penser que la fiche d'informations permet aux femmes de mieux appréhender le déclenchement artificiel du travail pour une grossesse ultérieure ; les réponses des patientes sont moins catégoriques concernant l'acceptation d'une proposition de déclenchement.

Par ailleurs, 38% des patientes exposées et 32% des patientes non exposées ne savent pas si elles accepteraient une proposition éventuelle de déclenchement pour une grossesse ultérieure. Nous pouvons fournir deux explications à ces résultats : pour commencer, la législation et l'encadrement du suivi des grossesses en France guident les femmes dans un parcours tout tracé des différentes étapes de leur grossesse. Les patientes se retrouvent donc face à une question importante mais à laquelle elles n'avaient peut-être pas réfléchies jusqu'à présent et dont la réponse est difficile à déterminer pour elles par manque d'habitude.

Ensuite, il est possible que les patientes ne sachant pas répondre par oui ou non à une proposition éventuelle de déclenchement pour une grossesse ultérieure puissent être des femmes qui désireraient recevoir d'avantage d'informations. En effet, celles-ci auraient compris l'importance de la proposition qui leur est faite mais sont dans l'hésitation du fait du

manque de renseignements leur permettant de répondre à cette proposition de manière plus éclairée.

Toutes les patientes primipares qui n'ont pas reçu de fiche d'informations auraient aimé en recevoir une pendant leur grossesse ; il existe donc une demande importante des patientes pour une information écrite. Un support écrit avec des explications précises et claires permet de rassurer les primipares qui n'ont pas de vécu obstétrical. Dans le contexte actuel de responsabilisation des patients face à la médecine ; il y a une demande croissante des femmes qui désirent comprendre les examens complémentaires effectués pendant leur grossesse, les échographies obstétricales, les techniques du déclenchement artificiel du travail ou encore la péridurale. Répondre à cette demande d'information relève donc du devoir du personnel soignant mais également de la demande des patientes qui désirent de plus en plus être actrice de leur maternité et de leur accouchement.

D'autre part, même si les résultats ne sont pas significatifs, il y a moins de craintes ou d'anxiété par rapport au déclenchement artificiel du travail chez les femmes exposées à la fiche d'informations. L'information écrite est donc un moyen supplémentaire de rassurer les patientes par rapport au déclenchement en offrant des informations claires et précises.

5. Proposition d'amélioration

5.1. Proposition d'une fiche d'informations pour l'hôpital mère-enfant

Nous avons choisi pour notre étude d'utiliser la fiche d'informations rédigée par la HAS et le CNGOF dans le but d'évaluer cette fiche qui est la seule information écrite sur le déclenchement artificiel du travail à l'heure actuelle. Au vu des réponses des patientes, la fiche qu'elles ont reçues est claire et compréhensible. Cependant, il nous a semblé intéressant d'essayer de la modifier afin qu'elle soit adaptée aux pratiques de l'hôpital mère-enfant de Limoges.

5.2. Stratégie de passation de la fiche d'informations à l'hôpital mère-enfant

5.2.1. La population concernée par cette fiche

Nous nous sommes questionné sur l'intérêt de distribuer cette nouvelle fiche d'information à toutes les patientes suivies à l'hôpital mère-enfant. Pour des raisons de logique dans la prise en charge et le suivi des patientes, il semble plus pertinent de distribuer la fiche d'informations uniquement aux patientes dont le travail est susceptible d'être déclenché. En effet, tout au long de la grossesse, les femmes reçoivent beaucoup d'informations concernant par exemple les échographies, le dépistage de la trisomie 21 ou encore l'anesthésie péridurale. C'est pourquoi l'information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail me paraît être d'une plus grande nécessité seulement lorsque celui-ci se présente ou lorsqu'il est envisagé.

De plus, la distribution de cette nouvelle fiche d'informations aura un coût qui ne peut être négligé mais devra être minimisé. Ainsi, la distribution de cette fiche à une population ciblée permettrait de limiter les dépenses de l'hôpital par rapport à une distribution généralisée.

5.2.2. La remise de la fiche

Nous avons vu que la fiche d'informations était le plus lue par les femmes dès la réception par les professionnels. Je remarque que nous pourrions développer l'efficacité de cette fiche. Pour cela, il serait pertinent de la distribuer le plus proche possible du déclenchement artificiel du travail. Ainsi, dans le cas des déclenchements pour dépassement de terme, la fiche devra être distribuée lors de la consultation à 41 SA. Cela permettra au professionnel de compléter les informations de la fiche lors de cette consultation mais également au cours des consultations de surveillance rapprochées à 41 SA + 2 jours et 41 SA + 4 jours.

Dans le cas des déclenchements pour une autre indication médicale que le dépassement de terme, il faudra remettre la fiche d'informations lors de l'hospitalisation de la patiente dès que la décision de déclencher artificiellement le travail est prise par les médecins.

En cas d'accouchement programmé, par exemple dans le cas des patientes sous traitement anticoagulants dont le travail est déclenché lors d'une fenêtre thérapeutique, la fiche serait à remettre lors de la consultation précédant l'hospitalisation pour le déclenchement.

5.2.3. Les professionnels concernés

La remise de la fiche d'informations doit être effectuée par les professionnels qui seront auprès des femmes lors du déclenchement artificiel du travail : les sages-femmes de salle de naissance et de grossesse pathologique. Ce sont elles, sous l'indication du médecin, qui seront les principales actrices lors du déclenchement artificiel du travail. Ainsi, le but serait de distribuer la fiche en la présentant. Cette information orale qui va accompagner l'information écrite est très importante. Si elle ne peut se faire lors des consultations de suivi de dépassement de terme, elle devra être différée.

5.3. Perspectives d'évaluation de cette nouvelle fiche

L'intérêt de fournir une information écrite est de répondre le mieux possible aux besoins des patientes, c'est pourquoi il est intéressant de savoir ce que les femmes souhaitent en termes de fiche d'informations. Ainsi, pour ce nouveau projet, des questions ouvertes sur l'amélioration du contenu seraient intéressantes dans le but de l'ajuster aux interrogations des femmes. Même si l'information écrite est moins personnalisée que l'information orale, il me semble important d'ajuster le contenu.

De la même manière que pour notre étude, il faudrait évaluer la fiche sur les caractéristiques de sa forme et sur le fond. Dans le but d'évaluer la satisfaction globale de la fiche d'informations, il faudrait questionner les patientes sur plusieurs items :

- La compréhension des explications de la fiche
- La clarté de l'information
- La concordance avec le travail vécu
- Les questions qu'elle amène à se poser
- La présence d'autres sources d'informations (internet, revues, entourage,...)

- La réception de cette nouvelle fiche d'informations afin de vérifier notre hypothèse de passation.

Pour finir, il serait également intéressant de faire évaluer cette fiche par le personnel médical qui l'utilise. Ainsi les sages-femmes et les médecins pourraient apporter des modifications afin de la rendre plus en accord. Ces retours d'expériences pourraient permettre, en complément de l'étude sur les usagers, de finaliser l'évaluation sur le fond et la forme du document écrit. Ce volet permettrait également une meilleure acceptation par les professionnels de l'outil.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu dans la première partie, le devoir d'informations envers le patient est une obligation du personnel soignant. D'autre part, le déclenchement artificiel du travail représente environ 20 % des naissances en France selon les différentes études. Au vu de l'importance de la pratique du déclenchement artificiel du travail, il nous a semblé important d'étudier l'information écrite prodiguée aux patientes par le biais d'une fiche élaborée par la HAS et le CNGOF.

Nous l'avons ensuite remarqué, le manque de puissance de cette étude rend les résultats peu exploitables d'un point de vue statistique. Cependant, la description des résultats obtenus est intéressante.

Les femmes sont de plus en plus demandeuses d'informations médicales ; elles veulent être actrices de leur accouchement et le déclenchement artificiel du travail fait de surcroît parti des pratiques médicales qui amènent les patientes à se questionner.

Par ailleurs, face à la variété des sources d'informations qui existent, l'apport d'une fiche d'informations par la maternité dans laquelle elles sont suivies permet d'objectiver toute l'information reçue. C'est pourquoi il serait nécessaire de mettre en place la généralisation de la distribution d'une fiche d'informations concernant le déclenchement artificiel du travail à une population cible.

Pour finir, l'évaluation pourrait être faite par les patientes mais aussi par le personnel médical concerné (médecins et sages-femmes) afin qu'elle soit le plus ajustée aux pratiques de l'hôpital mère-enfant et aux besoins des patientes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Association des Utilisateurs de Dossier Informatique en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie. Lyon : INSER, centre de coordination, 2004.
 Disponible sur : http://www.audipog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf
 (Consulté en aout, septembre 2010)
- (2) Haute Autorité de Santé. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Nanterre : Olivier Meignen, avril 2008.
 Disponible sur :
 « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf » 113 - p.17 à 18
 (Consulté le 02.07.09 ; 22 et 23 .07.09 ; 10.08.09 ; 14 et 15 .09)
- (3) CABROL D., PONS J-C., GOFFINET F. Traité d'obstétrique. Ed Flammarion 2005 : 1154 – p.781 à 786
- (4) Docteur Benchimol. Score de Bishop. Paris : Dr Yehouda Benchimol, juin 2008.
 Disponible sur : « http://www.docteur-benchimol.com/score_decbishop.html »
 (Consulté le 13.10.09)
- (5) [Devoir d'information vis à vis du patient, risques, incertitudes : evolution et enjeux éthiques. Grégoire MOUTEL, PHAHU, laboratoire d'éthique médicale, de médecine légale,et de santé publique, Faculté de médecine Paris 5. Disponible sur : http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/\\$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf)
- (6) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Paris : Journal Officiel de la République Française, 2002. _Disponible sur : « <http://www.legifrance.gouv.fr> »
 (Consulté le 10 et 11 .09.09)

(7) Devoir d'information et consentement éclairé du patient. Le livre blanc de la stomatologie et chirurgie maxillo-faciale française. Dr Jean Claude Ambrosini, Paris.

Disponible sur : http://www.sfscmf.fr/upload/livreblanc/chap4-5_DevoirInforma.pdf

(8) Site internet Health On the Net foundation, disponible sur: <http://www.hon.ch/>
(Consulté en septembre 2010)

(9) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France. Fiches d'information de patients. Paris : CNGOF, 1999.

Disponible sur : « http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/ACCUFRST.HTM »

(Consulté le 02.07.09 ; 22 et 23 07.09)

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- CABROL D., PONS J-C., GOFFINET F. Traité d'obstétrique. Ed Flammarion : 416 ; 781-1154p
- Code de la santé publique
- Code civil
- Nouveau code de déontologie médicale
- Code de déontologie de la sage-femme
- Michel Berland : Professeur, chef de service de gynécologie obstétrique, faculté de médecine Lyon sud, centre hospitalier Lyon sud. Déclenchement artificiel du travail
- Dr AMBROSINI J-C. Le Livre Blanc de la Stomatologie et Chirurgie maxillo-faciale française. Chapitre 4 : environnement socio-économique. Devoir d'information et consentement éclairé du patient.

Périodiques :

- A.F. OURO-BANG'NA MAMAN, N. AGBÉTRA, M.A. DJIBRIL, P. EGBOHOU, N. KANGNI, K. TOMTA, K. AKPADZA, S. AHOANGBÉVI, M. CHOBLI. Niveau de connaissance et acceptabilité de l'analgésie péridurale : enquête auprès des femmes enceintes au Togo. Médecine Tropicale 2007 ; 67 : 159-162
- P. Marès, O. Claris, M. Collet, C. Crenn Hébert, D. Lémery, N. Mamelle, B. Maria, B. Neveu, D. Pinquier, M.A. Rozan Agir pour améliorer la santé périnatale à la lumière des résultats du réseau sentinelle AUDIPOG - 20/06/03

Thèses :

- Grégoire Moutel. Devoir d'information vis à vis des patients, risque et incertitude : évolutions et enjeux éthiques. Mars 2005
- A. Lièvre et G. Moutel, G. La tradition orale de la médecine et l'émergence du consentement écrit en recherche : un conflit de valeur. Septembre 2003

Mémoires :

- A.DEBONNAIRE
- L.LAROCHE. Impact de la mise en place de la réunion d'information collective sur l'APD, par le biais de la vidéo d'information, sur le choix du mode d'analgésie péridurale. Limoges. Ecole de sages-femmes UFR de médecine de Limoges. 2010

Sites internet :

- ANAES / Service des recommandations et références professionnelles / Mars 2000. Information aux patients, recommandations destinées aux médecins. Disponible sur : «http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0d-pratiques-cliniques/has/information_patients_recommandations.pdf »
- La santé périnatale en 2003-2003 : evaluation des pratiques médicales. Disponible sur : http://audipog.inserm.fr/pdf/cahier_2002_2003.pdf
- Devoir d'information vis-à-vis des patients, risque et incertitude : évolutions et enjeux éthiques. Disponible sur : [http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/\\$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf](http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/66ec0b411d0c4601c125673700595904/$FILE/ATTBII5S/Texte.pdf)
- Forum sur le déclenchement de l'accouchement. Disponible sur : «http://forum.aufeminin.com/forum/grosaccouchement/___f458_grosaccouchement-Declenchement-accouchement-j-ai-peur.html »
- Recommandation professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhées ; recommandation professionnelles. Disponible sur : « http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_argumentaire.pdf »

- Le déclenchement artificiel du travail ou induction. Disponible sur : <http://www.alternatives.be/fiches/declenchement.htm>
- Collectif inter associatif autour de la naissance. Disponible sur : <http://wiki.naissance.asso.fr/pmwiki.php?n=Ciane.DeclenchementSystematiqueBiais>
- Centre de documentation multimédia en droit médical. L'obligation d'information du médecin sur les risques thérapeutiques. Disponible sur : <http://www.droit.univ-paris5.fr/cddm/modules.php?name=News&file=article&sid=37>

ANNEXE I : FICHE D'INFORMATION REDIGEE PAR LA HAS ET LE CNGOF



Madame,

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 du travail peut-il être envisagé?

Un déclenchement artificiel du travail peut vous être proposé :

- **pour une raison médicale**
- **pour des raisons de convenance** (sans indication médicale).

1. Si 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)
- rupture prématurée de la poche des eaux

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.

2. 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.

- Si la programmation de l'accouchement vous a été proposée pour des raisons d'organisation de la maternité, vous êtes libre de refuser le déclenchement, sans que cela modifie la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Comment se passe le déclenchement artificiel du travail ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes :

- l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines
- la perfusion intraveineuse 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.

Lorsqu'il y a une indication médicale pour provoquer un accouchement, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col. Si le col est fermé, on fera une application de prostaglandines par voie vaginale. Dans certains cas, une deuxième application sera nécessaire.

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 (col 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.

ANNEXE II : QUESTIONNAIRES PATIENTES NON EXPOSEES A LA FICHE
D'INFORMATIONS

Madame,

Dans le cadre des études de sage-femme, je travaille sur un mémoire concernant l'information écrite sur le déclenchement artificiel du travail à Limoges.

Ce questionnaire et la recherche d'informations dans votre dossier obstétrical vont me servir de support pour mon travail. C'est pourquoi ces questionnaires ne sont pas anonymes, mais les informations fournies sont soumises au secret professionnel et seront anonymisées ensuite pour l'étude.

Pour les questions où il y a plusieurs propositions, cochez la case qui vous correspond.

Amandine BELOTTI

Renseignements généraux :

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance : .../.../....

1) Quel niveau d'étude avez-vous ?

- Aucun diplôme
- BEPC seul
- CAP, BEP ou diplôme équivalent
- BAC, brevet professionnel ou équivalent
- > BAC
- Autre :

2) A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous?

- Agriculteurs
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés

- Ouvriers
- Sans activité professionnelle (étudiant, RSA...)

Renseignements obstétricaux :

- 3) Combien de fois avez-vous accouché ? . . .
- 4) De quelle manière avez-vous accouché cette fois-ci ?
- Normalement par la voie basse
 - A l'aide d'instruments (forceps, ventouse)
 - Par césarienne
- 5) Votre travail a-t-il été déclenché par :
- Tampon intra-vaginal
 - Comprimé intra-vaginal
 - Perfusion
 - Tampon + Perfusion
 - Comprimé + Perfusion
- 6) Le temps qui s'est écoulé entre le déclenchement artificiel de travail et votre accouchement est :
- < 6 h
 - Entre 6 et 12 h
 - > 12 h
 - > 24 h
- 7) Quand avez-vous reçu des informations concernant le déclenchement artificiel du travail pendant votre grossesse ?
- En début de grossesse
 - En fin de grossesse
 - Au moment où j'ai su que mon accouchement allait être déclenché
 - Je n'ai pas reçu d'information
- 8) Ces informations vous ont-elles semblé :
- **Clares :**
 - Insatisfaisant
 - Moyennement satisfaisant
 - Satisfaisant
 - Très satisfaisant
 - **Compréhensibles :**
 - Insatisfaisant
 - Moyennement satisfaisant
 - Satisfaisant
 - Très satisfaisant

- **Répondre à vos attentes :**

- Oui
- Non

- **Conforme à la réalité de votre travail :**

- Oui
- Non

- **D'autres questions vous sont-elles venues, si oui lesquelles :**

-

-

Pourriez-vous maintenant répondre à ce vrai / faux :

- a. Le déclenchement artificiel du travail consiste à vous faire accoucher dans les 6 heures qui suivent.
 - VRAI
 - FAUX
- b. Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail.
 - VRAI
 - FAUX
- c. Le dépassement de terme peut constituer dans quelques cas un risque pour votre enfant.
 - VRAI
 - FAUX
- d. L'ouverture de la poche des eaux avant le travail n'entraîne pas de risque pour votre bébé.
 - VRAI
 - FAUX
- e. Un déclenchement sans indications médicales (pour convenance) peut être pratiqué quand vous le désirez.
 - VRAI
 - FAUX
- f. Il existe principalement 2 méthodes pour déclencher artificiellement le travail.
 - VRAI
 - FAUX
- g. Lorsqu'il y a une indication médicale, le déclenchement artificiel peut être envisagé même si le col est fermé.
 - VRAI
 - FAUX

- h. Lors d'un déclenchement à l'aide d'une perfusion, il n'est pas nécessaire d'écouter en continu l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.
- VRAI
 - FAUX
- i. Il n'existe pas d'autres moyens que l'anesthésie péridurale pour soulager la douleur des contractions utérines.
- VRAI
 - FAUX
- 9) Auriez-vous aimé recevoir une fiche d'information concernant le déclenchement artificiel du travail pendant votre grossesse.
- OUI
 - NON
- 10) Pouvez-vous me décrire le déclenchement artificiel du travail en 5 mots ?
- -
 -
 -
 -
- 11) Aviez-vous des craintes ou des angoisses par rapport au déclenchement artificiel du travail ?
- Oui
 - Non
- Si oui, pourriez-vous dire pour quelles raisons (cochez deux propositions) :
- Peur de l'inconnu
 - Peur de la douleur
 - Manque de maîtrise de la situation
 - Pas assez d'information reçue
 - Autres causes :
- 12) Accepteriez-vous une proposition éventuelle de déclenchement artificiel du travail dans des conditions favorables pour une grossesse ultérieure ?
- OUI
 - NON
 - Ne sait pas

Je vous remercie d'avoir accordé de votre temps à ce questionnaire.

Amandine BELOTTI

ANNEXE III : QUESTIONNAIRE PATIENTES EXPOSEES A LA FICHE
D'INFORMATION

Madame,

Dans le cadre des études de sage-femme, je travaille sur un mémoire concernant l'information écrite sur le déclenchement artificiel du travail à Limoges.

A la fin de votre grossesse, on vous a remis une information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail. L'objectif de ce questionnaire est de savoir si cette fiche vous a été utile.

Ce questionnaire et la recherche d'informations dans votre dossier obstétrical vont me servir de support pour mon travail. C'est pourquoi ces questionnaires ne sont pas anonymes, mais les informations fournies sont soumises au secret professionnel et seront anonymisées ensuite pour l'étude.

Pour les questions où il y a plusieurs propositions, cochez la case qui vous correspond.

Amandine BELOTTI

Renseignements généraux :

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance : .. / .. /

1) Quel niveau d'étude avez-vous ?

- Aucun diplôme
- BEPC seul
- CAP, BEP ou diplôme équivalent
- BAC, brevet professionnel ou équivalent
- > BAC
- Autre :

13) A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous?

- Agriculteurs
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions Intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Sans activité professionnelle (étudiant, RSA...)

Renseignements obstétricaux :

14) Combien de fois avez-vous accouché ? . . .

15) De quelle manière avez-vous accouché cette fois-ci ?

- Normalement par la voie basse
- A l'aide d'instruments (forceps, ventouse)
- Par césarienne

16) Votre travail a-t-il été déclenché par :

- Tampon intra-vaginal
- Comprimé intra-vaginal
- Perfusion
- Tampon + Perfusion
- Comprimé + Perfusion

17) Le temps qui s'est écoulé entre le déclenchement artificiel de travail et votre accouchement est :

- < 6 h
- Entre 6 et 12 h
- > 12 h
- > 24 h

Concernant la fiche d'information écrite que vous avez reçu en fin de grossesse:

Concernant la forme seulement, pouvez vous donner votre avis sur :

18) La longueur :

- Insuffisante
- Correcte
- Excessive

19) La clarté, la lisibilité :

- Insatisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

Concernant le fond,

20) Ces informations vous ont-elles semblé :

- **Clares :**

- Insatisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

- **Compréhensibles :**

- Insatisfaisant
- Moyennement satisfaisant
- Satisfaisant
- Très satisfaisant

- **Répondre à vos attentes :**

- Oui
- Non

- **Conforme à la réalité de votre travail :**

- Oui
- Non

- **D'autres questions vous sont-elles venues, si oui lesquelles :**

-
-

21) A quel moment avez-vous lu cette fiche ?

- Lorsque qu'on vous la remise
- A la fin de votre grossesse
- Lorsque vous avez su que votre accouchement allait être déclenché

Pourriez-vous maintenant répondre à ce vrai / faux :

j. Le déclenchement artificiel du travail consiste à vous faire accoucher dans les 6 heures qui suivent.

- VRAI
- FAUX

k. Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus pour faire démarrer le travail.

- VRAI
- FAUX

l. Le dépassement de terme peut constituer dans quelques cas un risque pour votre enfant.

- VRAI
- FAUX

m. L'ouverture de la poche des eaux avant le travail n'entraîne pas de risque pour votre bébé.

- VRAI
- FAUX

n. Un déclenchement sans indications médicales (pour convenance) peut être pratiqué quand vous le désirez.

- VRAI

- FAUX
- o. Il existe principalement 2 méthodes pour déclencher artificiellement le travail.
 - VRAI
 - FAUX
- p. Lorsqu'il y a une indication médicale, le déclenchement artificiel peut être envisagé même si le col est fermé.
 - VRAI
 - FAUX
- q. Lors d'un déclenchement à l'aide d'une perfusion, il n'est pas nécessaire d'écouter en continu l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.
 - VRAI
 - FAUX
- r. Il n'existe pas d'autres moyens que l'anesthésie péridurale pour soulager la douleur des contractions utérines.
 - VRAI
 - FAUX

22) Pouvez-vous me décrire le déclenchement artificiel du travail en 5 mots ?

-
-
-
-
-

23) Aviez-vous des craintes ou des angoisses par rapport au déclenchement artificiel du travail ?

- Oui
- Non

- Si oui, pourriez-vous dire pour quelles raisons (cochez deux propositions) :

- Peur de l'inconnu
- Peur de la douleur
- Manque de maîtrise de la situation
- Pas assez d'information reçue
- Autres causes :

24) Accepteriez-vous une proposition éventuelle de déclenchement artificiel du travail dans des conditions favorables pour une grossesse ultérieure ?

- OUI
- NON
- Ne sait pas

Je vous remercie d'avoir accordé de votre temps à ce questionnaire.
AMANDINE BELOTTI

ANNEXE V : NOUVELLE FICHE D'INFORMATIONS

Fiche d'informations sur le déclenchement artificiel du travail

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 le déclenchement artificiel du travail. Cela va vous permettre de prendre une décision éclairée sur les modalités de votre accouchement.

- ***Qu'est ce qu'un déclenchement artificiel du travail ?***

Le déclenchement artificiel du travail consiste à provoquer des contractions de l'utérus et à modifier le col pour faire démarrer le travail.

- ***Quand un déclenchement artificiel du travail peut-il être envisagé?***

A l'hôpital mère-enfant, il vous est proposé lorsqu'il existe une raison médicale liée à votre état de santé et/ou à celui de votre enfant.

Par ailleurs, même si votre grossesse est normale, deux situations peuvent conduire à envisager un déclenchement :

- La grossesse prolongée (dépassement de terme) : Il 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 proposera une surveillance régulière toutes les 48 heures (avec consultation, monitoring, échographie obstétricale) puis une hospitalisation pour déclencher le travail 4 jours après le terme.
 - La rupture prématurée de la poche des eaux : c'est la perte des eaux avant le début du travail. Elle peut parfois entraîner une infection chez l'enfant. Pour cette raison, un déclenchement artificiel du travail est proposé après 12 heures d'attente de mise en travail spontanée avec une protection par antibiotiques.
- ***Comment se passe le déclenchement artificiel du travail ?***

Pour déclencher le travail, on dispose principalement de deux méthodes :

- l'administration intravaginale de dispositif contenant des prostaglandines
- la perfusion intraveineuse 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 quelques saignements.

Lorsqu'il y a une indication médicale pour provoquer un accouchement, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col. Si le col est fermé, on fera une application de prostaglandines par voie vaginale afin de faire « mûrir » votre col. Dans certains cas, plusieurs applications peuvent être nécessaires.

Ces prostaglandines peuvent être sous forme de tampon ou de gel et, dans certains cas, en l'absence de contre-indications, il est possible que le médecin vous propose une maturation par un comprimé introduit dans le vagin.

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.

- **Quels sont les moyens de gérer la douleur ?**

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 anti-douleurs pourront vous être proposés en l'absence de contre-indications.

- **Quelles sont les complications liées au déclenchement ?**

Dans l'accouchement déclenché, comme dans l'accouchement spontané, il peut se produire plus fréquemment des contractions excessives de l'utérus, une altération du rythme cardiaque fœtal ; 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.

Si vous avez besoin d'autres informations, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme toutes les questions que vous souhaitez.

BELOTTI Amandine

Titre du mémoire : L'information écrite concernant le déclenchement artificiel du travail à l'hôpital mère-enfant de Limoges.

70 pages.

Mémoire de fin d'études - Ecole de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2010-2011

Résumé :

Actuellement en France, 20% des accouchements sont déclenchés et ce pourcentage s'élève à 24% sur l'année 2009 à Limoges. L'information sur le déclenchement artificiel du travail fait partie des obligations du personnel soignant ; elle est faite oralement lors des consultations de suivi de grossesse à l'hôpital mère-enfant.

Une fiche d'informations écrite a été rédigée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France (CNGOF) en 2008. Cette fiche est peu utilisée en France et n'a donc fait l'objet d'aucune évaluation.

L'étude réalisée a pour objectifs de mettre en place et d'évaluer localement la fiche d'informations élaborée par la HAS et le CNGOF sur le déclenchement artificiel du travail.

C'est une étude prospective, d'observation, type exposée non exposée. Le manque de sujets nécessaires pour la population exposée à la fiche d'informations nous a seulement permis de faire une description des résultats. Les hypothèses recherche n'ont pu être que partiellement validées, cependant la nécessité d'une fiche d'informations concernant le déclenchement artificiel du travail semble évidente. Celle-ci permettrait de répondre à la demande croissante des patientes ainsi qu'au devoir d'informations du personnel soignant.

Une proposition de fiche adaptée aux pratiques de l'hôpital mère-enfant ainsi que la stratégie de passation et l'évaluation de cette fiche ont été proposés.

Mots clés : Déclenchement artificiel du travail- Fiche d'informations- Devoir d'informations