



UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine

Ecole de sages-femmes

Année 2014

**L'utilisation de l'ocytocine de synthèse par les
sages-femmes en Limousin.**

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

présenté et soutenu publiquement

le 25 août 2014

par

Juliette SABOURET

Née le 27 juin 1990, à Bordeaux

Dr M. Benacquista..... Maître de mémoire

Mr V. Fourgeaud Guidant de mémoire

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à Vincent Fourgeaud, dont l'aide pour ce travail a été précieuse et le soutien indispensable. Mais aussi au Dr Benacquista.

Egalement à mes parents, présents lors de ces années.

Un grand merci à Delphine, Marie, Pauline pour ces 4 années passées ensemble et à mes amis de plus longue date : Angéline, Brice, Kevin, Zélia.

Tous m'ont épaulé, distrait, fait réfléchir et réussir.

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
PREMIERE PARTIE : LA PLACE DE L'OCYTOCINE PARMIS LES DIFFERENTES METHODES DE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL A TERME	7
1. Généralités	8
1.1. Les techniques anciennes	9
1.2. L'amniotomie	9
1.3. Les prostaglandines.....	9
2. L'OCYTOCINE	10
2.1. Etude générale pharmacologique	10
2.2. Focus sur les effets délétères potentiels sur les muscles.....	11
2.3. Le déclenchement par ocytocine dans la littérature	12
2.4. Recommandations du laboratoire	13
3. PROTOCOLES ET RECOMMANDATIONS	15
3.1. Les Recommandations de la Haute Autorité de Santé	15
3.2. Le Protocole à l'HME annexe 3.....	21
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	25
1. CONSTAT	26
2. OBJECTIFS.....	26
3. HYPOTHESES	26
4. INTERET DU MEMOIRE	26
5. METHODOLOGIE	27
5.1. Type d'étude.....	27
5.2. Population d'étude et nombre de sujet nécessaire:	27
5.3. Moyen d'investigation	27
5.4. Caractéristiques des variables étudiées.....	28
TROISIEME PARTIE : RESULTATS	31
1. Taux de retour	32
2. Description de la population	32
2.1. L'âge	32
2.2. Le sexe	32
2.3. Formation initiale	33
2.4. Années d'obtention du diplôme d'Etat	33
2.5. Exercice en salle de naissance dans les 12 derniers mois	34
3. Connaissance des sages-femmes en Limousin	34
3.1. Par maternité	34
3.2. Selon l'année d'obtention du diplôme d'Etat	35
3.3. Selon l'âge et le sexe.....	35
3.4. Selon le lieu de formation initiale	35
4. Focus sur les connaissances erronées des recommandations de la HAS :	35
4.1. Concernant le dépassement de terme	36
4.2. Concernant le diabète gestationnel	37
4.3. Concernant les grossesses gémellaires	38
4.4. Concernant les suspicions de macrosomie fœtale isolée	39
4.5. Dans le cas de RCIU avec poursuite de la croissance fœtale	39
4.6. En présence d'antécédent d'accouchement rapide	40
4.7. Concernant l'hypertension artérielle gravidique	41
4.8. Concernant le déclenchement par ocytocine	42
4.9. Concernant les autres méthodes	43
4.10. Concernant les protocoles existants concernant le déclenchement du travail par ocytocine	43
5. Réponses aux hypothèses	47

5.1. Hypothèse principale	48
5.2. Hypothèse secondaire	48
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	49
1. Eléments de discussion	50
2. Points forts et points faibles de mon étude	50
3. Proposition d'action	53
3.1. Guide pratique à destination des sages-femmes	53
3.1.1. Définition de la population cible	54
3.1.2. Nature de l'information	54
3.1.3. Choix de l'information	54
3.2. Note d'information aux patientes.....	54
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE.....	57

INTRODUCTION

Une grande majorité de maternité a fait de l'utilisation de l'ocytocine de synthèse une pratique courante.

Ainsi, les sages-femmes exerçant en salle de naissance sont amenées à manipuler cette molécule dans diverses situations et souvent, de manière différente suivant les établissements.

Ce travail pose alors la question d'une possible vulgarisation de son utilisation et d'un manque de référence aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Nous aborderons de manière exclusive dans notre mémoire son utilisation dans le déclenchement artificiel du travail et non lors de la direction d'un travail spontanée.

Dans un premier temps sera abordée la place de l'ocytocine de synthèse parmi les différentes méthodes de déclenchement artificiel du travail d'un point de vue bibliographique : des techniques les plus anciennes aux dernières molécules. Nous verrons ensuite quelles sont les principales indications du déclenchement artificiel du travail.

Nous vous présenterons ensuite le travail de recherche effectué en précisant le type d'étude choisie et la méthodologie employée.

Les résultats de ce travail seront ensuite exposés, puis exploités. Ils aboutiront à une discussion finale, traitant des connaissances actuelles des sages-femmes hospitalières du Limousin sur les recommandations nationales.

Enfin seront mis en avant les outils qu'il serait utile de mettre en place afin d'améliorer les pratiques ainsi que l'information dans la prise en charge des patientes dont le travail est déclenché.

PREMIERE PARTIE : LA PLACE DE L'OCYTOCINE PARMIS LES DIFFERENTES METHODES DE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL A TERME

1. Généralités

Le déclenchement artificiel du travail peut se faire sur indication médicale ou pour des raisons de convenance. L'équipe médicale qui l'encadre doit être suffisante pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant. Cette pratique doit aboutir à une diminution de la morbidité fœtale et néonatale, sans augmenter la morbidité maternelle. Les conditions nécessaires à ces pratiques sont le respect strict des méthodes de déclenchement et le choix d'une méthode adaptée à chaque cas. [1]

Les déclenchements d'indication médicale ont plusieurs visées, d'une part, il existe des intérêts maternels, dans le cas de cardiopathies, pneumopathies, néphropathies, maladies infectieuses, leucémies, lymphomes, cancers. D'autre part un intérêt fœtal peut être recherché, pour les grossesses prolongées, les diabètes maternels, les maladies hémolytiques, un retard de croissance intra-utérin, une malformation fœtale et une rupture prématurée des membranes. Ils peuvent aussi avoir un intérêt double : dans le cas d'une hypertension artérielle gravidique mal équilibrée ou de pré-éclampsie par exemple.

Le déclenchement de principe, ou de convenance, naît d'une décision conjointe entre le praticien et la patiente. Ce dernier est pratiqué en cas d'absence de contre-indication, même relative, et si les conditions obstétricales sont favorables. [1-4]

Les contre-indications communes à ces pratiques sont les contre-indications d'accouchement par la voie basse et celles du déclenchement lui-même. [4]

De plus, le déclenchement choisi dépendra de certaines conditions mécaniques, qui sont les caractéristiques physiques du col mais également d'autres facteurs tels que la parité, la posture de la patiente, la position de la présentation et le poids fœtal. Afin d'apprécier cliniquement les paramètres physiques du col, le score le plus répandu est celui de Bishop, qui définira un col mature à partir de 5 points. [1]

PARAMETRES	0	1	2	3
DILATATION du col utérin	fermé	1-2 cm	3-4 cm	≥5 cm
EFFACEMENT	0-30%	40-50%	60-70%	≥80%

du col utérin				
CONSISTANCE du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
POSITION du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
POSITIONNEMENT de la présentation foetale par rapport aux épinos sciatiques	Mobile (3 cm au dessus)	Amorcée (2 cm au dessus)	Fixée (≤1 cm au dessus)	Engagée (1-2 cm au dessous)

Tableau 1 score de Bishop

1.1. Les techniques anciennes

Certaines techniques sont révolues, telle que la dilatation cervicale à la bougie ou par ballonnet. D'autres sont toujours pratiquées mais ne font pas l'objet de protocoles, comme le décollement du pôle inférieur de l'œuf. La stimulation mammaire a été également remplacée par des méthodes médicamenteuses. [3]

1.2. L'amniotomie

Appelée également rupture artificielle des membranes, elle est isolée ou associée à l'utilisation d'ocytociques. Pratiquée au cours d'un travail physiologique dans une présentation du sommet et avant dilatation complète, elle permet l'accélération du travail après l'ouverture de l'œuf. L'amniotomie intervient en amont de l'épreuve du travail ou d'une perfusion d'ocytocine. Elle nécessite un accès aisé aux membranes et une présentation appliquée. [6] Dans une situation pathologique, elle peut être utile dans le cas d'hydramnios, de dystocies dynamiques, de placenta prævia latéral ou marginal [7] [8]. L'amniotomie sera réalisée au cours d'une contraction utérine, dès l'obtention d'une dynamique régulière, sans condition stricte de dilatation cervicale. [6]

1.3. Les prostaglandines

Médiateurs cellulaires répandus de l'organisme, les prostaglandines (PG) utilisés en obstétrique dérivent de l'acide arachidonique. Parmi les produits prescrits, certains sont sous

forme naturelle: PGF2 alpha (Prostine F2 alpha) et PGE2 (Prostine E2), d'autres sont des dérivés de synthèse : le misoprostol, le sulprostone et le gemeprostone. [7] [8] L'indication principale de ces méthodes est la maturation cervicale.

2. L'OCYTOCINE

2.1. Etude générale pharmacologique

Le SYNTOCINON® est un analogue synthétique de l'ocytocine naturelle post-hypophysaire. Du grec ocys, ocytos : prompt et tocos : accouchement, l'ocytocine - ou appelée oxytocin - est un nonapeptide cyclique. [1–3]

Physiologiquement, cette hormone est synthétisée par l'hypothalamus, qui projette ses prolongements neuronaux dans l'hypophyse postérieure. C'est à ce niveau que seront stockés l'ADH et l'ocytocine en vue d'être libérés dans la circulation sanguine en cas de besoin. Tout au long de la grossesse, et plus particulièrement au troisième trimestre, l'étirement de l'utérus et du col envoie des impulsions par des fibres afférentes vers l'hypothalamus. Ce dernier y répond en synthétisant de l'ocytocine et en la délivrant par l'hypophyse postérieure. Par ailleurs, sa sécrétion est augmentée par la stimulation du sein et est diminuée par la prise d'éthanol. Sa demi-vie dans le plasma est de 5 à 10 minutes, elle est dégradée par une amniopeptidase ou ocytocinase et est éliminée par le rein. [4–6]

C'est en fin de grossesse où l'on assiste à l'augmentation du taux d'œstrogène qui, d'une part, stimule la synthèse de récepteur à l'ocytocine dans les cellules myométriales, et d'autre part, antagonise l'influence de la progestérone. C'est ainsi que l'efficacité de l'ocytocine s'accroît au cours de la gestation : l'utérus devient de plus en plus sensible à sa présence, du fait de la multiplication des récepteurs à la surface des cellules musculaires.

Ainsi, l'ocytocine a pour effet d'agir principalement sur le muscle lisse utérin et les glandes mammaires, en induisant une augmentation de la concentration calcique intracellulaire par stimulation de la phospholipase C. [1]

Sur la fibre musculaire lisse, en augmentant la concentration en calcium intracellulaire, l'ocytocine augmente la force et la fréquence des contractions musculaires. En effet, une fois l'hypothalamus impliqué, un rétrocontrôle positif de l'ocytocine induit une augmentation de sa sécrétion, donc les contractions utérines s'intensifient, et renvoient un feed back vers l'hypothalamus, et ainsi de suite.

Son action est couplée à celle des prostaglandines, dont la synthèse par le placenta est induite par la sécrétion d'ocytocine elle-même. Il est donc essentiel d'éviter d'interférer sur leur

production, en utilisant par exemple des médicaments anti-prostaglandines tel que l'ibuprofène, qui peut alors inhiber la première période du travail. [7,6]

Sur la glande mammaire, l'ocytocine contracte les canaux galactophores et permet ainsi l'éjection du lait. L'ocytocine a également, à dose élevée, une action vasodilatatrice sur l'ensemble de l'appareil cardio-vasculaire. [5,6]

De plus, l'ocytocine aurait un effet sur le système nerveux, en améliorant le comportement maternel chez certaines espèces animales et en ayant un effet de type amnésiant. [4] Son rôle a été également décrit chez l'homme ou la femme non gravide et non allaitante, dans l'excitation et l'orgasme sexuel en étant responsable de la sensation de satisfaction sexuelle. Cette hormone entraîne un comportement positif et affectueux et est notamment appelé « cuddle hormone », littéralement, « hormone du câlin ». [5]

2.2. Focus sur les effets délétères potentiels sur les muscles.

Nous nous plaçons ici dans le cadre d'une utilisation excessive de l'ocytocine de synthèse.

Tout d'abord, toutes les structures musculaires des êtres vivants ont un point commun : en réponse à un stimulus, elles convertissent l'énergie chimique (résultant de l'hydrolyse de l'ATP) en énergie mécanique, la contraction. C'est ainsi que l'augmentation de la concentration cytoplasmique en calcium ionisé entraîne une interaction de l'actine et de la myosine, déclenchant alors le phénomène contractile.

Contrairement au muscle strié, le muscle lisse se caractérise par une vitesse de contraction très lente et est dépendant du système nerveux végétatif. Ces muscles ont, par ailleurs, la capacité de maintenir un niveau de contraction élevé pendant des périodes plus longues et pour un coût énergétique plus faible. Ces différences reposent sur des aspects morphologiques et fonctionnels spécifiques (absence de système transverse, disposition particulière des filaments d'actine/myosine etc.). [8,9]. Il apparaît alors que la fatigabilité du muscle est moindre.

Dans le cas d'hypertonie ou, au contraire, d'atonie, il paraît rationnel de faire un lien entre une hyperstimulation du muscle et une réponse réactionnelle prouvant l'épuisement musculaire. Certains auteurs ont d'ailleurs mené des études expérimentales sur la diminution de la contractilité des cellules myométriales après une exposition à l'ocytocine. [10] Cependant, quelque soit le résultat de ces études, il est difficile d'extrapoler ces résultats à l'homme.

Face à ces travaux in vitro sur des modèles animaux, d'autres auteurs se sont intéressés au mécanisme cellulaire dans des expériences sur des modèles humains ex vivo. [11–13]

Ces études ont voulu mettre en évidence que des phénomènes influencent les réponses cellulaires, et donc, à plus grande échelle, ont des effets sur tout un organe. En effet, les récepteurs et voies effectrices sont étroitement régulées par des facteurs physiologiques et pharmacologiques. Cette régulation joue un rôle dans les réponses des cellules aux facteurs endogènes et exogènes.

Ainsi, on observe un phénomène très courant, la désensibilisation. Elle correspond à la diminution de la réactivité cellulaire à un médiateur ou une drogue après stimulation prolongée de la cellule par cet agent. Seule la forme homologue nous intéresse ici, c'est-à-dire une désensibilisation induite par l'agoniste de la molécule. Elle correspond à une diminution de la réactivité cellulaire due uniquement au facteur ayant induit le phénomène.

Un autre mécanisme, le « down regulation », est une diminution du nombre de récepteurs à la surface d'une cellule due à un excès de transmission (une libération élevée du médiateur ou agoniste exogène). [8,9]

Ces deux phénomènes nous montrent qu'un aminuement de la contractilité est possible ; non pas du à des contractions musculaires excessives mais à un défaut de concentration en récepteurs et une diminution de la réactivité cellulaire.

Dans ce cadre, nous comprenons que la durée du travail, associée ou non à un déclenchement, est cruciale pour la tonicité utérine dans les suites de couches. Car plus le muscle est sollicité, moins il sera sensible à l'ocytocine endogène sécrétée de manière physiologique après la délivrance.

2.3. Le déclenchement par ocytocine dans la littérature

L'utilisation de l'ocytocine est ancrée à une pratique obstétricale ancienne dans la plupart des établissements en France. Ainsi, la perfusion intraveineuse continue d'ocytocine a un intérêt dans de nombreux cas pour la correction de l'insuffisance de contractilité utérine. Elle permet de renforcer la fréquence et l'intensité des contractions, afin de réduire la durée du travail. [4]

Elle est utilisée lors d'insuffisance de contractions utérines en début ou en cours de travail au cours des accouchements eutociques, remplaçant l'expectative classique par une action médicamenteuse qui ne doit nuire ni au fœtus, ni à la mère.

Ainsi le travail doit être surveillé, en gardant comme critère d'eutocie la progression régulière des phénomènes mécaniques et dynamiques.

L'induction de contractions utérine ne doit être faite qu'en cas d'absence d'obstacle à l'accouchement par voies naturelles, et dans le cas d'une dilatation cervicale de 3 à 4 cm. [14]

La quantité d'ocytocine nécessaire pour déclencher des contractions efficaces est très variable selon la patiente.

Méthode de premier choix si les conditions cervicales sont favorables, elle reste la plus légitime, la mieux maîtrisée, la moins onéreuse et celle qui présente le moins d'effets secondaires.

L'utilisation de l'injection d'ocytocine par voie intraveineuse de manière continue permet d'adapter les posologies à la réponse utérine et maintenir l'action pharmacodynamique dans les limites de la physiologie.

Ainsi son utilisation nécessite la présence de la sage-femme ou du médecin, qui adaptera le débit au rythme, à l'intensité et à la durée des contractions utérines, ainsi qu'au rythme cardiaque fœtal, pour prévenir une hypertonie utérine et par la suite, une souffrance fœtale.

Certains auteurs [2] préconisent l'arrêt de la perfusion et le relais par une autre thérapeutique si, après un laps de temps de 2 h, la progression ou l'accélération du travail (en particulier de la dilatation) n'a pas été observé. D'autres [1] contre-indiquent d'augmenter le débit si la dynamique est régulière avec une dilatation qui progresse normalement (1cm / h) et ainsi de diminuer ce débit lorsque le travail progresse de façon satisfaisante.

Son utilisation se fait principalement face à une dystocie dynamique (sauf si celle-ci est la conséquence d'une impossibilité d'accoucher voie basse). [14–17]

2.4. Recommandations du laboratoire

Commercialisé sous le nom de SYNTOCINON®, sa composition est de 5 UI d'ocytocine par ampoule d'1 mL. Son utilisation est indiquée dans l'insuffisance de contraction utérine, en début ou en cours de travail, la chirurgie obstétricale et l'atonie utérine consécutive à une hémorragie du post-partum.

La dilution d'une ampoule doit se faire dans un soluté glucosé isotonique de 500 mL, la vitesse de perfusion doit être contrôlée et adaptée à la réponse utérine. Il est conseillé de commencer à un rythme de 1 à 4 milli-unités (mUI) par minute avec un maximum de 20 mUI par minute. Si les contractions ne sont pas établies après la perfusion de 5UI, cette dernière devra être interrompue et rétablie le jour suivant.

Des contre-indications existent, telles que:

- l'hypersensibilité à l'un des composants
- les dystocies mécaniques (dispropotion foeto-maternelle...)
- la fragilité ou surdistension excessive de l'utérus (hydramnios...)
- l'hypertonie utérine ou souffrance foétale quand l'accouchement n'est pas imminent
- les troubles cardio-vasculaires et toxémies gravidiques sévères
- la prédisposition à l'embolie amniotique (mort foétale in utero, hématome rétro placentaire)
- les placentas prævia

Son administration doit se faire par voie intraveineuse (IV) lente au risque de provoquer une hypotension immédiate transitoire, un flush et une tachycardie si elle se fait par voie IV rapide et avec prudence chez les patientes prédisposées à l'ischémie myocardique comme celles présentant un «syndrome QT long».

Le contrôle médical suite à son utilisation doit être très strict. Le monitoring de l'activité utérine et de l'état du fœtus, du début à la fin de l'accouchement, est instauré afin de prévenir une souffrance foétale due à une hypertonie utérine, réversible à l'arrêt du traitement.

Cette hormone peut entrer en interaction avec d'autres molécules, par exemple avec l'halothane (anesthésique volatil), son effet peut également être accentué par les prostaglandines et l'ocytocine peut potentialiser l'effet vasoconstricteur des sympathomimétiques au cours d'une anesthésie péridurale. En l'absence d'étude de compatibilité, ce médicament ne doit pas être mélangé avec d'autres.

L'ocytocine a rarement comme effets indésirables :

- des troubles digestifs
- des troubles du rythme
- une coagulation intra ventriculaire disséminée
- très rarement des effets antidiurétiques

-exceptionnellement elle entraîne des rashes, des réactions anaphylactoïdes, voire des chocs anaphylactiques.

En cas de surdosage, le SYNTOCINON est responsable de souffrance fœtale (qui s'objective par un ralentissement du rythme cardiaque, une hypoxie, l'apparition de liquide amniotique méconial) liés à une hypertonie utérine. [18]

3. PROTOCOLES ET RECOMMANDATIONS

3.1. Les Recommandations de la Haute Autorité de Santé

- Méthodologie utilisée pour rédiger ces recommandations :

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Concernant le déclenchement artificiel du travail, la HAS a rédigé ces recommandations selon la méthode d'adaptation des Recommandations pour la pratique clinique (RPC), méthode permettant d'élaborer des recommandations à partir de RPC déjà existantes.

Cette méthode est réalisée en plusieurs étapes.

Un premier processus, la phase d'adaptation, consiste à évaluer le contenu des RPC déjà disponibles par un comité de pilotage ; les RPC retenues constituent la base de l'argumentaire, qui sera complété par une revue de la littérature.

Cet argumentaire est alors transmis à un groupe de travail, qui, après analyse et discussion, proposent des recommandations, qui seront soumises à un groupe de lecture. La version finale est alors discutée par la commission Evaluation des stratégies de santé et rendue au Collège de la HAS, qui enfin, valide le rapport final et autorise sa diffusion.

Le travail de l'HAS s'est appuyé principalement sur les travaux du National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) et de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC).

En effet, certaines parties de l'argumentaire ont été adaptées et traduites à partir du *Clinical Guideline D : Pregnancy and childbirth-induction of labour*, datant de 2001.

- Généralités issues des recommandations concernant le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée :

Le plan adopté est fait de manière claire et comporte plusieurs parties :

- une concernant le déclenchement pour indication médicale,
- une pour indication non médicale,
- une traite des méthodes de déclenchement,
- une suivante aborde la surveillance du déclenchement,
- une autre les grossesses à risques,
- une dernière est consacrée à l'information de la femme enceinte.

Ainsi, les indications médicales pour mettre en place un déclenchement artificiel du travail sont :

-en cas de dépassement de terme : à 41 SA et 6 jours il est recommandé de réaliser un déclenchement précédé d'une maturation cervicale par prostaglandines, il est possible de le faire à 41 SA suite à une demande la femme enceinte ou pour une nécessité d'organisation des soins.

-en cas de rupture prématurée des membranes : il faudra dans ce cas prendre en compte le risque infectieux, envisager un déclenchement immédiat si le col est favorable, dans le cas contraire, un délai d'expectative de 48 h ne devra pas être dépassé.

-en cas de diabète : un diabète insulino-dépendant relève d'une décision pluridisciplinaire et au cas par cas, un diabète déséquilibré ne doit pas dépasser 38 SA et 6 jours, et un diabète équilibré n'entraîne pas de conduite à tenir spécifique.

-en cas de grossesse gémellaire : aucune donnée de la littérature permet de conclure sur la nécessité d'un déclenchement systématique, cependant il est recommandé de ne pas dépasser 39 SA et 6 jours.

-en cas de suspicion de macrosomie fœtale : aucune donnée ne permet d'affirmer que le déclenchement permettrait de réduire la morbidité néonatale et maternelle.

-en cas de retard de croissance intra-utérin : les données de la littérature sont insuffisantes pour conclure sur les avantages et les risques du déclenchement artificiel du travail.

-en cas d'antécédent d'accouchement rapide : cela peut être une indication si le col est favorable et sera décidé selon les souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.

-en cas d'hypertension artérielle : elle ne constitue pas une indication de déclenchement du travail, une surveillance est cependant nécessaire.

Concernant le déclenchement de convenance, le NICE n'a pu définir les risques liés au déclenchement de convenance et a établi simplement cette recommandation : « dans les établissements où les ressources le permettent, un déclenchement de convenance demandé par la femme enceinte pourrait être envisagé pour des raisons psychologiques et sociales, à la condition que l'état du col soit favorable (accord professionnel)».

D'après les résultats de différentes études [19–25], un col immature en cas de déclenchement de convenance semble être associé à un taux de césarienne plus élevé, comparativement au déclenchement spontané du travail. De plus, ils ne mettent pas également en évidence une augmentation du risque de l'utilisation de méthodes instrumentales, de complications néonatales ou d'hémorragies du post-partum en cas de déclenchement de convenance.

Ainsi, un déclenchement de convenance ne pourra être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

-utérus non cicatriciel,

-terme précis,

-à partir de 39SA,

-col favorable : score de bishop supérieur ou égal à 7,

-demande ou accord de la patiente,

-information des modalités et des risques potentiels (note d'information destinée aux patientes).

- Les recommandations concernant le déclenchement par ocytocine de synthèse précisent :

La méthode d'utilisation est la suivante : une amniotomie doit être réalisée au préalable. Le débit doit être de 2,5 mUI par minute et augmenté toutes les 20 à 30 minutes. La dose perfusée doit être la plus faible possible, et doit entraîner trois à quatre contractions par minute.

Le débit maximum conseillé est de 20 mUI par minute, et s'il est nécessaire d'augmenter la dose administrée, 32 mUI sera celle à ne pas dépasser.

Suite à l'obtention d'une dynamique utérine satisfaisante, le débit pourra être diminué, voire interrompu.

Les protocoles utilisant l'ocytocine devront spécifier la dose administrée (en mU / min) plutôt que le volume du liquide perfusé. Il est préférable que la thérapeutique soit administrée à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve anti reflux ou par une seringue électrique avec la même sécurité.

Le dosage à respecter est indiqué dans le tableau ci-contre :

Tableau 2.Exemple de concentrations en milli-unités par minute en fonction de différents dosages et débits de perfusion

Perfusion 5UI dans 500mL de solution isotonique		Perfusion 10 UI dans 500mL de solution isotonique		Seringue 5UI dans 49mL de solution isotonique	
Débit	Concentration mU / min	Débit	Concentration mU / min	Débit	Concentration mU / min
15 mL / h 5gouttes / min	2,5	15 mL / h 5 gouttes / min	5	1,5 mL / h	2,5
30 mL / h 10 gouttes / min	5	30 mL / h 10 gouttes / min	10	3 mL / h	5
60 mL / h 20 gouttes / min	10	60 mL / h 20 gouttes / min	20	6 mL / h	10
120 mL/h 40 gouttes/min	20	120 mL / h 40 gouttes / min	40	12 mL / h	20

De plus, les recommandations rappellent qu'une surveillance particulière encadre tout déclenchement : un monitoring de la fréquence cardiaque et de la contractilité utérine doivent être réalisés avant ; dans le cas d'un déclenchement par oxytocine, un monitoring continu devra être mis en place. En cas d'hypertonie sous perfusion d'oxytocine, l'hypercontractilité utérine associée à un tracé cardiotocographique pathologique doit faire interrompre la perfusion.

- Les autres méthodes de déclenchement citées dans les recommandations :

-le décollement des membranes : cette méthode peut être proposée sans indication médicale urgente (grade A),

-les prostaglandines E2 : elles sont à utiliser principalement sous la forme intravaginale, moins agressive que la forme intracervicale,

-le misoprostol (prostaglandine E1) : cette forme thérapeutique n'a pas d'autorisation de mise sur le marché, mais les études réalisées montrent une efficacité et une tolérance comparables à celles des prostaglandines E2,

-la sonde de foley (moyen mécanique) : elle n'est pas recommandée en routine,

-autres méthodes : l'acupuncture, bien tolérée et semble réduire les interventions obstétricales ; la stimulation des seins, qui semble réduire le nombre de cas dans lesquels le travail ne débute pas dans les 72 heures et contribuer à réduire l'incidence des hémorragies post-partum ; l'homéopathie : les résultats des différentes études ne permettent pas de recommander l'homéopathie pour le déclenchement du travail.

Un déclenchement doit être réalisé près d'une salle de césarienne, et, dans le cas de déclenchement par ocytocine, dans une salle de travail.

- Cas particuliers des grossesses à risque et du déclenchement du travail selon la HAS :

Ils sont en rapport avec :

-présentation du siège : qui reste une contre-indication relative au déclenchement ;

-grande multiparité (plus de 5 accouchements antérieurs) : le déclenchement par ocytocine peut être associé à une augmentation du risque de rupture utérine. Dans une étude randomisée comparant l'administration intraveineuse d'ocytocine de manière rapide (dose doublée toutes les 15 minutes) et progressive (dose doublée toutes les 45 minutes) pour déclencher le travail chez les grandes multipares [27], dans le groupe « administration rapide », on observe des cas d'accouchements précipités (aucun pour « administration lente »), de nombreux cas d'hypercontractilité utérine et des cas de rupture utérine (aucune dans le groupe « administration lente »). Ainsi, l'usage d'ocytocine doit être prudent et lent dans ce cas.

-utérus cicatriciel : le risque de rupture utérine associé à un déclenchement doit être discuté avec la patiente. Cependant en ciblant les patientes ayant une forte probabilité d'accoucher par voie basse et en évitant le recours aux prostaglandines, l'incidence est diminuée.

- Informations recommandées à destination des patientes :

Les recommandations accordent une partie à l'information qui doit être donnée à la femme enceinte au vue d'un déclenchement. Une note d'information devrait ainsi être distribuée afin de compléter les explications orales [annexe 2].

Ce document devrait comporter:

- Une définition du déclenchement artificiel du travail

- Les motifs de déclenchement : il faut distinguer l'indication de déclenchement pour raison médicale (grossesse prolongée et rupture de la poche des eaux) et pour raison non médicale. Pour cette dernière, il faudra préciser à la patiente les conditions nécessaires vues ci-avant à respecter (terme, maturité du col) et la possibilité de refus de l'équipe soignante.

- Le déroulement de la méthode choisie ;

- Les inconvénients et les risques de celle-ci ;

- Les autres méthodes possibles de déclenchement.

3.2. Le Protocole à l'HME (annexe 3 et 4)

Le protocole en cours à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges s'intitule « déclenchement chez une femme enceinte à terme » rédigé en 2007. Ce dernier fait une distinction entre déclenchement et maturation cervicale.

- Le déclenchement :

On note :

- une partie concernant le déclenchement réalisé par amniotomie, où sont précisées les conditions de sa réalisation :

- un col favorable (bishop supérieur à 6) et impression clinique

- le terme supérieur à 37 SA

- des membranes intactes

Les pré-requis sont :

- un examen clinique maternel

-un monitoring cardiaque fœtal de trente minutes

-la pose d'une voie veineuse périphérique

➤ une partie concernant le déclenchement par ocytocine qui indique de diluer 5 UI de SYNTOCINON® dans 49 cc de sérum physiologique, de débuter la perfusion à un débit de 1,5 mL / minute soit 2,5 mUI / minute. L'augmentation doit se faire de 2,5 en 2,5 mUI / minute par palier de 20minutes. Le débit au-delà duquel le médecin doit être prévenu est de 10mUI/minutes.

Ce déclenchement nécessite :

-une pose d'anesthésie péridurale (APD) si possible et une amniotomie, réalisés dès l'obtention d'une dynamique utérine régulière,

-une surveillance en continue du rythme cardiaque fœtal,

-une surveillance de l'activité utérine en continu et la pose d'un capteur interne de pression utérine s'il s'agit d'un utérus cicatriciel.

- La maturation cervicale :

Elle impose deux modèles différents en fonction du terme de la patiente et de l'intégrité des membranes.

En effet, à un terme supérieur à 35 SA et des membranes intactes, la patiente doit être à jeun (sauf si diabétique), un examen complet est pratiqué, et selon le toucher vaginal et le score de bishop, la conduite à tenir est :

-score inférieur à 3 : PROPESS®, à renouveler le jour suivant.

-score compris entre 4 et 6 : PROSTINE® 1 ou 2 mg, à renouveler 6 heures plus tard, avec maximum 4 applications.

-score supérieur à 6 : déclenchement par amniotomie.

Au terme de 35 SA avec des membranes rompues, après un examen clinique complet et avoir vérifié que la patiente est à jeun, un temps de latence de 6 à 12 h est accordé, après lequel la conduite à tenir différera selon l'intégrité de l'utérus.

En cas d'utérus non cicatriciel :

-en présence d'un col favorable (bishop >6) : Il est conseillé de mettre en place une perfusion d'ocytocine, couplée si possible à une anesthésie péridurale et éventuellement à un

complément de rupture. Une tocographie interne doit être mise en place en cas d'utérus cicatriciel.

-en présence d'un col défavorable (bishop <6) : l'utilisation du CYTOTEC® ¼ de comprimé par voie vaginale, à renouveler après 6 h les conditions restent inchangées, peut être envisagée.

En cas d'utérus cicatriciel :

- en présence d'un col favorable, le protocole édicte les mêmes recommandations qu'en cas d'utérus non cicatriciel, une tocographie interne devra être mise en place,

- en présence d'un col défavorable l'utilisation de PROPESS® est recommandée et est à renouveler le jour suivant si les conditions restent inchangées.

Par ailleurs aucun document d'information destiné aux patientes n'est distribué concernant le déclenchement par ocytocine de synthèse à l'HME.

- Comparaison entre le protocole et les recommandations

Ainsi des différences entre le protocole existant à l'HME et les recommandations de la HAS sont à dégager.

La HAS ne fait pas de distinction entre le déclenchement artificiel du travail et la maturation cervicale, tandis qu'il existe deux protocoles distincts à l'hôpital.

Le protocole existant sur le déclenchement artificiel du travail se centre sur la pratique quotidienne des sages-femmes, en détaillant les conditions au déclenchement et les « prérequis » (examen clinique maternel, monitoring, pose de voie veineuse périphérique), tandis que les recommandations présentent de manière exhaustive les indications au déclenchement avant de détailler les différentes méthodes et leur modalité d'utilisation.

De plus, dans les conditions énoncées, nous trouvons la nécessité d'attendre 6 heures après l'administration de prostaglandines ou la nécessité d'une amniotomie préalable à la perfusion d'ocytociques.

Le protocole ne détaille pas les différentes dilutions possibles (cf tableau 1), de qualifier les doses utilisées en mUI en non en mL et d'augmenter par palier de 20 à 30 minutes une dose qui doit rester la plus faible possible, avec pour finalité l'obtention de 3 à 4 contractions par dix minutes. Il ne précise pas la dose maximale (20 mUI) et la dose à ne pas dépasser impérativement (32 mUI), et n'indique pas que la perfusion peut être diminuée, voire suspendue, lorsque la dynamique utérine est satisfaisante.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

1. CONSTAT

L'utilisation de l'ocytocine de synthèse est aujourd'hui très répandue, notamment dans le déclenchement artificiel du travail. Cependant son indication et la posologie sont variables selon les professionnels de santé.

Je me suis alors intéressée aux recommandations existantes de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives à son utilisation.

Face à cela, j'ai pu constater des différences entre les préconisations de la société savante et la mise en œuvre des pratiques. En effet, les modalités d'utilisation de cette même molécule diffèrent, de même que ses indications d'utilisation.

2. OBJECTIFS

L'objectif principal est de décrire les pratiques des sages-femmes travaillant en salle de naissance du Limousin sur l'utilisation d'ocytociques dans le cadre d'un déclenchement artificiel du travail.

L'objectif secondaire est d'effectuer un retour de mon travail aux sages-femmes du Limousin, et d'élaborer un outil informatif à destination des patientes.

3. HYPOTHESES

L'hypothèse principale est que la majorité des sages-femmes du Limousin connaissent les conditions d'utilisation des ocytociques dans le cadre d'un déclenchement artificiel du travail selon les références de la HAS.

La secondaire est qu'il existe une différence de connaissances des recommandations selon le type 1, 2 ou 3 du centre hospitalier où travaille la sage-femme.

4. INTERET DU MEMOIRE

Mon étude a pour intérêt de dresser un tableau précis des pratiques des sages-femmes en salle de naissances sur le sujet.

Une suite de mon travail pourrait être sa restitution au niveau du réseau Périnatlim, afin de susciter des échanges avec les professionnels concernés et d'aboutir à une réflexion communautaire sur le sujet.

5. METHODOLOGIE

5.1. Type d'étude

Pour répondre à mon objectif, j'ai utilisé une méthode quantitative, plus précisément, une étude descriptive transversale multicentrique (au niveau régional).

5.2. Population d'étude et nombre de sujet nécessaire:

Ma population source concerne les sages-femmes salariées en secteur hospitalier public et privé. Il s'agit donc d'un recrutement exhaustif.

En Limousin, cela prend en compte les maternités:

- de Brive: la clinique St Germain et le centre hospitalier (CH) Dubois
- de Tulle
- de Guéret
- de St Junien
- d'Ussel
- de Limoges : l'Hôpital mère enfant et la Clinique des Emailleurs.

Cela fait un total de 203 sages-femmes (16 en Creuse, 69 en Corrèze et 118 en Haute-Vienne).

Cependant le critère d'inclusion de la population est l'exercice des sages-femmes en salle de naissance. Ainsi une seconde sélection a été opérée afin d'obtenir ma population cible.

Dans ce cadre, un premier recueil téléphonique auprès des différents établissements ramène environ un échantillon de 127 SF exerçant en salles de naissances

5.3. Moyen d'investigation (annexe 6)

Un questionnaire avec en tête des explications sur mon mémoire a été distribué dans les salles de naissances des maternités citées ci-dessus, en accord avec les cadres des salles de naissances. Suite à des rendez-vous avec les cadres sages-femmes des différentes

maternités et cliniques, j'ai obtenu l'accord de distribuer mon questionnaire au sein de leur établissement.

Ce questionnaire anonyme a été distribué en mai 2013, date à laquelle j'ai terminé son élaboration avec mon directeur et mon guidant de mémoire et après l'avoir modifié selon les recommandations des cadres sages-femmes rencontrés.

De nombreuses relances téléphoniques et des relances des étudiantes sages-femmes sur les lieux de stages ont été faites et la durée de passation a été in fine de 5 mois

5.4. Caractéristiques des variables étudiées

Les variables étudiées seront quantitatives et qualitatives.

Afin d'étudier le profil de la population :

J'ai pu identifier des variables quantitatives :

- L' âge
- Le nombre d'années d'expérience en salles de naissances

Et des variables qualitatives:

- Le sexe
- Le niveau de la maternité d'exercice
- le lieu de formation

Les variables étudiées afin de répondre à mes hypothèses porteront sur la connaissance des recommandations sur les conditions d'utilisation de l'ocytocine de synthèse, dans le cadre du déclenchement artificiel du travail après 37SA, fixées par l'HAS. Elles sont qualitatives :

- la connaissance des différentes méthodes de déclenchements
- les indications de l'utilisation d'ocytocine (médicale, non médicale)
- les conditions d'utilisation de la thérapeutique
- la traçabilité de son utilisation

Et quantitative, tel que le détail de la mise en œuvre de la thérapeutique (posologie utilisée et dilution) afin de comparer les pratiques courantes et les recommandations.

Des variables qualitatives seront également étudiées concernant les motifs d'utilisation du SYNTOCINON®:

-l'usage à visée médicale (avec comme justification un déclenchement artificiel du travail)

-l'usage lors d'un travail physiologique, à visée non médicale (déclenchement de convenance).

Enfin, des variables quantitatives et qualitatives viseront à évaluer la connaissance des protocoles de la maternité où travaille la sage-femme interrogée :

- existence d'un protocole,
- intérêt pour le protocole : usage et pertinence selon les professionnels ;
- vraisemblance avec les recommandations dans les intitulés, les méthodes proposées, les indications, les posologies proposées.

Ces différentes variables seront étudiées via un questionnaire, outil principal de mon étude.

Il contient un nombre total de 25 questions explorant les connaissances des sages-femmes sur le sujet, toutes notées de manière égale. Afin d'exploiter les résultats, la note finale sur 25 sera rapportée à une note sur 20 par convention.

Ainsi, la validation de mon hypothèse dépendra de la note obtenue :

- < 10 / 20 : la note sera considérée comme insuffisante,
- Entre 10 et 12 : la note globale est passable,
- > 12 / 20 : le niveau de connaissance est satisfaisant,
- > 14 / 20 : montre de bonnes connaissances.

5.1. Méthodes statistiques

Les items de mon questionnaire ont été repris dans un tableur Excel® de Microsoft®.

Les résultats ont été traités statistiquement par Statview®. Les comparaisons de pourcentage ont été fait par un test du Chi2.

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentage, des moyennes ont été données pour les connaissances des professionnels.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

1. Taux de retour

Un recueil téléphonique m'a permis de recenser l'effectif théorique de la population étudiée. Suite à cela, 127 questionnaires ont donc été distribués, 105 réponses me sont revenues, soit un pourcentage de :

- 60 % pour les maternités de type 1 ;
- 97 % pour les maternités de type 2 ;
- 95 % pour la maternité de type 3 ;

Le pourcentage global de réponse est de 82,6%.

2. Description de la population :

2.1. L'âge :

	Moyenne d'âge	Effectif
Ensemble des maternités	35,49	105
Ensemble des maternités de type 1	39,77	30
Ensemble des maternités de type 2	35,77	35
Ensemble des maternités de type 3	32,02	40

L'âge moyen dans les maternités de type 1 est de 39,7 ans, dans les maternités de type 2 de 35,7 ans et dans les maternités de type 3 de 32 ans.

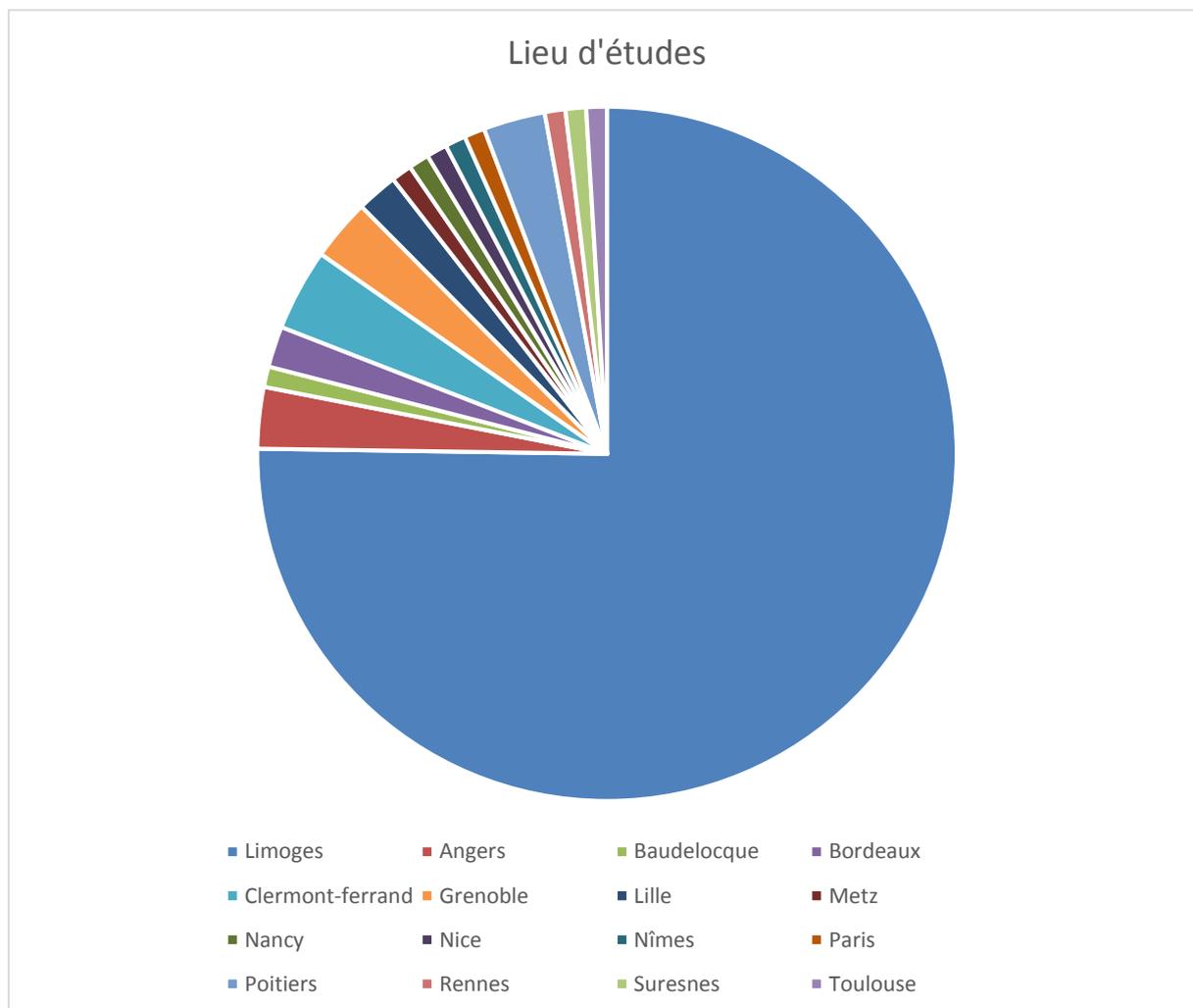
La moyenne d'âge est donc plus élevée dans les maternités de type 1 en comparaison avec les maternités de type 2 et 3.

L'écart entre l'âge moyen des sages-femmes selon la maternité n'est pas significatif car le $p=0,069$.

2.2. Le sexe :

Ma population est composée de 93,3 %, et de 6,67% d'hommes.

2.3. Formation initiale :



Le lieu d'étude de ma population a montré que 75,24 % des sages-femmes ont obtenu leur diplôme d'Etat à Limoges.

2.4. Années d'obtention du diplôme d'Etat :

Le pourcentage des sages-femmes diplômées avant 2005 étaient de 58%, contre 42 % diplômées après 2005.

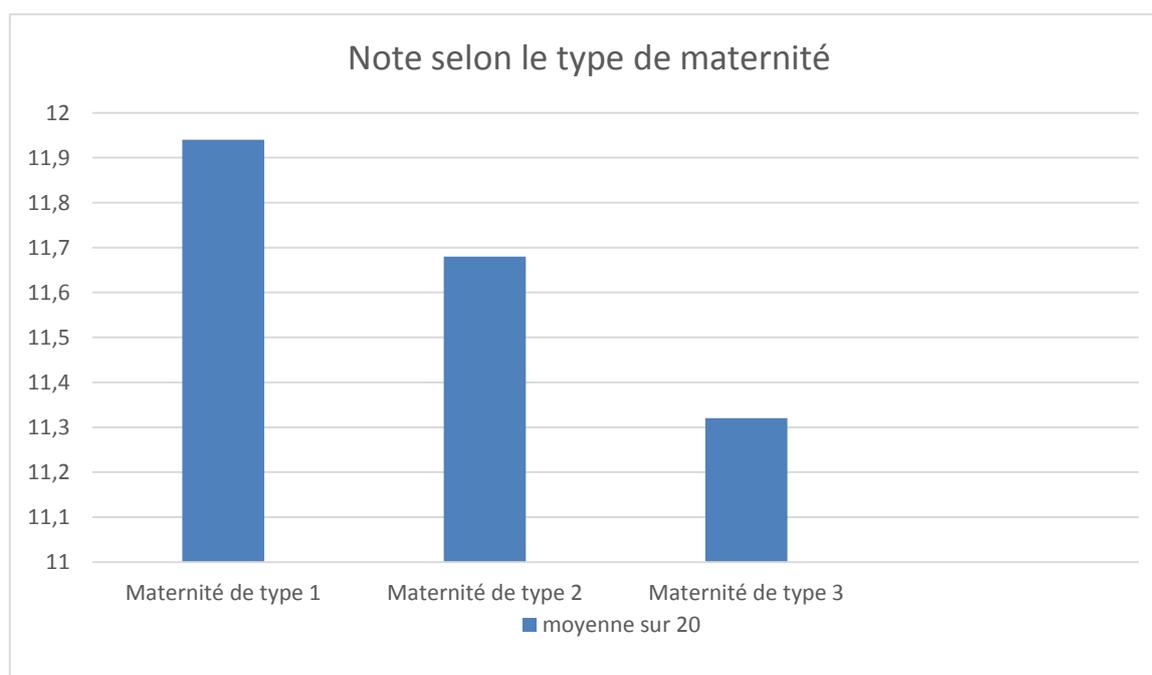
2.5. Exercice en salle de naissance dans les 12 derniers mois :

	% Type 1	% Type 2	% Type 3	Ensemble des maternités
N'ont pas exercé en salle de naissance ces 12 derniers mois.	0	8,57	12,5	7,62
Ont exercé en salle de naissance ces 12 derniers mois.	100	91,43	87,5	92,38
Total	100	100	100	100

Concernant l'exercice en salle de naissances dans les 12 derniers mois, on distingue que dans les maternités de type 1 les sages-femmes sont polyvalentes et chacune d'entre elles a exercé en salle de naissances ces 12 derniers mois. Tandis que dans les autres types de maternités 8,5% (type 2) et 12% (type3) des sages-femmes interrogées n'ont pas exercé en salle de naissances.

3. Connaissance des sages-femmes en Limousin :

3.1. Par maternité :



La note globale en maternité de type 1 est de 11,94 / 20 ;

En maternité de type 2, la note est de 11,68 / 20 ;

En maternité de type 3, la note est de 11,32 / 20.

Un test de chi2 a été réalisé, $p= 0,63$; il n'y a pas de différence significative selon le type de maternité où travaille la sage-femme.

3.2. Selon l'année d'obtention du diplôme d'Etat :

La moyenne globale des connaissances des sages-femmes diplômées avant 2005 est de 11,80 / 20 et la note des sages-femmes diplômées après 2005 est de 11,25 / 20.

Le $p=0,1454$, il n'y a donc pas de différence significative des connaissances des sages-femmes selon leur année d'obtention du DE.

3.3. Selon l'âge et le sexe:

Afin de vérifier si la note était corrélée à l'âge et au sexe, une régression linéaire a été réalisée, et n'a pas montré de différence significative entre l'âge et le sexe de la sage-femme et le niveau de connaissance.

3.4. Selon le lieu de formation initiale :

La note globale des sages-femmes formées à Limoges est de 11,6 / 20 et celle des sages-femmes formées dans les autres écoles est de 11,7 / 20.

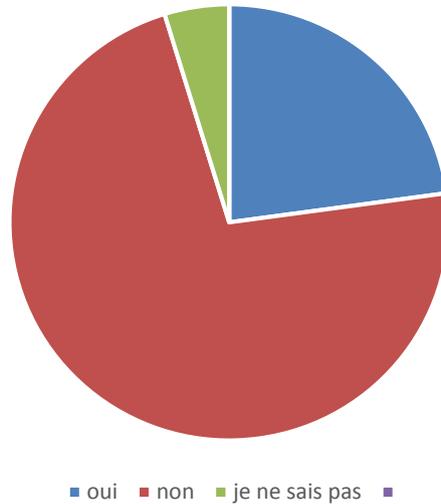
Il n'y a pas de différence significative des connaissances selon le lieu de formation des sages-femmes, $p = 0,9$.

4. Focus sur les connaissances erronées des recommandations de la HAS :

Dans cette partie seront détaillées les questions pour lesquelles au moins 25 % des sages-femmes ont répondu de manière incorrecte ou ne savaient pas.

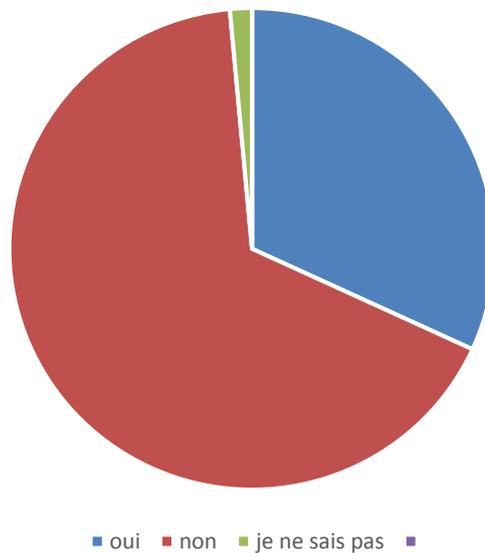
4.1. Concernant le dépassement de terme :

Il est toujours recommandé d'effectuer une maturation cervicale avant de réaliser un déclenchement à 41 SA et 6 jours



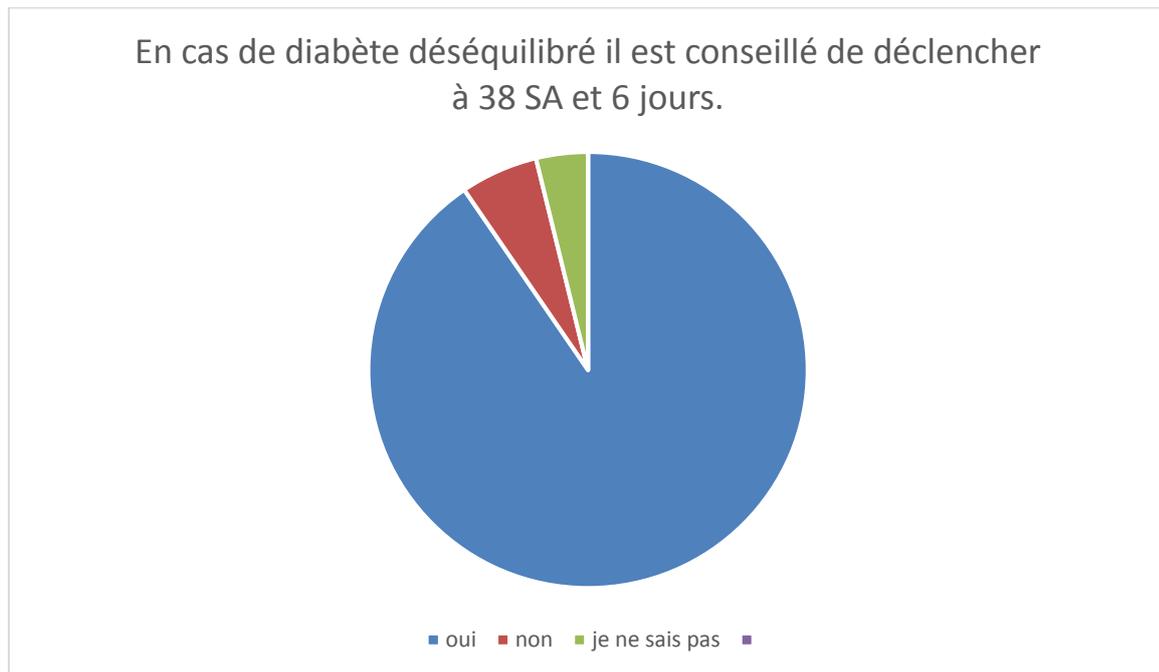
Les professionnels de santé ont répondu correctement à 72,38 % « non », 22,86 % « oui » et 4,76 % « je ne sais pas ».

Seule l'ocytocine est utilisée pour déclencher le travail

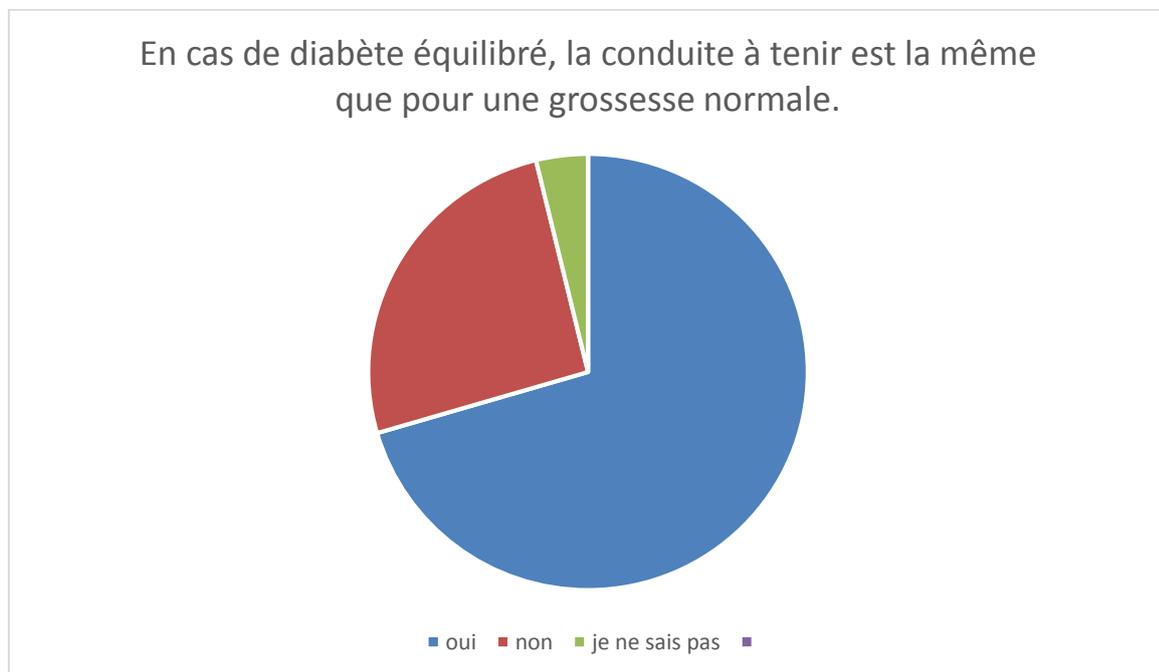


Les sages-femmes ont répondu de manière correcte à 63,81 % « non », 30,48 % « oui », 5,71 % « je ne sais pas ».

4.2. Concernant le diabète gestationnel :

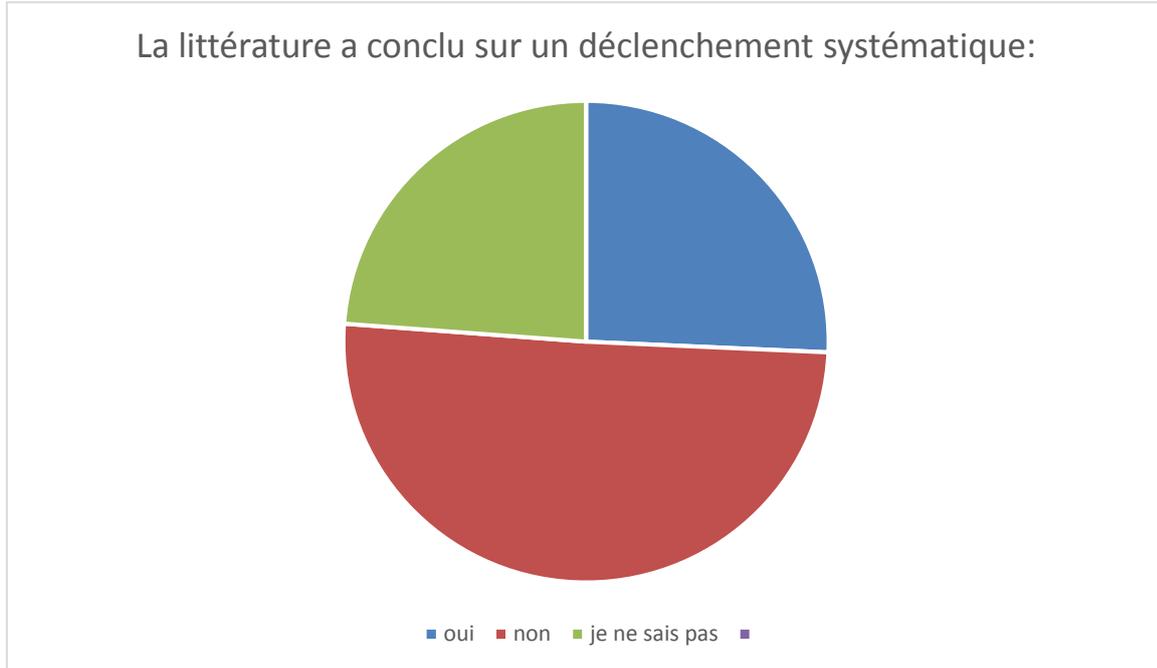


Pour cet item, la majorité des sages-femmes a répondu de manière incorrecte «oui » à 90,48 %, 5,71 % ont répondu « non », et 3,81 % « je ne sais pas ».

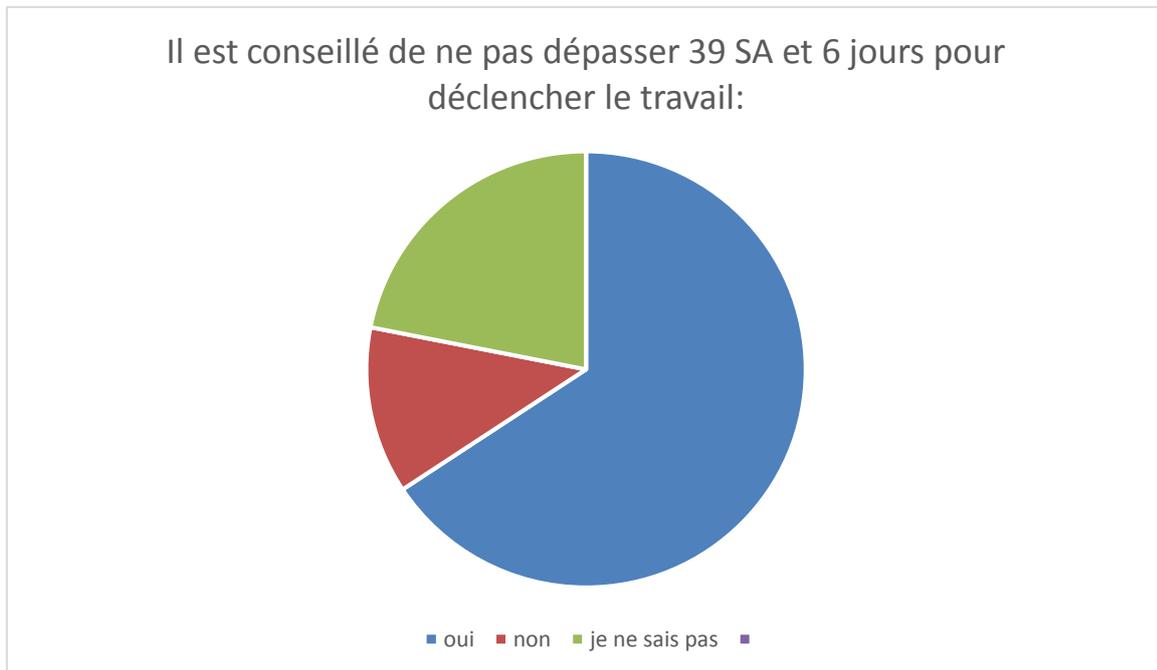


Les sages-femmes ont répondu correctement « oui » à 70,48 %, « non » à 25,71 %, et « je ne sais pas » à 3,81%.

4.3. Concernant les grossesses gémellaires :

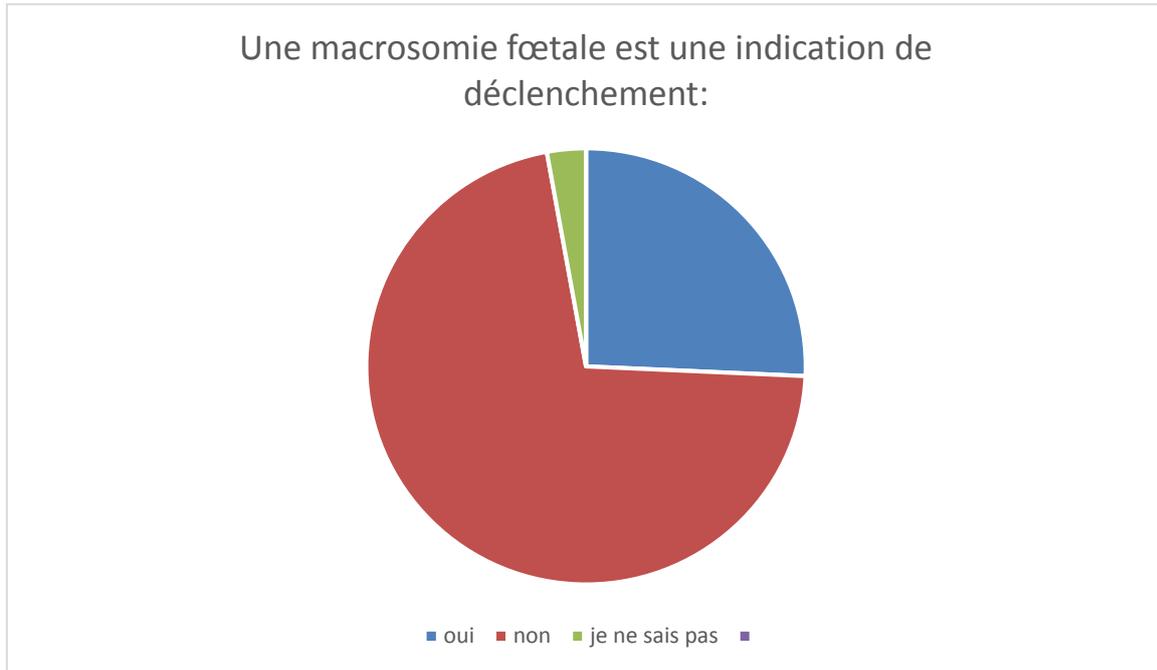


Nous constatons que 50,48 % des professionnels ont connaissance de l'absence de conclusion concernant le déclenchement des grossesses gémellaires. 25,71 % ont répondu « oui », 23,81 % « je ne sais pas ».



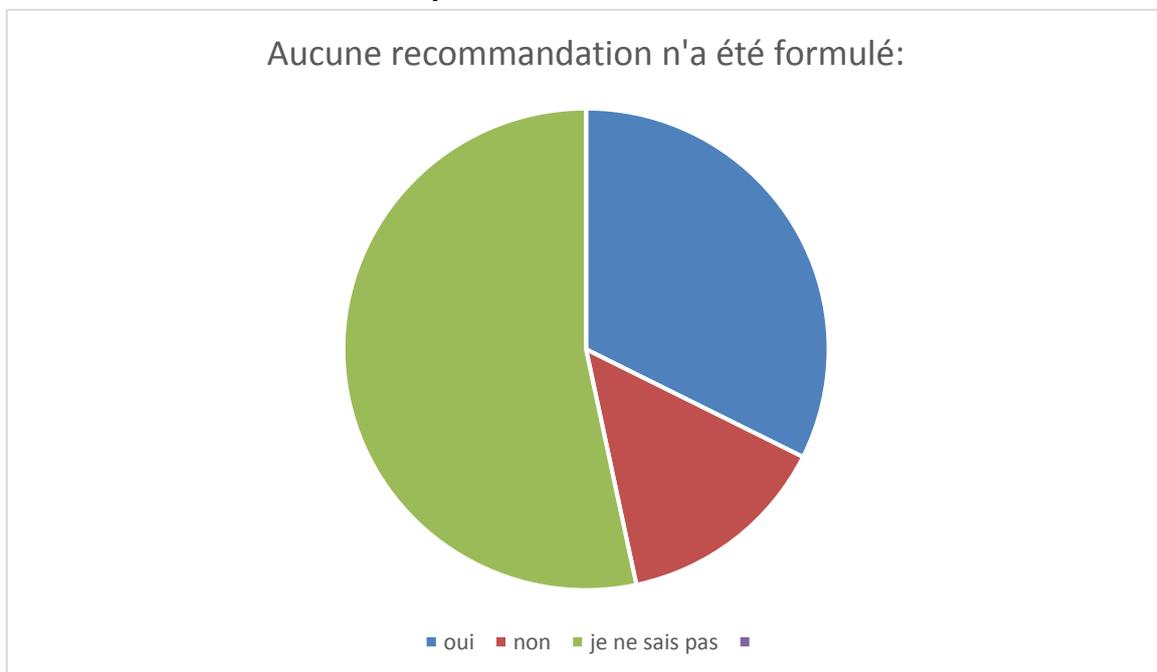
La majorité des sages-femmes (65,71 %) a bien répondu à cette question, 12,38 % ont répondu de manière incorrecte et 21,9 % ont répondu « je ne sais pas ».

4.4. Concernant les suspicions de macrosomie fœtale isolée :



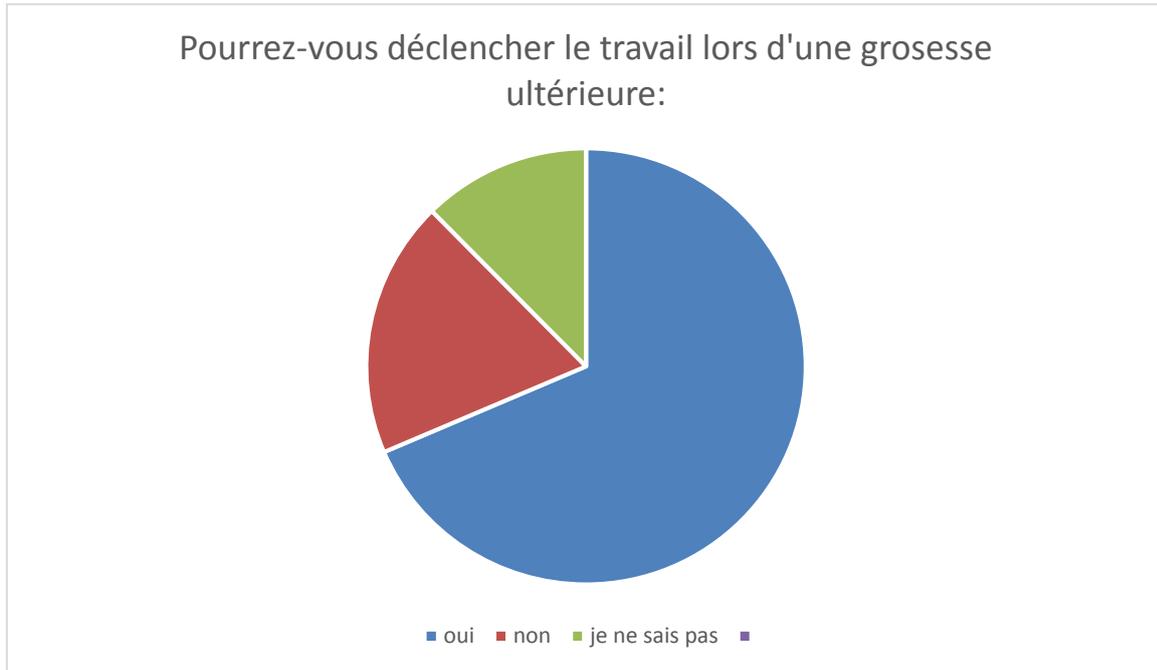
Nous constatons que 71,43 % des professionnels ont bien répondu, 25,71 % ont répondu de manière incorrecte, et 2,86 % ont répondu « je ne sais pas ».

4.5. Dans le cas de RCIU avec poursuite de la croissance fœtale :

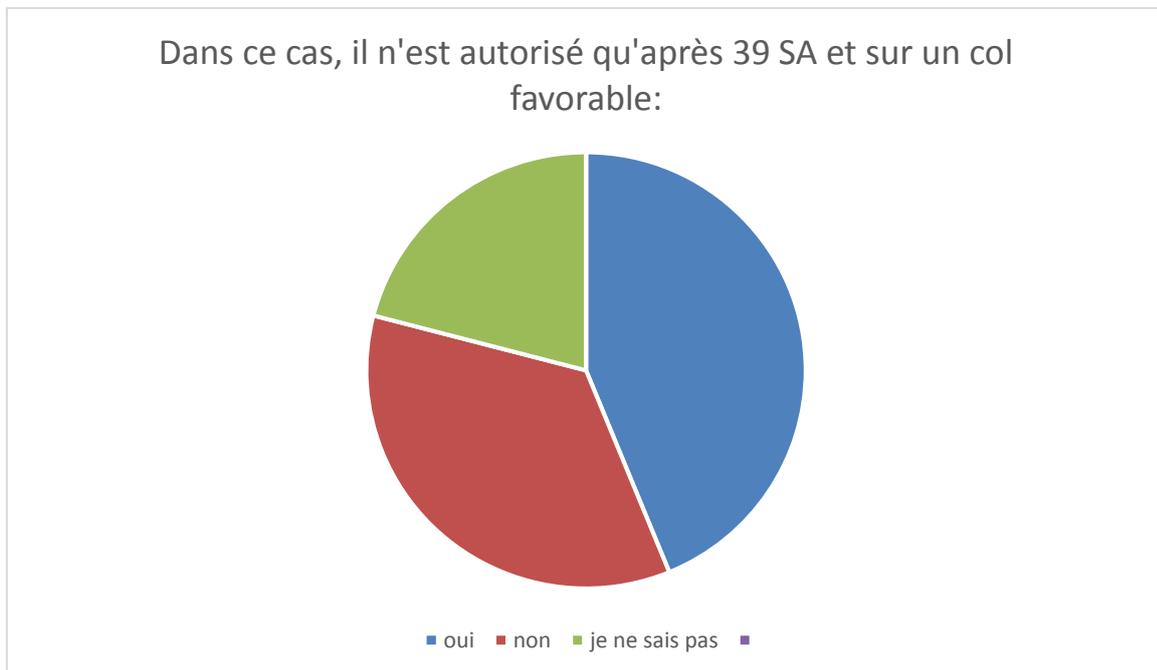


La majorité des sages-femmes n'ont pas su répondre à cette question (53,33 %), 32,38 % ont répondu correctement (« oui »), et 14,29 % ont répondu « non ».

4.6. En présence d'antécédent d'accouchement rapide :

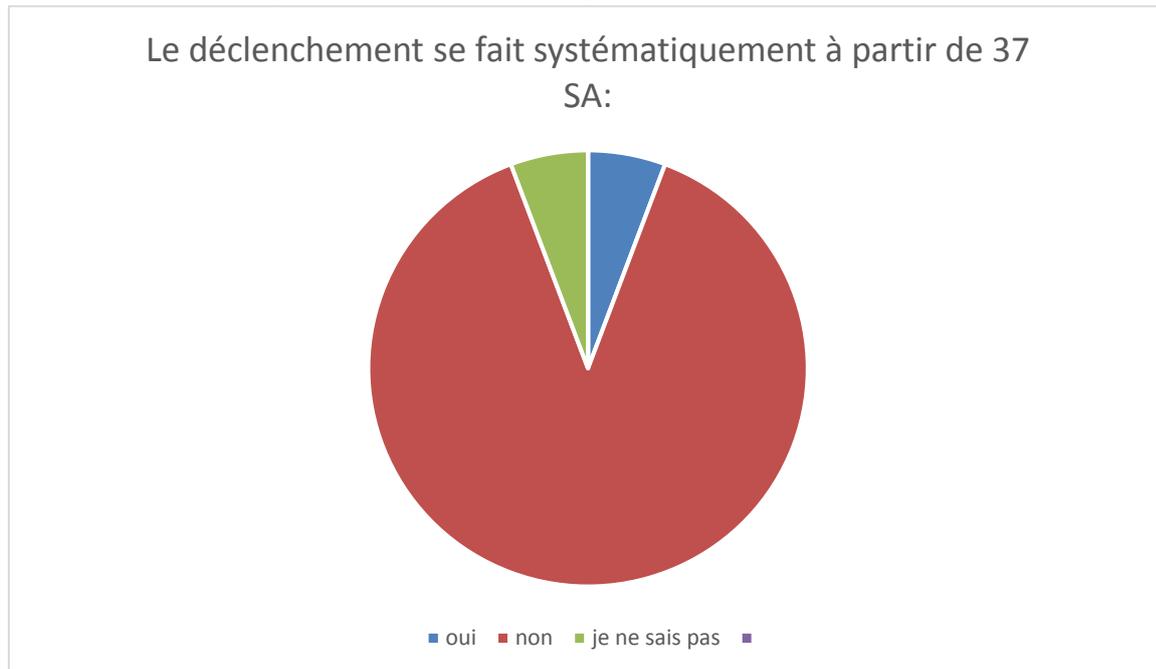


68,57 % savent qu'il est possible de déclencher le travail en cas d'antécédent d'accouchement rapide, 19,05 % ont répondu « non », 12,38 % « je ne sais pas ».



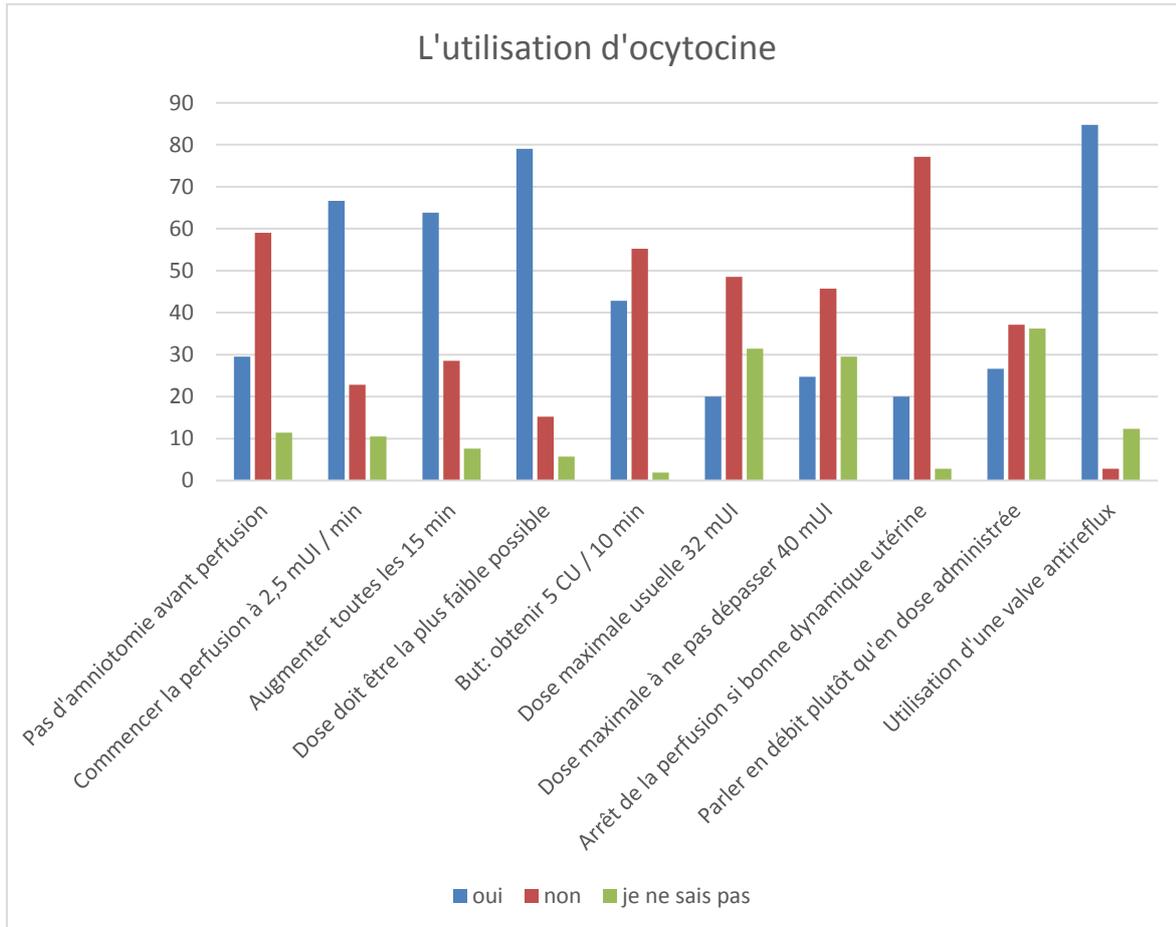
Nous constatons que 43,81 % ont répondu correctement « oui », 35,24 % « non » et 20,95 % « je ne sais pas ».

4.7. Concernant l'hypertension artérielle gravidique :



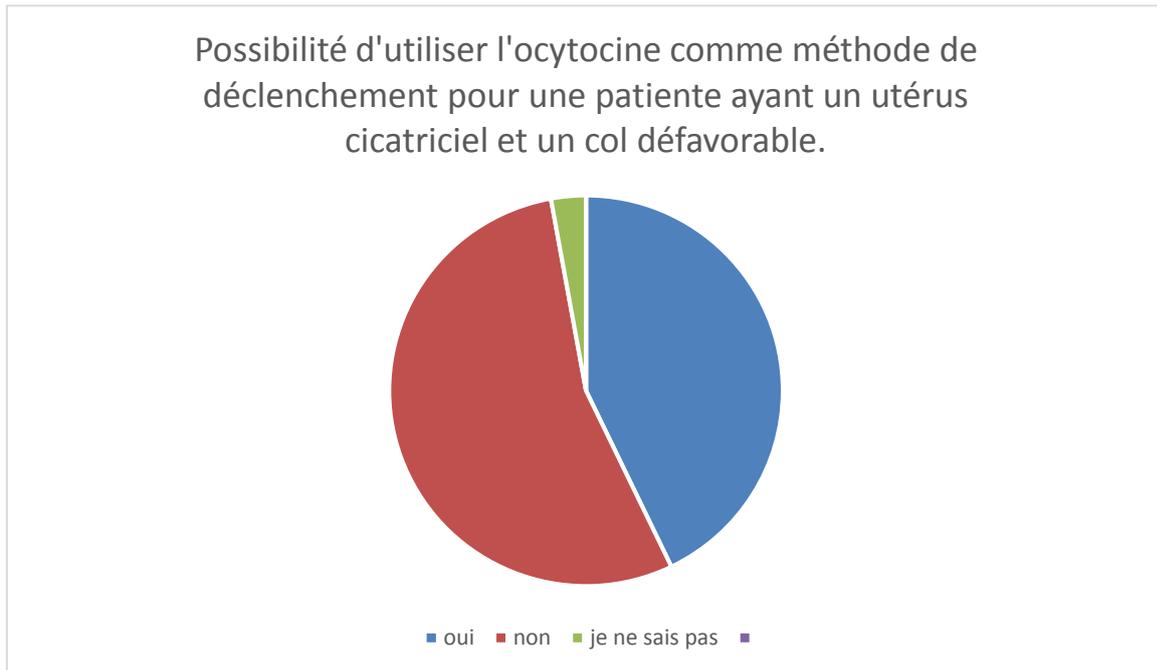
Les sages-femmes ont à 88,57 % bien répondu à cette question, 5,71 % ont répondu « non » et « je ne sais pas ».

4.8. Concernant le déclenchement par ocytocine :



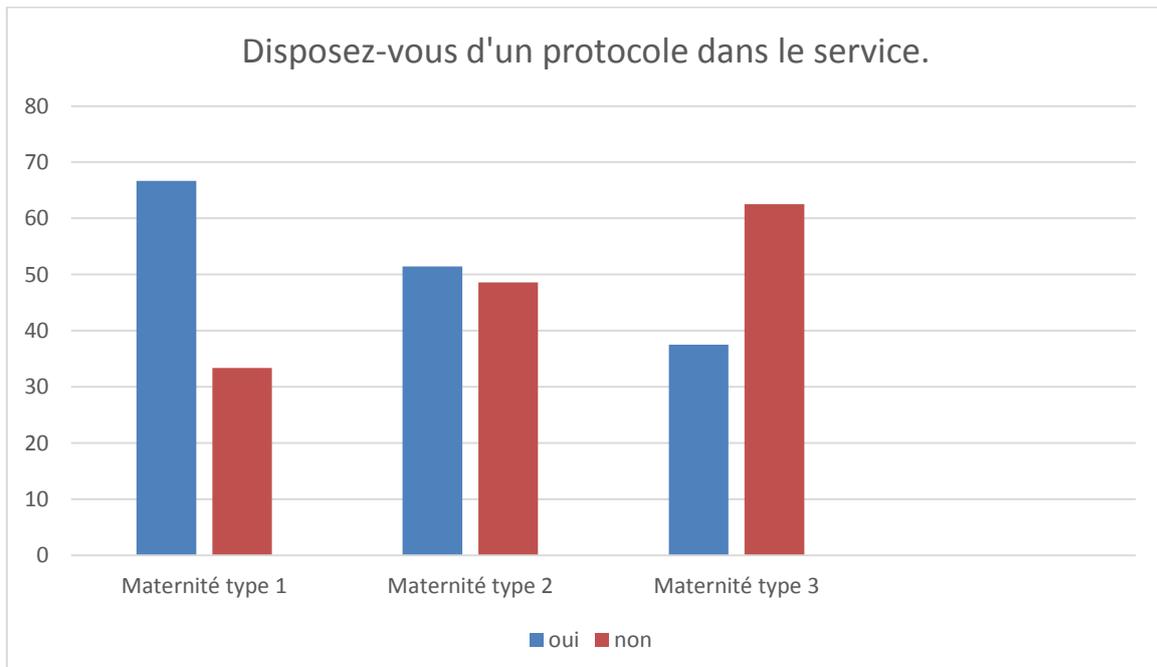
- A la première question, 59,05 % des sages-femmes ont répondu correctement, 29,52 % ont mal répondu et 11,43 % ont répondu « je ne sais pas ».
- 66,67 % des professionnels savent qu'il faut débiter par 2,5 mUI/min la perfusion d'ocytocine, 22,86 % ont répondu de manière incorrecte et 10,48 % ont répondu « je ne sais pas ».
- Pour l'item suivant, la majorité (63,81 %) a répondu qu'« il est recommandé d'augmenter la dose toutes les 15 minutes ». 28,57 % ont bien répondu, et 7,62 % ont répondu « je ne sais pas ».
- 55,24 % savent que le but n'est pas d'obtenir 5 CU / 10 minutes, 42,86 % ont mal répondu, et 1,90 % ont répondu « je ne sais pas ».
- Concernant la dose maximale usuelle, 48,57 % savent qu'elle n'est pas de 32 mUI, 20 % ont répondu de manière incorrecte et 31,43 % « je ne sais pas ».
- 45,71 % des sages-femmes savent que la dose maximale à ne pas dépasser n'est pas de 40 mUI. 24,76 % pensent que 40 mUI est la dose maximale et 29,52 % ne savent pas.
- 77,14 %, ont répondu de manière incorrecte que la perfusion d'ocytocine ne devait pas être arrêtée après l'obtention d'une bonne dynamique utérine. 20 % ont répondu de manière correcte, et 2,86 % « je ne sais pas ».
- Concernant la recommandation de parler en dose administrée plutôt qu'en débit, 37,14 % des sages-femmes ont répondu de manière correcte, 26,67 % ont mal répondu, et 36,19 % ont répondu « je ne sais pas ».

4.9. Concernant les autres méthodes :

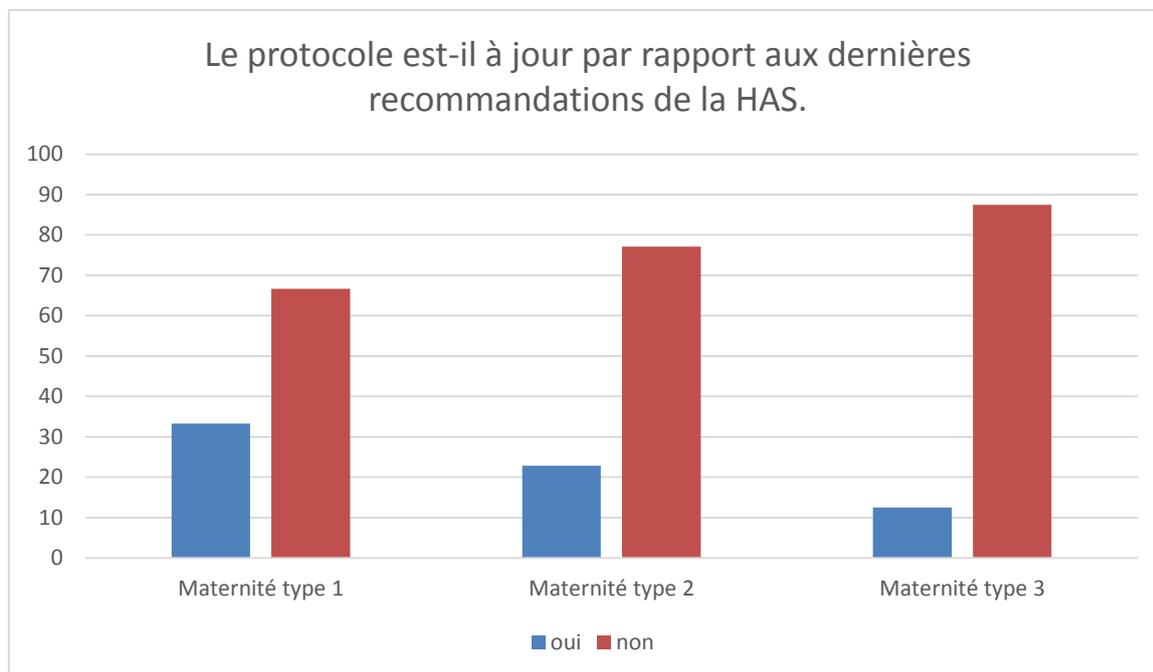


A cet item, la majorité des sages-femmes ont répondu de manière incorrecte (54,29 %). 42,86% savent qu'il est possible de déclencher le travail d'une patiente ayant un utérus cicatriciel et un col défavorable. Et 2,86 % ont répondu « je ne sais pas ».

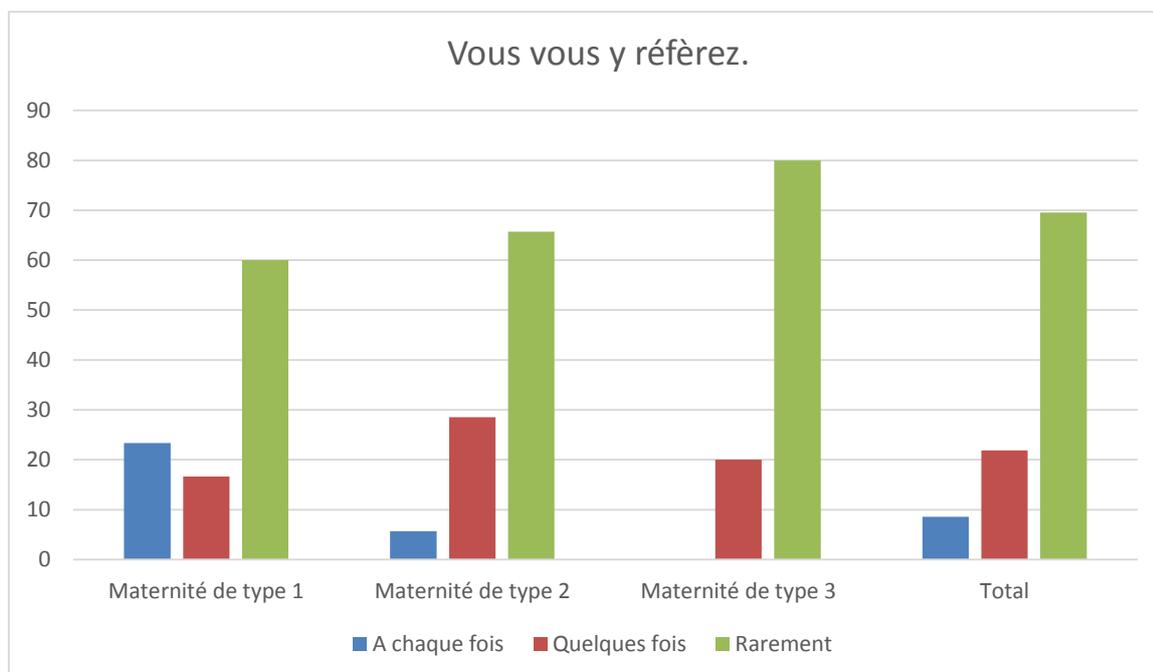
4.10. Concernant les protocoles existants concernant le déclenchement du travail par ocytocine :



Dans les maternités de type 1, 66,67 % des sages-femmes disent avoir un protocole, dans les maternités de type 2, 51,43 % et dans la maternité de type 3, 37,5 % pensent disposer d'un protocole concernant le déclenchement artificiel du travail par ocytocine.

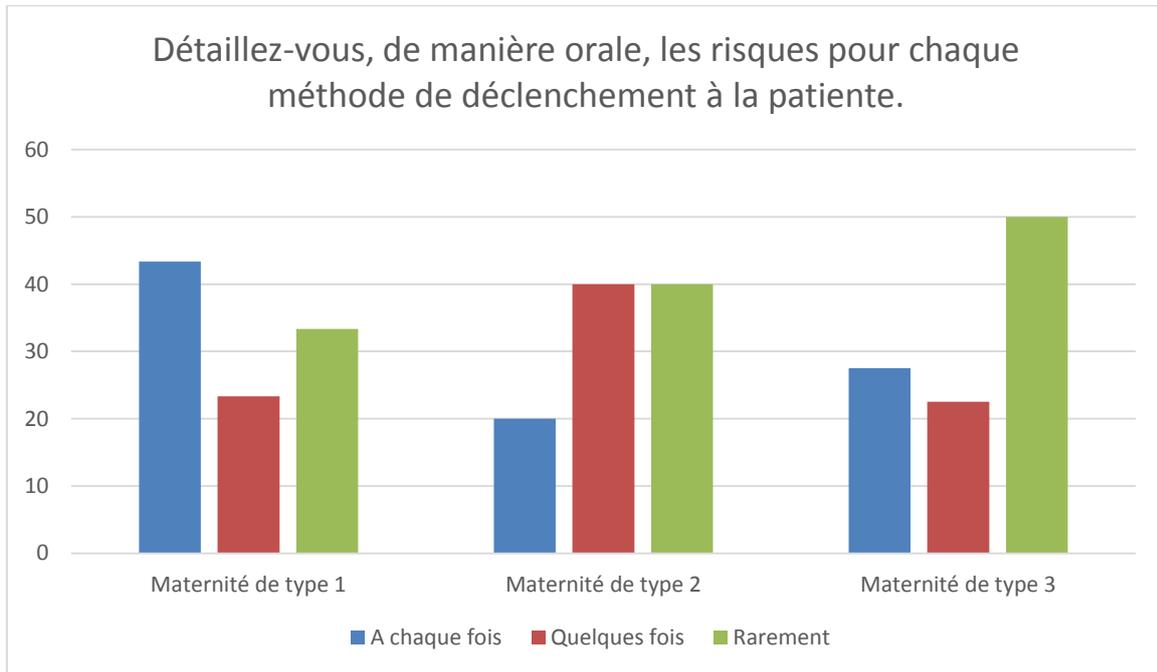


66,67 % des sages-femmes dans les maternités de type 1, 77,14 % dans les maternités de type 2 et 87,50 % dans les maternités de type 3 pensent que le protocole du service n'est pas à jour par rapport aux recommandations de la HAS.



La majorité des sages-femmes se réfère rarement aux recommandations :
-80 % dans la maternité de type 3,

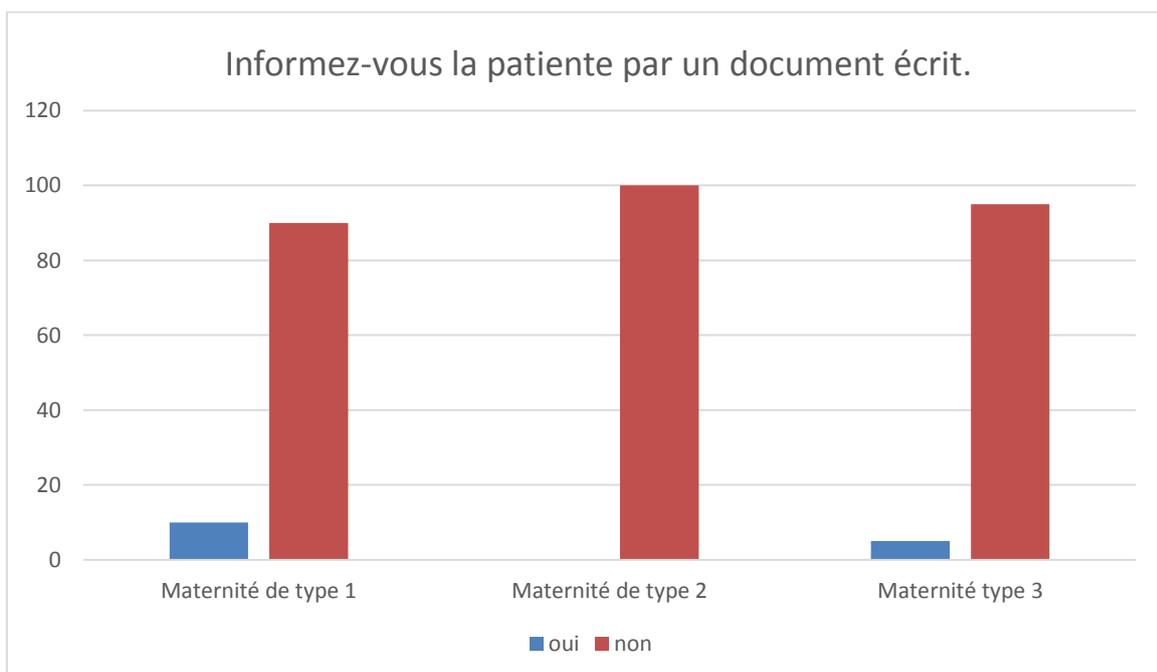
-77,14 % dans les maternités de type 2,
-66,67 % dans les maternités de type 1.



Dans la maternité de type 3, 50 % détaillent rarement les risques, 27,5 % à chaque fois et 22,5 % quelques fois.

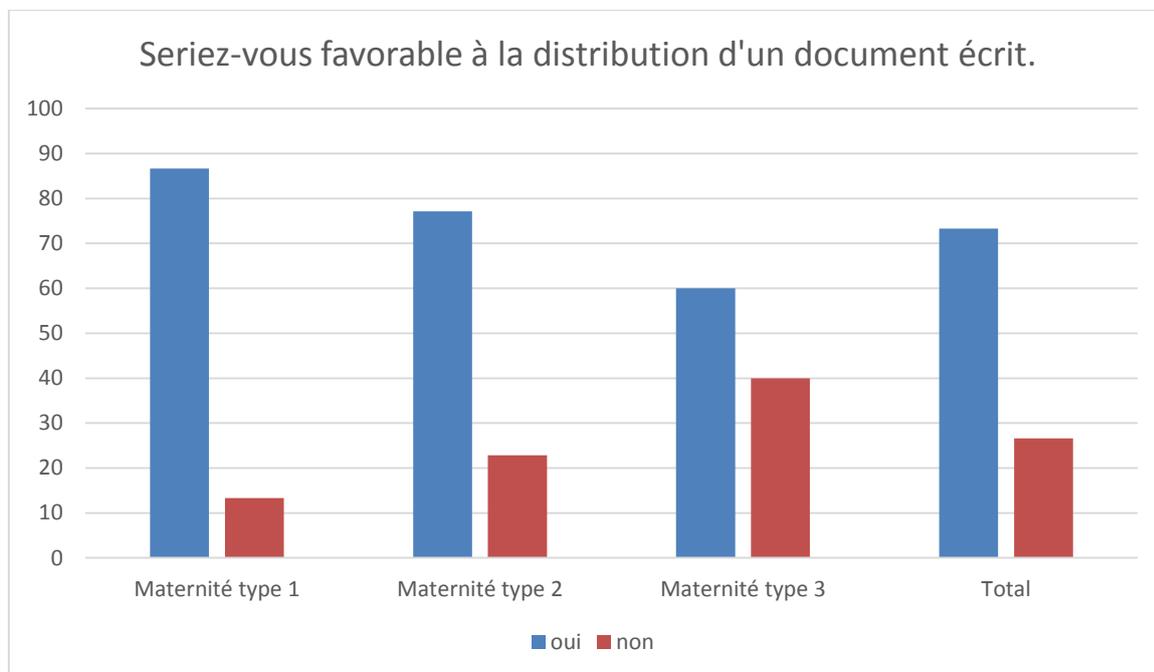
Dans les maternités de type 2, 40 % détaillent rarement et quelques fois les risques et 20 % à chaque fois.

Dans les maternités de type 1, 43,33 % des sages-femmes détaillent à chaque fois les risques du déclenchement, 23,33 % quelques fois et 33,33 % rarement.



La majorité des sages-femmes n'informe pas les patientes de manière écrite :

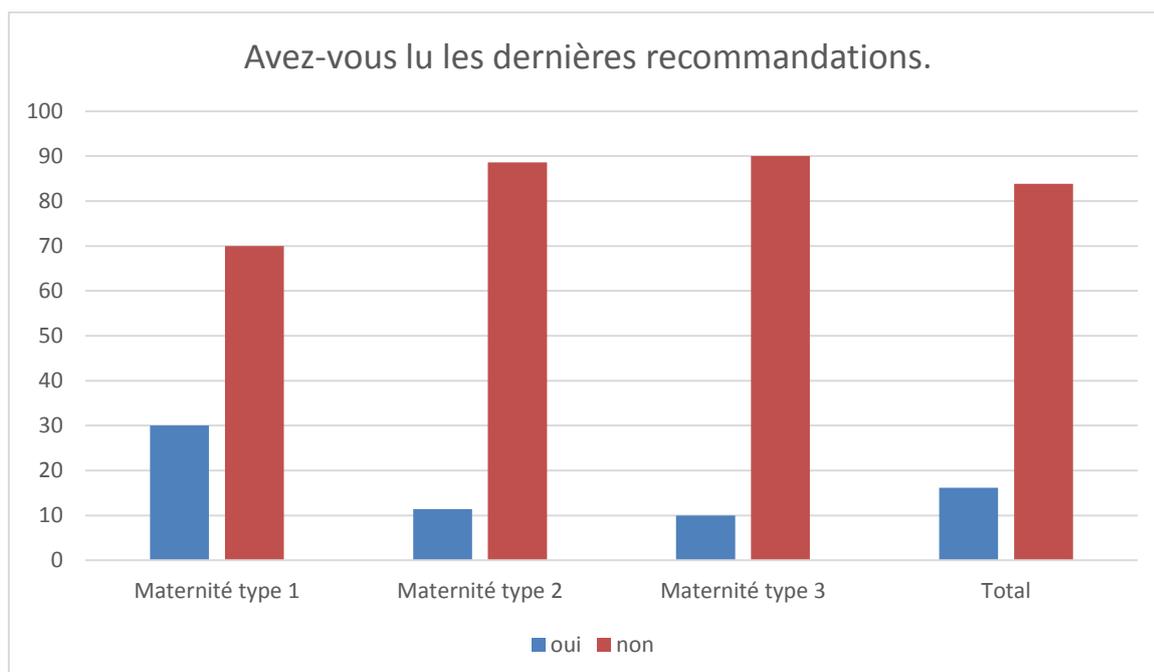
95 % dans la maternité de type 3,
100 % dans les maternités de type 2,
90 % dans les maternités de type 1.



Dans la maternité de type 3, 60% des sages-femmes sont favorables à la distribution d'un document écrit,

Dans les maternités de type 2, 77,14 % sont favorables,

Dans les maternités de type 1, 86,67 % des sages-femmes sont favorables à sa distribution.



Nous constatons que la majorité des sages-femmes n'ont pas lu les dernières recommandations de la HAS :

- 90 % dans la maternité de type 3,
- 88,57 % dans les maternités de type 2,
- 70 % dans les maternités de type 1.

5. Réponses aux hypothèses

5.1. Hypothèse principale :

« La majorité des sages-femmes du Limousin connaissent les conditions d'utilisation des ocytociques dans le cadre d'un déclenchement artificiel du travail selon les références de la HAS. »

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons attribué aux sages-femmes une note sur 20.

Pour rappel, le taux de réponse et la note globale des sages-femmes selon le type de maternité montre :

-un taux de réponse en maternité de type I de 60 %, et une note globale en maternité de type 1 de 11,94/20 ;

-un taux de réponse en maternité de type 2 de 97 % et une note de 11,68/20 ;

-un taux de réponse en maternité de type 3 de 95 % et une note de 11,32/20.

La majorité des sages-femmes ont une moyenne inférieure à 12 / 20, le niveau des connaissances est donc passable, mon hypothèse principale est infirmée.

5.2. Hypothèse secondaire :

Ma seconde hypothèse est qu'il existe une différence de connaissances des recommandations selon le type 1, 2 ou 3 du centre hospitalier où travaille la sage-femme.

Comme le montrent les notes indiquées ci-dessus, il n'y a pas de différence significative selon le type de maternité où travaille la sage-femme ($p= 0,64$).

Mon hypothèse est donc également infirmée.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Points forts et points faibles de mon étude

- **Points forts :**

Le premier élément à mettre en évidence est le taux de réponses total de 82,6 %.

L'importance de ce taux montre l'intérêt des professionnels pour le sujet, sur une pratique courante en milieu hospitalier.

De plus, sur les 107 retours, tous ont été exploitables. Cela montre que les items étaient lisibles et bien compris.

Enfin, mes hypothèses ont été infirmées. Il apparaît donc que la création et la diffusion d'une note d'information à l'attention des sages-femmes sera nécessaire. Elle permettra une mise à niveau des connaissances des recommandations de la HAS.

De plus ce travail permettrait d'élaborer un protocole régional afin d'harmoniser les pratiques vis-à-vis des méthodes de déclenchement et des informations données aux patientes dans le réseau périnatal.

- **Points faibles :**

Le principal point faible de mon étude est le taux de retour des maternités de type I (60%). En effet, malgré la diffusion de mon questionnaire et les diverses relances téléphoniques, j'ai rencontré des difficultés à obtenir des réponses de la clinique Saint-Germain à Brive. Cela s'explique sûrement par un défaut de communication de ma part. En effet, il m'a été difficile de me rendre sur place afin d'expliquer aux professionnels l'intérêt de mon travail et de les relancer quant à leur participation à ce dernier.

2. Eléments de discussion

- Suite à l'absence fréquente de recours à un protocole de déclenchement du travail

Concernant d'éventuels protocoles existants, une population somme toute peu importante de sages-femmes pensent disposer d'un protocole au sein de leur service (67 % dans les maternités de type I, 51 % dans les maternités de type II et 37 % seulement à l' HME).

L'existence incertaine d'un protocole semble montrer une absence d'intérêt pour ce support.

Il n'a pas été vérifié la véracité de cette proposition dans notre travail.

Cependant nous pouvons prendre le cas de l' HME où un tel protocole existe mais date de 2007 (tandis que pour rappel les recommandations sont parues en 2008 puis ont été révisées en 2013).

Dans ce contexte, nous pouvons supposer que le manque d'intérêt pour les sages-femmes de l'HME est du à l'ancienneté du protocole existant ou au manque de lisibilité de ce dernier.

Au-delà, il faudrait vérifier que ce contexte est transposable dans d'autres établissements.

- Lecture des recommandations :

La grande majorité des sages-femmes n'a pas lu les recommandations de la HAS. Nous supposons que cela s'explique par :

- Un manque de diffusion des recommandations, soit de manière individuelle soit de manière générale, au sein de la maternité.
- Un possible manque d'intérêt des professionnels au sujet des recommandations, qui ont peut-être été perçues comme étant éloignées des pratiques courantes.
- Un manque de disponibilité des professionnels.

- Concernant le taux de réponses erronées :

Mon analyse porte dès lors sur les questions dont le taux de réponses fausses ou non sues est assez important c'est-à-dire supérieur à 25 % dans mon questionnaire général.

Cette limite a été posée avec mon directeur de mémoire dans l'optique de proposer une action d'information sur les recommandations de la HAS sur le déclenchement artificiel du travail.

D'après ce critère de sélection, l'information que nous proposons de réaliser doit cibler les notions suivantes :

- La maturation cervicale n'est pas obligatoirement utilisée avant un déclenchement par ocytocine à 41 SA et 6 jours :

Il s'agit ici de citer les différentes méthodes recommandées. Il faut donc détailler les méthodes utilisées selon les conditions cervicales locales lors d'un dépassement de terme ou d'un terme échu. *Par exemple, si le score de Bishop est supérieur ou égal à 6, l'utilisation couplée d'une amniotomie, de l'ocytocine et d'une analgésie péridurale est indiquée.*

- Le déclenchement du travail comporte d'autres méthodes que l'administration d'ocytocine :

La confusion est rencontrée chez les professionnels qui effectuent une distinction entre la maturation cervicale et le déclenchement artificiel du travail. Nous précisons donc que l'utilisation de prostaglandines est aussi une méthode de déclenchement du travail.

- Les indications de déclenchement et le terme auquel il est préférable d'être réalisé en fonction des pathologies:

Par exemple, dans le cas d'une grossesse gémellaire bi-choriale bi-amniotique, le terme idéal à ne pas dépasser est de 39 SA et 6 jours.

En cas de diabète déséquilibré, il est de 38 SA et 6 jours.

- Certaines pathologies ont fait l'objet d'études sans conclure sur des recommandations systématiques de déclenchement du travail :

En cas de RCIU ou en présence d'hypertension artérielle gravidique isolée, aucune recommandation n'a été énoncée, la conduite à tenir se fait donc au cas par cas.

- Enfin, une synthèse des modalités d'utilisation du SYNTOCINON® en salle de naissance doit être élaborée afin de faciliter son utilisation.

Il s'agit ici de préciser les doses et non le volume de liquide perfusé en début de perfusion (*exemple : 2,5 mUI par minute*) puis le délai minimal entre l'augmentation du débit (*toutes les 20 à 30 minutes*). Un tableau d'équivalence est indiqué pour expliciter les rapports entre les dilutions et les posologies.

- Information aux patientes :

Notre étude montre une différence dans la « pratique informative » des sages-femmes selon le type de maternité.

En effet, 50 % des professionnels en maternité de type III et 40 % en type II détaillent rarement de manière orale les risques liés au déclenchement artificiel du travail, tandis que 44 % des sages-femmes en maternités de type I les détaille à chaque fois.

Cela montre que la « pratique informative » sur le sujet est plus importante dans les centres de type I.

Cela peut peut-être s'expliquer par un temps d'échange plus important entre les couples et les professionnels lié à une plus grande disponibilité des sages-femmes exerçant en maternité de type physiologique et/ou une charge de travail moins importante.

Cependant, la majorité des sages-femmes n'informe pas les patientes de manière écrite du type de déclenchement et des risques encourus. Nous pouvons supposer qu'il n'existe pas de note d'information à disposition des sages-femmes ou que les sages-femmes n'utilisent pas l'outil mis en place.

Quant à son éventuelle distribution, 77 % et 86 % des sages-femmes sont favorables à sa distribution dans les maternités de type I et II. A l'HME, 60 % le sont seulement.

Pour expliquer cette différence, nous pouvons penser que les informations diffusées par ces derniers professionnels sont déjà nombreuses, et qu'un manque de temps et donc de disponibilité ne permet pas d'envisager la diffusion optimale d'autres informations écrites.

3. Proposition d'action

3.1. Guide pratique à destination des sages-femmes

L'intérêt principal de l'élaboration de ce guide est de participer à une amélioration des pratiques courantes par l'actualisation des connaissances.

Il se veut aussi comme facilitant l'accès aux recommandations de la HAS.

L'étude que nous avons menée me permet donc d'élaborer un outil d'information fondé sur les méconnaissances déjà évoquées ci-dessus.

Il doit être concis et clair. Les notions théoriques doivent donc être en lien avec les pratiques et les pathologies les plus fréquentes afin que cela ait un intérêt pour la majorité des sages-femmes.

3.1.1. Définition de la population cible

Dans mon étude, l'âge, le sexe, le lieu de formation, l'année d'obtention du DE, le type de maternité d'exercice ne sont pas significatifs. La population cible de mon information correspond donc à la population générale des sages-femmes du limousin exerçant en salle de naissances, dont les cadres sages-femmes. En effet, leur rôle dans l'amélioration des pratiques des professionnels au sein de leur service et la diffusion de protocoles actualisés est fondamental.

3.1.2. Nature de l'information

Cet outil n'apportera que des connaissances supplémentaires à celles acquises lors de la formation initiale. Une information écrite, claire et concise doit donc être suffisante. Nous privilégions en tout cas ce moyen par rapport à une formation classique.

3.1.3. Choix de l'information

Comme expliqué plus haut, nous avons choisi les éléments ayant posé le plus de problème aux professionnels, et nous proposons au total un outil récapitulatif pratique de ces recommandations de la HAS en annexe n°3.

3.2. Note d'information aux patientes

Comme nous l'avons abordé dans la première partie, les informations orale et écrite données à la femme enceinte lors de son déclenchement font parties des recommandations de la HAS.

Contrairement à l'outil informatif que nous avons voulu généralisable à l'ensemble des sages-femmes, la note d'information à destination des patientes que les sages-femmes devraient utiliser en pratique doit tenir compte des spécificités de chaque structure (comme la disponibilité de l'anesthésiste par exemple).

Aussi, nous ne proposons ici qu'une trame réflexive qui pourrait permettre à chaque équipe d'obstétrique de développer un outil spécifique.

Il devrait néanmoins comporter des éléments essentiels comme:

-Une définition du déclenchement artificiel du travail :

Il s'agit ici en étant concis et clair de mettre en opposition la mise en travail spontanée physiologique et le déclenchement artificiel et donc médical du travail :

-Le motif de déclenchement associé à la méthode choisie :

Ainsi la patiente peut être informée du mode choisi, et est éclairée quant à(aux) l'indication(s) qui motive(nt) ce déclenchement.

-Les différentes étapes du déroulement du déclenchement associées aux inconvénients (comme la gestion de la douleur par exemple) et/ ou risques qui en découlent :

L'objectif est ici de rechercher l'adhésion de la patiente à sa prise en charge par une information loyale sur la balance bénéfices / risques.

-Les méthodes alternatives éventuellement possibles de déclenchement :

La patiente est ainsi rendue actrice à part entière de sa prise en charge médicale.

Cette information écrite n'a évidemment du sens que si elle liée à une information orale qui permet réellement l'échange relationnel.

CONCLUSION

Bien qu'utilisé quotidiennement, le SYNTOCINON est un produit pharmaceutique qui, utilisé de manière aléatoire et incertaine, comporte un risque d'entraîner des effets indésirables.

Ce travail portait principalement sur son utilisation dans le cadre du déclenchement artificiel du travail.

Après avoir exposé en détails les effets de la molécule en pharmacologie et ses indications en tant que méthode de déclenchement, nous avons mis en évidence dans notre étude descriptive un défaut de connaissances global des sages-femmes du Limousin quant aux recommandations de la HAS sur celui-ci.

Notre analyse a abouti à la proposition d'un outil informatif dont l'objectif est de parfaire les connaissances théoriques et pratiques à destination de toutes les sages-femmes.

Il serait également peut-être intéressant de le distribuer aux étudiants sages-femmes afin de compléter leur formation initiale sur le sujet.

De plus, une trame réflexive a été conçue pour développer l'information à destination des patientes. Elle serait à développer en équipe en considérant les spécificités de chaque établissement

Au-delà, ce travail a permis aussi de décrire le fait que les sages-femmes hospitalières se réfèrent peu aux protocoles mis à disposition dans les services.

Une ouverture de notre travail serait d'en rechercher maintenant les causes dans l'objectif d'accroître l'intérêt des professionnels pour ces derniers.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] CABROL D., PONS J.-C., GOFFINET F. *Traité d'obstétrique*. Paris : Flammarion médecine-sciences, 2003. ISBN : 2257124294 9782257124296.
- [2] MERGER R., LÉVY J., MELCHIOR J. *Précis d'obstétrique*. Paris ; Milan ; Barcelone, France : Masson, 1995. 597 p. ISBN : 2-294-00897-9.
- [3] BAUDET J., RONAYETTE D., AUBARD Y. *Obstétrique pratique*. Paris : Maloine, 1990. ISBN : 2224019033 9782224019037.
- [4] PAPIERNIK E., CABROL D., PONS J.-C. *Obstétrique*. Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 1995. ISBN : 2257150457 9782257150455.
- [5] *Goodman & Gilman's pharmacological basis of therapeutics*. 12th ed. New York : McGraw-Hill, 2011. 2084 p. ISBN : 9780071624428.
- [6] MARIEB E. N., HOEHN K. *Human anatomy & physiology* [En ligne]. San Francisco : Benjamin Cummings, 2007. Disponible sur : < <http://catdir.loc.gov/catdir/toc/ecip0827/2008038848.html> > (consulté le 20 décembre 2013) ISBN : 9780321602619 0321602617 0805395695 9780805395693.
- [7] AMICO J. A., SEITCHIK J., ROBINSON A. G. « Studies of oxytocin in plasma of women during hypocontractile labor ». *J. Clin. Endocrinol. Metab.* février 1984. Vol. 58, n°2, p. 274-279.
- [8] LANDRY Y., GIES J.-P. *Pharmacologie moléculaire: mécanisme d'action des médiateurs et des médicaments*. Paris : Arnette, 1993. ISBN : 2718406240 9782718406244.
- [9] PATRICK G. L. *Chimie pharmaceutique*. Paris : De Boeck, 2003. ISBN : 2744501549 9782744501548.
- [10] MAGALHAES J. K. R. S., CARVALHO J. C. A., PARKES R. K., KINGDOM J., LI Y., BALKI M. « Oxytocin pretreatment decreases oxytocin-induced myometrial contractions in pregnant rats in a concentration-dependent but not time-dependent manner ». *Reprod. Sci. Thousand Oaks Calif* [En ligne]. mai 2009. Vol. 16, n°5, p. 501-508. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1177/1933719108329954> >
- [11] PHANEUF S., RODRIGUEZ LINARES B., TAMBY RAJA R. L., MACKENZIE I. Z., LOPEZ BERNAL A. « Loss of myometrial oxytocin receptors during oxytocin-induced and oxytocin-augmented labour ». *J. Reprod. Fertil.* 2000. Vol. 120, n°1, p. 91-97.
- [12] ASBÓTH G., PHANEUF S., MELIN P., LÓPEZ BERNAL A. « Desensitization of oxytocin receptors in cultured human myometrial cells ». *Adv. Exp. Med. Biol.* 1995. Vol. 395, p. 481-482.
- [13] PHANEUF S., ASBÓTH G., CARRASCO M. P., LIÑARES B. R., KIMURA T., HARRIS A., BERNAL A. L. « Desensitization of oxytocin receptors in human myometrium ». *Hum. Reprod. Update*. octobre 1998. Vol. 4, n°5, p. 625-633.
- [14] ALLAIN P. *Les médicaments*. 2e éd. Bouchemaine(49080) : CdM Éd, 1999. ISBN : 2-9510288-0-6.

- [15] CABROL D., GOFFINET F., AMIEL-TISON C. *Protocoles cliniques en obstétrique*. 2e éd. Paris : Masson, 2005. (Abrégés de périnatalité). ISBN : 2-294-01891-5.
- [16] BEGUIN F. *Urgences obstétricales*. Chêne-Bourg : Ed. Médecine et hygiène, 1996. ISBN : 2-88049-103-7.
- [17] SCHAAL J.-P., CÉRÈS C., HOFFMANN P., RIVAT J. *Gynécologie obstétrique en urgence premiers pas en gynécologie obstétrique*. Montpellier : Sauramps médical, 2009.
- [18] « eVIDAL ». [s.l.] : [s.n.], [s.d.]. Disponible sur : < http://use.evidal.net.ezproxy.unilim.fr/recherche/all?memory=yes&rech_spe=yes&type_generique_G=G&type_generique_R=R&type_generique_Autres=null&id_type_specialite=&in.010=&in.030=&type_recherche=medicament&nom=&prefix=&value=syntcnon&GHS=&Hospitalier=&Retrocession=&Collectivite=&voies_toutes=1&voies=0&voies=52&voies=55&voies=56&voies=58&voies=59&voies=60&voies=61&voies=62&voies=64&voies=50&voies=51&voies=53&voies=54&voies=57&voies=63 > (consulté le 30 septembre 2012)
- [19] BOULVAIN M., MARCOUX S., BUREAU M., FORTIER M., FRASER W. « Risks of induction of labour in uncomplicated term pregnancies ». *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* avril 2001. Vol. 15, n°2, p. 131-138.
- [20] CAMMU H., MARTENS G., RUYSSINCK G., AMY J.-J. « Outcome after elective labor induction in nulliparous women: a matched cohort study ». *Am. J. Obstet. Gynecol.* février 2002. Vol. 186, n°2, p. 240-244.
- [21] HEINBERG E. M., WOOD R. A., CHAMBERS R. B. « Elective induction of labor in multiparous women. Does it increase the risk of cesarean section? ». *J. Reprod. Med.* mai 2002. Vol. 47, n°5, p. 399-403.
- [22] VAN GEMUND N., HARDEMAN A., SCHERJON S. A., KANHAI H. H. H. « Intervention rates after elective induction of labor compared to labor with a spontaneous onset. A matched cohort study ». *Gynecol. Obstet. Invest.* [En ligne]. 2003. Vol. 56, n°3, p. 133-138. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/73771> >
- [23] PHILLIP H., FLETCHER H., REID M. « The impact of induced labour on postpartum blood loss ». *J. Obstet. Gynaecol. J. Inst. Obstet. Gynaecol.* [En ligne]. janvier 2004. Vol. 24, n°1, p. 12-15. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1080/01443610310001620215> >
- [24] NIELSEN P. E., HOWARD B. C., HILL C. C., LARSON P. L., HOLLAND R. H., SMITH P. N. « Comparison of elective induction of labor with favorable Bishop scores versus expectant management: a randomized clinical trial ». *J. Matern.-Fetal Neonatal Med. Off. J. Eur. Assoc. Perinat. Med. Fed. Asia Ocean. Perinat. Soc. Int. Soc. Perinat. Obstet.* [En ligne]. juillet 2005. Vol. 18, n°1, p. 59-64. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1080/14767050500139604> >
- [25] HOWARTH G. R., BOTHA D. J. « Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of labour ». *Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. 2001. n°3, p. CD003250. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003250> >
- [26] HODNETT E. D., GATES S., HOFMEYR G. J., SAKALA C. « Continuous support for women during childbirth ». *Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. 15 juillet 2013. Vol. 7, p. CD003766. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5> >

- [27]ORHUE A. A. « A randomised trial of 45 minutes and 15 minutes incremental oxytocin infusion regimes for the induction of labour in women of high parity ». *Br. J. Obstet. Gynaecol.* février 1993. Vol. 100, n°2, p. 126-129.
- [28]PATKA J. H., LODOLCE A. E., JOHNSTON A. K. « High- versus low-dose oxytocin for augmentation or induction of labor ». *Ann. Pharmacother.* [En ligne]. janvier 2005. Vol. 39, n°1, p. 95-101. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1345/aph.1E037> >
- [29]DANIEL-SPIEGEL E., WEINER Z., BEN-SHLOMO I., SHALEV E. « For how long should oxytocin be continued during induction of labour? » *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* avril 2004. Vol. 111, n°4, p. 331-334.
- [30]BRÉART G., MLIKA-CABANE N., KAMINSKI M., ALEXANDER S., HERRUZO-NALDA A., MANDRUZZATO P., THORNTON J. G., TRAKAS D. « Evaluation of different policies for the management of labour ». *Early Hum. Dev.* juillet 1992. Vol. 29, n°1-3, p. 309-312.
- [31]FRASER W., VENDITTELLI F., KRAUSS I., BRÉART G. « Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis ». *Br. J. Obstet. Gynaecol.* février 1998. Vol. 105, n°2, p. 189-194.
- [32]BELGHITI J., KAYEM G., DUPONT C., RUDIGOZ R.-C., BOUVIER-COLLE M.-H., DENEUX-THARAUX C. « Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: A population-based, cohort-nested case-control study ». *BMJ Open.* 2011. Vol. 1, n°2,.

Annexe 1. Synthèse des recommandations HAS



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

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

Avril 2008

Déclenchement pour indications médicales	
Dépassement du terme	<p>La réalisation d'une échographie du premier trimestre à 11 – 13 semaines d'aménorrhée (SA) permet une détermination précise du terme à partir de la mesure de la longueur crânio-caudale du fœtus. Sa pratique systématique contribue à réduire la fréquence des termes considérés à tort comme dépassés.</p> <p>Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme. On peut recommander le schéma suivant, les dates étant données à plus ou moins 1 jour :</p> <ul style="list-style-type: none">• Si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, il est recommandé d'initier une surveillance fœtale toutes les 48 heures.• En l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, il est recommandé de réaliser un déclenchement, éventuellement précédé d'une maturation cervicale par prostaglandines.• Il est possible de réaliser un déclenchement à partir de 41 SA + 0 jour, à condition que le col soit favorable, et d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord. Cette attitude peut être motivée par une impossibilité de surveillance régulière, une demande de la femme enceinte ou une nécessité d'organisation des soins.
Rupture prématurée des membranes	<p>En cas de rupture prématurée des membranes confirmée, la conduite à tenir doit prendre en compte le risque infectieux qui augmente avec la durée de l'exposition.</p> <p>Si les conditions cervicales sont favorables, un déclenchement immédiat peut être envisagé à condition d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord.</p> <p>Le délai d'expectative, sauf exception, ne devrait pas excéder 48 heures.</p> <p>Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12 heures, il est recommandé de mettre la femme enceinte sous antibioprofylaxie.</p> <p>En cas de portage de streptocoques B, il est recommandé de débiter immédiatement une antibioprofylaxie adaptée.</p>
Diabète	<p>La conduite à tenir en cas de diabète insulino-dépendant relève d'une décision pluridisciplinaire au cas par cas. Si le diabète est mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de ne pas dépasser 38 SA + 6 jours.</p> <p>En cas de diabète gestationnel bien équilibré et sans retentissement fœtal, il n'y a pas d'argument qui justifie une conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale.</p>

1

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

Déclenchement pour indications non médicales

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

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

Méthodes de déclenchement

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

Surveillance du déclenchement du travail

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

Cas particuliers : grossesses à risque

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



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
« Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée »
Adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes – Avril 2008
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur www.has-sante.fr

Annexe 2. Information au patient

Fiche d'information destinée aux femmes enceintes concernant le déclenchement artificiel de l'accouchement

Madame,

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

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

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

QUAND UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT PEUT-IL ÊTRE ENVISAGÉ ?

Un déclenchement artificiel du travail peut vous être proposé pour une raison médicale ou être envisagé pour des raisons de convenance (sans indication médicale).

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) et 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.

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 UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes, l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines et la perfusion 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 3. Protocole de l' Hôpital mère enfant

<p>CHU DUPUYTREN</p>  <p>Service Gynécologie Obstétrique</p>	<p>Déclenchement artificiel du travail</p>	 <p>Protocole n° C2</p>
<p>Protocole rédigé par : Dr.Decroisette, Dr.Eyraud</p>		<p>Mise en application : Février 2007</p>

Déclenchement par ocytocine, amniotomie et anesthésie péridurale

✓ **Conditions :**

- Col favorable : score de Bishop \geq 6
- Terme \geq 35 SA
- Membranes intactes

✓ **Pré requis :**

- Examen clinique maternel : TV, HU, pouls, TA, T°
- Monitoring de 30' minimum
- Si possible amnioscopie
- Voie veineuse périphérique

✓ **Méthode :**

- Déclenchement ocytocine :
 - A la seringue électrique
 - Syntocinon® : 5 UI dans 49 ml de G5%
 - Débuter à 2,5 mUI/min soit un débit de 1,5 mL/h
 - Augmentation de 2,5 en 2,5 mUI par paliers de 20 minutes
- Anesthésie péridurale et amniotomie dès l'obtention d'une dynamique utérine régulière
- Surveillance par monitoring en continu

Annexe 4. Protocole de l' Hôpital mère enfant

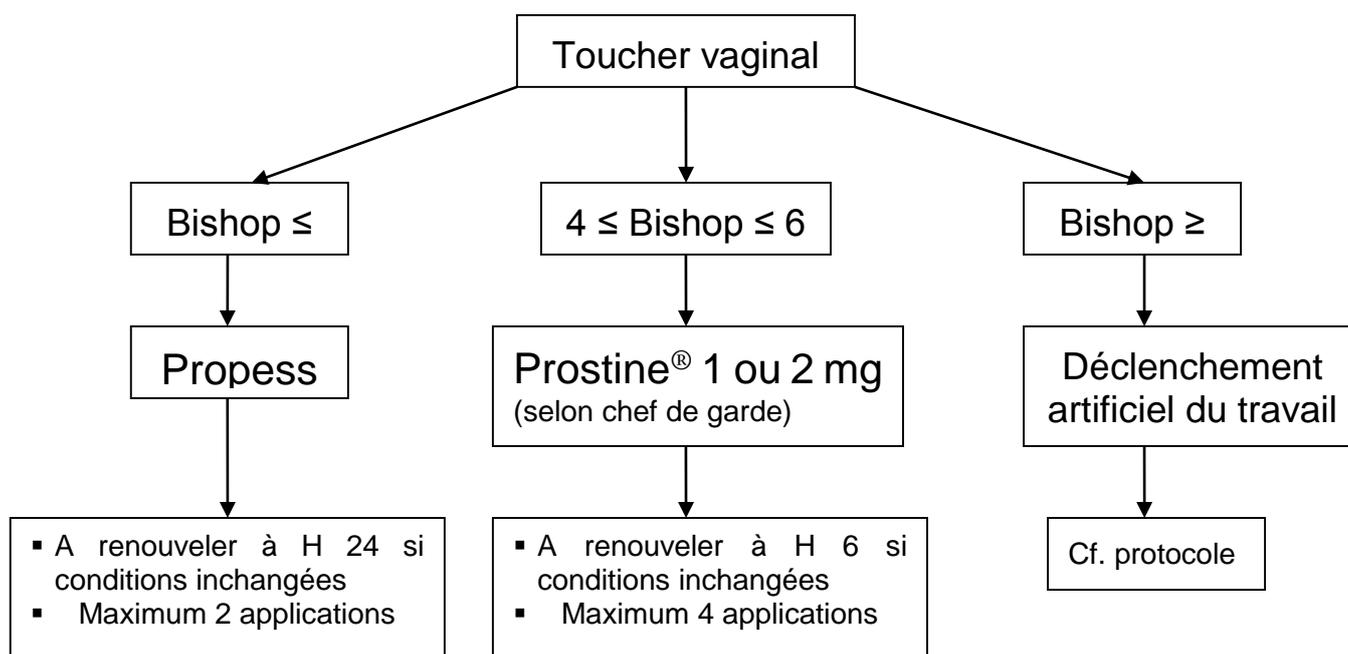
<p>CHU DUPUYTREN</p>  <p>Service Gynécologie Obstétrique</p>	<p>Maturation cervicale</p>	 <p>Protocole n° C1</p>
<p>Protocole rédigé par : Dr.Decroisette, Dr.Eyraud</p>		<p>Mise en application : Février 2007</p>

I. Terme ≥ 35 SA, membranes intactes

✓ Pré requis :

- Patiente à jeun sauf mère diabétique
- Examen clinique maternel : TV, HU, pouls, TA, T°
- Monitoring de 30' minimum

✓ Méthode :

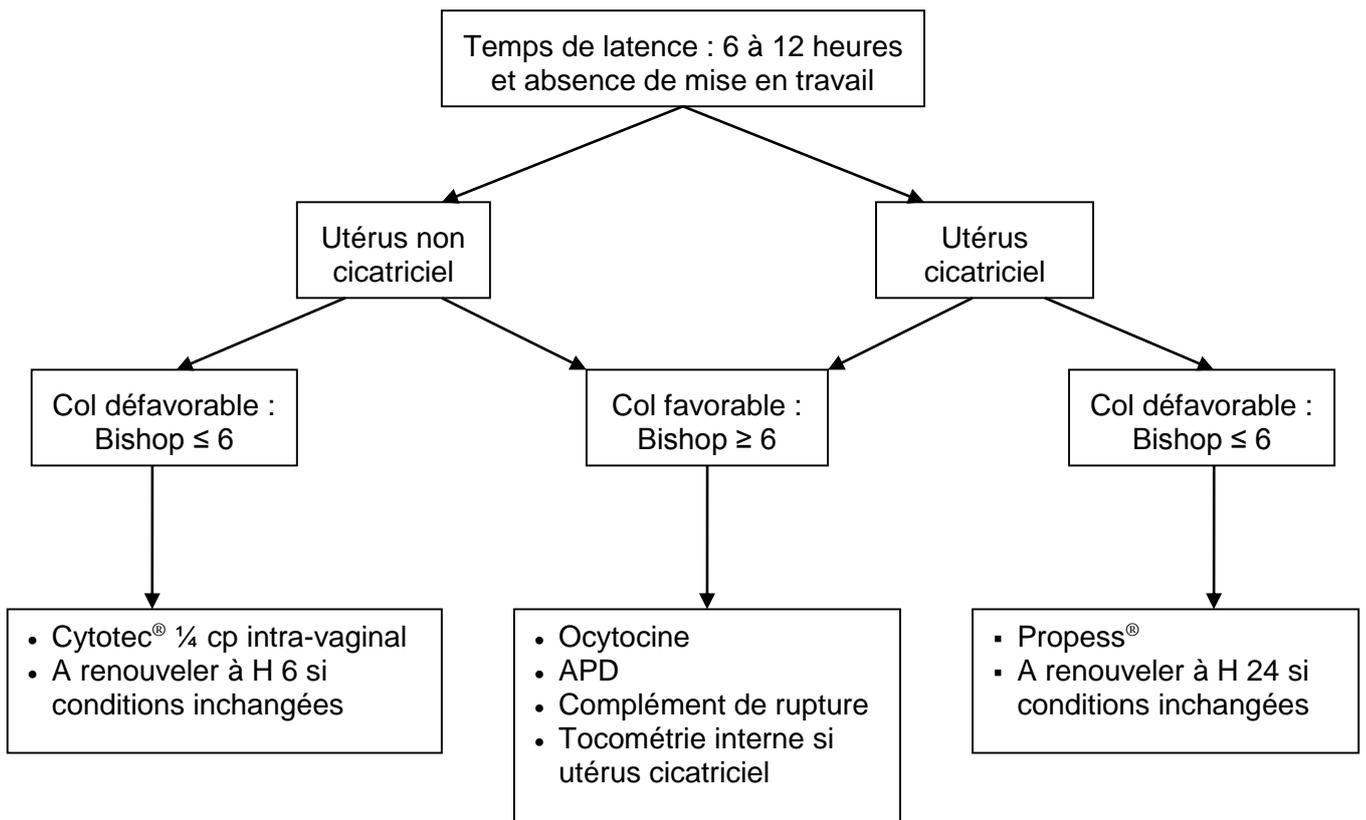


II. Terme \geq 35 SA, membranes rompues

✓ **Pré requis :**

- Patiente à jeun
- Examen clinique maternel : TV, HU, pouls, TA, T°
- Monitoring de 30' minimum

✓ **Méthode :**



Annexe 5. Guide pratique

Perfusion 5UI dans 500mL de solution isotonique		Perfusion 10 UI dans 500mL de solution isotonique		Seringue 5UI dans 49mL de solution isotonique	
Débit	Concentration mU / min	Débit	Concentration mU / min	Débit	Concentration mU / min
15 mL / h 5 gouttes / min	2,5	15 mL / h 5 gouttes / min	5	1,5 mL / h	2,5
30 mL / h 10 gouttes / min	5	30 mL / h 10 gouttes / min	10	3 mL / h	5
60 mL / h 20 gouttes / min	10	60 mL / h 20 gouttes / min	20	6 mL / h	10
120 mL / h 40 gouttes / min	20	120 mL / h 40 gouttes / min	40	12 mL / h	20

RAPPEL :

SCORE DE BISHOP : Score > ou = 7

SI UTERUS CICATRICIEL : Possible sans condition de modification cervicale.

SI SCORE BISHOP < 7 et UTERUS NON CICATRICIEL: Déclenchement par PGE2 préférable.

INDICATIONS

DEPASSEMENT DE TERME :

41 SA + 6 jours +/- précédée par maturation cervicale par PGE2.

RPM :

Expectative 48h max ; ATB à H12, immédiatement si PV+.

DIABETE :

Insulino-dépendant : décision pluridisciplinaire.
Déséquilibré : ne pas dépasser 38 SA + 6 jours.
Équilibré : CAT idem grossesse physiologique.

GROSSESSE GEMELLAIRE :

Ne pas dépasser 39 + 6 jours.

SUSPICION MACROSOMIE et RCIU :

Pas de déclenchement systématique.

ATCD ACCOUCHEMENT RAPIDE (< 2 H) :

A partir de 39 SA et si col favorable.

HTA-PRE ECLAMPSIE :

HTA isolée et/ou hyperuricémie : pas de déclenchement systématique ;
Pré-éclampsie : déclenchement ou césarienne.

INDICATION NON MEDICALE :

- utérus non cicatriciel
- terme précis
- à partir de 39 SA
- score de Bishop > ou = 7
- demande de la patiente.

UTILISATION DU SYNTOCINON® POUR UN DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL APRES 37 SA

-Réalisation d'une amniotomie préférable en amont.

-Débit de base de 2,5 mU par minute.

-Augmenter toutes les 30 à 30 minutes.

-La dose perfusée doit être la plus faible possible.

-Le but est d'entraîner 3 à 4 contractions par 10 minutes.

-Le débit maximum conseillé est de 20 mU par minute, et s'il est nécessaire d'augmenter la dose administrée, 22 mU sera celle à ne pas dépasser.

-Suite à l'obtention d'une dynamique utérine satisfaisante, le débit pourra être diminué, voire interrompu.

-Spécifier la dose administrée (en mU / min) plutôt que le volume du liquide perfusé. (cf tableau)

-Administrer à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve anti reflux ou par une seringue électrique.

-Monitoring de la fréquence cardiaque et de la contractilité utérine réalisés avant et pendant l'administration de la thérapeutique.

-En cas d'hypertonie associé à un tracé pathologique : interrompre la perfusion.

CONTRE-INDICATIONS ET EFFETS INDESIRABLES

CI ABSOLUES :

- Hypersensibilité à l'un des composants
- Dystocies mécaniques (disproportion foeto-maternelle...)
- Fragilité ou surdistension excessive de l'utérus
- Hypertonie utérine ou hypoxie foetale quand l'accouchement n'est pas imminent
- Troubles cardio-vasculaires et toxémies gravidiques sévères
- Prédisposition à l'embolie amniotique (MFIU, HRP)
- Les CI à l'AVB (placenta prævia...)

CI RELATIVES :

- Présentation du siège
- Grande multiparité (> 5) : risque accru de rupture utérine.

EFFETS INDESIRABLES :

- Risque de provoquer une hypotension immédiate transitoire, un flush (réaction cutanée) et une tachycardie si elle se fait par voie IV rapide.
- Hypoxie foetale due à une hypertonie utérine, réversible à l'arrêt du traitement.
- Interaction avec d'autres molécules : l'halothane (anesthésique volatil) ; les prostaglandines ; potentialisation de l'effet vasoconstricteur des sympathomimétiques (exemple : éphédrine...) au cours d'une anesthésie péridurale possible.
- Rarement :
 - troubles digestifs
 - troubles du rythme
 - coagulation intra ventriculaire disséminée
 - très rarement des effets antidiurétiques
 - exceptionnellement : rashes (réaction cutanée), réactions anaphylactoides, voire chocs anaphylactiques.

11. En cas de diabète déséquilibré il est conseillé de déclencher à 38SA et 6jours maximum
oui non je ne sais pas

12. Dans le cas de diabète équilibré, la conduite à tenir est la même que pour une grossesse normale
oui non je ne sais pas

Dans le cas des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques :

13. La littérature a conclu sur un déclenchement systématique :
oui non je ne sais pas

14. Il est conseillé de ne pas dépasser 39SA et 6jours pour déclencher le travail
oui non je ne sais pas

Concernant les suspicions de macrosomie fœtale isolée :

15. Une macrosomie fœtale est une indication au déclenchement:
oui non je ne sais pas

Dans le cas de RCIU avec poursuite de croissance fœtale :

16. Aucune recommandation n'a été formulée
oui non je ne sais pas

En présence d'antécédent d'accouchement rapide (durée inférieure à deux heures) :

17. Pourrez-vous déclencher le travail lors d'une grossesse ultérieure :
oui non je ne sais pas

18. Dans ce cas un déclenchement n'est autorisé qu'après 39 SA et sur un col favorable :
oui non je ne sais pas

Concernant l'hypertension artérielle gravidique :

19. Le déclenchement se fait systématiquement à partir de 37 SA
oui non je ne sais pas

Le déclenchement par ocytocine:

20. Une amniotomie n'est pas recommandée en amont de la perfusion d'ocytocine :
oui non je ne sais pas

21. Il est recommandé de commencer par 2,5mUI/min* :
oui non je ne sais pas

22. Et d'augmenter la dose toutes les 15minutes :
oui non je ne sais pas

* Voir tableau des concentrations en milli-unités par minute en fonction de différents dosages et débits de perfusion

34. Vous vous y référez :

A chaque fois

Quelques fois

Rarement

35. Détaillez-vous, de manière orale, pour chaque méthode de déclenchement, ses risques à la patiente?

A chaque fois

Quelques fois

Rarement

36. Informez-vous la patiente sur son déclenchement par un document écrit ?

oui

non

37. Si non, seriez-vous favorable à sa distribution?

oui

non

38. Avez-vous lu les dernières recommandations de la HAS ?

oui

non

Merci de votre participation.

Juliette Sabouret

Table des annexes

Annexe 1. Synthèse des recommandations HAS	60
Annexe 2. Information au patient.....	64
Annexe 3. Protocole de l' Hôpital mère enfant.....	66
Annexe 4. Protocole de l' Hôpital mère enfant.....	67
Annexe 5. Guide pratique.....	66
Annexe 6. Questionnaire destiné aux sages-femmes.....	70

Table des tableaux

Tableau 1 score de Bishop.....	9
Tableau 2.Exemple de concentrations en milli-unités par minute en fonction de différents dosages et débits de perfusion.....	19

