



Satisfaction des patientes déclenchées par Propess® au CHU Estaing dans la prise en charge de la douleur et l'accompagnement

Justine Chonion

► To cite this version:

Justine Chonion. Satisfaction des patientes déclenchées par Propess® au CHU Estaing dans la prise en charge de la douleur et l'accompagnement. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01080371

HAL Id: dumas-01080371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01080371>

Submitted on 10 Nov 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d’Auvergne – Clermont 1

Satisfaction des patientes déclenchées par Propess® au CHU
Estaing dans la prise en charge de la douleur et l’accompagnement

Etude qualitative auprès de 14 patientes

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Justine CHONION

Née le 13/01/1990

DIPLOME D’ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE
CLERMONT- FERRAND
Université d’Auvergne – Clermont 1

Satisfaction des patientes déclenchées par Propess® au CHU
Estaing dans la prise en charge de la douleur et l’accompagnement

Etude qualitative auprès de 14 patientes

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Justine CHONION

Née le 13/01/1990

DIPLOME D’ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014



UdA | Université d’Auvergne



MAÏEUTIQUE

REMERCIEMENTS

A ma directrice de mémoire, Valérie Bruhat, pour ses conseils, ses corrections et son soutien dans la réalisation de ce mémoire.

A Sylvain Gony, sage-femme enseignant, pour ses corrections attentives et son aide.

.

GLOSSAIRE

CHU : Centre hospitalier et universitaire

IM : intra-musculaire

SA : semaine d'aménorrhée

PSE : pousse seringue électrique

UI : unités internationales

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	2
I- Le déclenchement.....	2
II- Autres modes de déclenchement.....	2
III- Les indications et contre-indications	2
IV- La douleur et sa prise en charge	2
V- La satisfaction.....	2
MATERIELS ET METHODES.....	21
I- Objectifs et critères de jugement.....	2
II- Matériels et méthodes	2
RESULTATS.....	2
I- Description de la population	2
II- Données de l'analyse	2
DISCUSSION	2
I- Atteinte des objectifs	2
II- Limites, biais de l'étude.....	2
III- Analyse des résultats	2
IV- Projet d'action	2
CONCLUSION	47
REFERENCES	
ANNEXES	

INTRODUCTION

En France, avec un taux de déclenchement artificiel du travail d'accouchement estimé à 22,7%, d'après l'enquête périnatale nationale de 2010 (augmentation de 3% par rapport à l'enquête périnatale nationale de 2003) , il est important d'apporter une bonne prise en charge de la douleur des patientes et un accompagnement dans cette phase de latence complexe.[1]

Le déclenchement est une méthode courante actuellement dans une aire de médicalisation de l'accouchement. Mais la voix de la patiente doit être écoutée et entendue (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article L1111-4) [2]. En effet, les femmes attendent un accompagnement global et personnalisé, leur permettant d'appréhender sereinement ce moment de leur vie.

D'après une étude menée en Ecosse, à la maternité Aberdeen en 2004 sur deux groupes de 450 femmes, un ayant un déclenchement et l'autre ayant une mise en travail spontanée, 34,7% des femmes déclenchées n'étaient pas satisfaites des informations qu'elles avaient reçu sur la procédure du déclenchement. Pour 40% d'entre elles l'aspect qu'elles auraient voulu le plus changé si elles avaient pu avoir un autre mode de déclenchement était la vitesse de mise en travail .En conclusion cette étude montre que 70,4% des femmes déclenchées sont satisfaites de leur travail contre 79,5% dans l'autre groupe (p=0.006). L'amélioration de l'information délivrée avant le déclenchement et prévenir les attentes irréalistes des femmes déclenchées pourraient augmenter la satisfaction des femmes quand à leur déclenchement [3].

J'ai choisi de travailler uniquement sur le Propess® car les femmes déclenchées par la perfusion d'ocytocines ont généralement l'analgésie péridurale avant ou très peu de temps après et donc la prise en charge de la douleur est généralement maîtrisée. Quand aux patientes déclenchées par le gel de prostaglandines ou le ballonnet de Cook, elles ne représentent pas des échantillons assez élevés. Le centre hospitalier et universitaire (CHU) Estaing propose un protocole de service sur le déclenchement où est détaillé les indications et contre-indications, les méthodes de déclenchement mais également la prise en charge de la douleur. **(Annexe 1)**

Au cours de mes différents stages j'ai constaté une prise en charge différente selon les équipes médicales. J'ai également constaté la difficulté des sages-femmes à répondre aux besoins des femmes, le manque de temps pour s'occuper d'elles et les moyens mis en œuvre pour les aider, quelques fois insuffisants.

C'est ainsi que ma problématique s'est mise en place : dans ce contexte de diversité de gestion de la phase de maturation du col par les sages-femmes et l'équipe obstétricale, quelle est la satisfaction des femmes déclenchées par Propess® concernant l'accompagnement et la prise en charge de la douleur ?

Pour essayer de répondre à cette question, l'opinion des patientes a été analysée. Par conséquent, la réalisation d'une étude de type qualitative était particulièrement appropriée dans le cadre de cette recherche. Ce travail est présenté en quatre parties. La première partie d'un cadre théorique comprenant une revue de la littérature centrée sur le Propess®, la douleur et sa prise en charge et l'accompagnement. La deuxième partie, il s'agit de « Matériels et Méthodes » qui explique le recueil de données. Ensuite, dans une troisième partie « Résultats », les données recueillies au cours de cette recherche sont exposées. Enfin, nous terminerons notre travail de recherche à travers une section finale « discussion ». Elle comporte une partie analytique et interprétative des résultats obtenus.

REVUE DE LA LITTERATURE

I- Le déclenchement

1.1 Définition du déclenchement

Le déclenchement artificiel du travail se définit comme une intervention médicale destinée à induire de manière artificielle des contractions utérines qui provoquent l'effacement progressif et la dilatation du col utérin, et aboutissent à la naissance du bébé. Cette intervention s'adresse aux femmes n'ayant pas débuté le travail, quel que soit l'état des membranes. L'induction artificielle du travail peut, comme toute autre intervention, avoir des effets indésirables. Pour cela, elle ne doit être pratiquée que s'il apparaît qu'en termes de santé la mère ou l'enfant bénéficieront d'une issue plus favorable que si l'accouchement avait lieu plus tard. Le déclenchement du travail peut être envisagé seulement pour les femmes chez lesquelles l'accouchement vaginal ne constitue pas une contre-indication. [4]

1.2 Le score de Bishop

Différents scores existent pour faire le pronostic d'induction artificielle du travail mais au CHU Estaing celui utilisé est le score de Bishop. Valeurs du score : de 0 à 13 ;
score ≥ 7 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares). [4, 5]

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

Valeur du score : <3 : prostaglandines par voie vaginale

4 ou 5 : prostaglandines par voie vaginale ou ocytocine

>6 : Ocytocine

1.3 Le Propess®

Le Propess® est un dispositif intra-vaginal de 10 mg de dinoprostone, à libération contrôlée. Cette prostaglandine est contenue dans un pessaire en polymère hydrophilique non toxique, qui la libère à une dose de 0,8 mg/h après exposition à l'humidité. Les pessaires sont conservés au congélateur avant utilisation. Ils sont insérés dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Le rythme cardiaque fœtal et l'activité utérine sont enregistrés pendant 20 minutes avant la pose et deux heures après la mise en place du Propess®. Il est ensuite retiré au bout de 24 heures, ou avant ce délai, lors de la mise en travail, d'une rupture prématurée des membranes ou de la survenue d'une hyperstimulation. D'après une étude rétrospective de juin 2006 menée à la maternité de l'hôpital La Conception à Marseille qui compare un groupe de femmes ayant eu un déclenchement du travail par dispositif vaginal de type Propess® et un groupe de 130 patientes ayant accouché spontanément, le taux de césariennes chez ses patientes est plus important (risque x 3.5) et montre aussi que la première phase du travail est plus longue dans le groupe Propess® mais n'a pas d'incidence sur la deuxième phase du travail.[6] De plus une autre étude rétrospective faite en Italie à l'hôpital Santa Maria della Misericordia en 2011 montre que l'augmentation de l'âge maternel, la parité faible, le faible score de Bishop et la faible durée du travail sont plus à risque de césarienne.[7] Il est possible d'insérer un deuxième Propess® au bout de 24 heures si le score de Bishop est égal ou inférieur à 6 sans augmenter la morbidité maternelle ou néonatale et permet dans la moitié des cas un accouchement par voie basse d'après une étude menée de 2007 à 2011 à l'hôpital la Conception à Marseille. [8]

Une autre étude menée en 2010 en Suède pour le groupe Propess® et en Italie pour le groupe gel comparant la satisfaction de patientes déclenchées par Propess® et par gel de Prostine avec des critères tels que l'anxiété et l'inconfort montre que l'intensité de la douleur est plus importante dans le groupe Propess® mais que la satisfaction est à peu près bonne et égale dans les deux groupes. [9]

II- Autres modes de déclenchement

Outre le Propess® il existe plusieurs autres méthodes de déclenchement présentées ci-dessous.

2.1 La rupture artificielle des membranes : amniotomie

Elle doit être précoce dans le déclenchement artificiel du travail, c'est elle qui conditionne la durée totale du travail. Elle est pratiquée dès que la dynamique a commencé à s'installer, lors d'une contraction utérine. Si la présentation est haute, il faut rompre à l'aiguille, laisser sa main en place pour que le liquide amniotique s'écoule doucement, se faire aider pour maintenir le fond utérin et centrer la présentation. Cette méthode est maintenant utilisée uniquement en association avec l'ocytocine. [10]

2.2 Le décollement du pôle inférieur de l'œuf = DPIO

Le décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO), également appelé décollement des membranes est une méthode de maturation du col utérin et de déclenchement du travail. Au cours d'un examen vaginal, les doigts de l'examineur, introduits dans l'orifice interne du col de l'utérus, séparent le pôle inférieur des membranes amniochoriales du segment inférieur de l'utérus le plus loin possible de l'orifice interne du col par deux rotations de 360° des doigts de l'examineur. Il se pratique après avoir informé et obtenu le consentement oral de la patiente. [10]

2.3 Les prostaglandines

Il existe une autre forme de prostaglandines que le Propess®, celle-ci se présente sous la forme d'un gel de 1mg ou 2mg. Ce gel s'insère dans le cul de sac postérieur comme le Propess®. Il peut être renouveler toutes les 6 heures et cela 3 fois maximum. La pose est réalisée comme un toucher vaginal. Selon une étude rétrospective de 2005 faite à Caen incluant 171 femmes comparant le gel et le Propess®, il n'y a aucune différence significative concernant le pourcentage d'accouchements à 24h, le taux de césariennes et le délai moyen d'accouchement. Le taux d'induction du travail, excepté pour les primipares, était réduit de façon significative avec le gel sans modifier le taux et le délai d'accouchement par voie basse. Parmi les primipares, les taux d'hyperstimulation

utérine étaient augmentés en cas d'utilisation du gel. Le coût du traitement était moindre en cas d'utilisation du dispositif vaginal. [11]

Selon une autre étude menée en 1995 en Ohio, Etats-Unis, le gel de prostaglandines permettrait d'utiliser moins d'ocytocine pour la suite du travail et diminuerait le taux de césariennes chez les patientes qui ont des raisons médicales ou obstétricales pour accoucher avant 41 semaines d'aménorrhée (SA). [12]

2.4 Le ballonnet de Cook

La méthode consiste à introduire une sonde souple en caoutchouc dans le col de l'utérus à l'aide d'un spéculum. Cette sonde est composée de deux ballonnets : un utérin qui est placé après l'orifice interne et est gonflé jusqu'à que le ballonnet soit bloqué contre l'orifice interne du col (environ 40 ml). Puis le ballonnet vaginal est à son tour gonflé à environ 20 ml. Ainsi le canal cervical est pris en étau entre les deux ballonnets. Dans un second temps les ballonnets sont remplis jusqu'à 80 ml maximum et cela dépend de la douleur de la patiente. Cette méthode permet d'ouvrir le col et de décoller les membranes. [13]

2.5 L'ocytocine

L'ocytocine est une hormone sécrétée par l'hypophyse postérieure et qui agit principalement sur les muscles lisses de l'utérus et des glandes mammaires.

En cas de perfusion d'ocytocine chez une femme enceinte ayant des membranes intactes, une amniotomie sera pratiquée dès que possible. En cas de déclenchement par ocytocine, il est recommandé d'employer le protocole suivant : commencer par 2,5 milli-unités par minute soit 1.5ml/h avec un PSE de 5UI d'ocytocine dans 49 ml de solution isotonique puis augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 minutes. Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum de trois à quatre contractions par dix minutes. Une bonne dynamique utérine peut être obtenue avec une perfusion de 12 milli-unités par minute. La dose maximale recommandée d'ocytocine est de 20 milli-unités par minute soit 12 ml/h. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 milli-unités par minute. 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. Cette méthode reste actuellement la plus utilisée. L'effet optimal est obtenu dans un

délai de 15 à 60 minutes. A l'arrêt de la perfusion, l'activité utérine décroît pour atteindre son niveau de base dans un délai de 40 minutes. Le danger principal est l'hypercinésie de fréquence et d'intensité et l'hypertonie. Une analgésie péridurale est souvent indispensable dans ce type de déclenchement dû à la douleur des contractions utérines. [4 ; 5]

III- Les indications et contre-indications [4, 5]

Le déclenchement n'est pas un acte anodin, c'est pour cela qu'il existe des indications et des contre indications présentées ci-dessous.

3.1 Indications médicales d'un déclenchement

- Le dépassement de terme : Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme. Les recommandations sont les suivantes : si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, il faut instaurer une surveillance fœtale toutes les 48 heures ; en l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, un déclenchement sera proposé. 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.
- La rupture prématurée des membranes : Si les conditions cervicales sont favorables, un déclenchement immédiat peut être envisagé à condition d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord. Le délai d'expectative, sauf exception, ne devrait pas excéder 48 heures. Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12 heures, il est recommandé d'instaurer chez la femme enceinte une antibioprophylaxie. En cas de portage de streptocoques B, il est recommandé de débiter immédiatement une antibioprophylaxie adaptée.
- Le diabète : Le diabète insulino-dépendant mal équilibré et/ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de ne pas dépasser 38 SA + 6 jours.

- Les grossesses gémellaires : 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 macrosomie : 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 : 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.
- Antécédents 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 est décidé en fonction des souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.
- Hypertension et pré-éclampsie : La pré-éclampsie doit conduire à provoquer la naissance de l'enfant (déclenchement ou césarienne).

Certaines pathologies maternelles nécessitant par exemple l'emploi d'anticoagulants peuvent conduire à déclencher l'accouchement afin de respecter la « fenêtre thérapeutique ». Il en est de même en cas de nécessité d'un traitement par chimiothérapie ou radiothérapie, du fait de leur toxicité fœtale. Certaines pathologies fœtales peuvent aussi nécessiter une interruption programmée de la grossesse, pour des raisons organisationnelles ou afin de soigner plus rapidement un fœtus, une fois les risques liés à la prématurité écartés (laparoschisis, incompatibilité sanguine fœto-maternelle,...).

3.2 Indications non médicales d'un déclenchement

En effet, il est également possible de déclencher l'accouchement pour des raisons non médicales. Ce type de déclenchement est appelé également déclenchement de convenance ou de principe permet au couple de planifier le jour de l'accouchement. 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.

3.3 Contre-indications d'un déclenchement

- Présentation céphalique haute et mobile pour l'amniotomie. Des précautions peuvent cependant être prises en cas de nécessité de rupture sur une présentation céphalique haute et mobile, telles que l'évacuation progressive du liquide amniotique avec une aiguille, après exposition à l'aide d'un spéculum ou non, tout en exerçant une légère pression sus-pubienne. Ces mesures réduiraient le risque de procidence du cordon.
- Hypersensibilité aux prostaglandines, asthme et glaucome pour la méthode de maturation du col par prostaglandines.

Les contre-indications sont rares : ce sont les présentations transverses, les anomalies du rythme cardiaque fœtal, les disproportions fœto-pelviennes, les placentas prævius recouvrants.

Classiquement le déclenchement artificiel du travail n'est pas indiqué dans les cas suivants : utérus cicatriciel, grossesse multiple, grande multiparité, présentation du siège. Ces contre-indications sont très relatives et dépendent en fait étroitement des conditions locales. La pratique du déclenchement dans ces cas particuliers dépend des protocoles propres à chaque établissement hospitalier.

IV- La douleur et sa prise en charge

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

4.1 La douleur

4.1.1 Définition

Selon l'international Association for the study of pain (IASP), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes d'un tel dommage. [14]

Elle a plusieurs composantes telles que sensori-discriminative, affectivo-émotionnelle, comportementale, cognitive.

De plus, concernant le cas de la femme enceinte, la douleur est modulée par son histoire personnelle, ses antécédents obstétricaux (fausse couche, accouchement avec un mauvais vécu), sa personnalité, son éducation (comment a-t-elle appris à réagir face à la douleur ?), son origine sociale, son environnement, les facteurs ethniques et culturels, la relation qu'elle entretient avec le personnel présent au moment de l'événement, l'aménagement des locaux...

4.1.2 Les effets de la douleur sur le fœtus et la mère [15]

La douleur engendrée par les contractions utérines peut entraîner des conséquences sur la mère et le fœtus.

Elle a des effets sur :

- **la ventilation maternelle** : La douleur peut entraîner une augmentation importante de la fréquence respiratoire (jusqu'à 60 cycles/min) ainsi qu'une hyperventilation. L'organisme élimine alors plus de gaz carbonique qu'il n'en produit. L'hyperventilation va entraîner une chute de la pression artérielle en CO₂ et une augmentation du pH (normalement entre 7,35 et 7,45, il peut atteindre 7,60). Cela va

provoquer une hypocapnie responsable d'une hypoventilation, d'une hypoxie maternelle et d'une chute du débit sanguin utéroplacentaire. Ceci peut également entraîner des répercussions sur le fœtus.

- l'activité utérine : Le taux d'adrénaline et de noradrénaline maternelle augmente de façon importante lors du travail. Ces deux molécules ont des actions inverses. Alors que l'adrénaline déprime l'activité utérine, la noradrénaline produit l'effet inverse. C'est pourquoi on observe chez certaines patientes, des contractions désordonnées qui peuvent être responsables de dystocies dynamiques.
- le débit sanguin utéroplacentaire : Le débit sanguin utéroplacentaire irrigue l'espace intervilloux, il joue donc un rôle majeur dans l'oxygénation du fœtus. Lors des contractions utérines, ce débit peut-être affecté par une augmentation de la pression intramurale utérine. Les catécholamines (molécules synthétisées lors de la douleur) induisent également une vasoconstriction et par conséquent une diminution du débit utéroplacentaire.
- le déroulement du travail : La douleur, par les mécanismes exposés précédemment peut entraîner des contractions utérines désordonnées et ainsi allonger la durée du travail
- le fœtus : Le débit utéroplacentaire conditionne le débit sanguin ombilical. Lorsqu'il est diminué, il entraîne une hypoperfusion du fœtus et peut être à l'origine d'hypoxie et d'acidose fœtale.
- la mère : La douleur peut provoquer des peurs, des angoisses et augmente donc la pression artérielle.

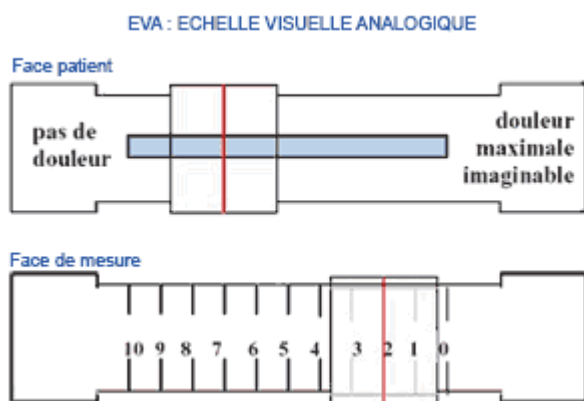
4.1.3 Evaluation de la douleur

Il existe différents moyens pour évaluer la douleur tels que l'échelle verbale simple, l'échelle numérique et enfin l'échelle visuelle analogique ou EVA (échelle unidimensionnelle d'auto-évaluation de l'intensité de la douleur) qui est utilisée dans les

services d'obstétrique. Cette échelle permet d'évaluer la douleur en allant de 0 (pas de douleur) jusqu'à 10 (une douleur maximale imaginable).

Il faut présenter horizontalement la réglette EVA en montrant la face non chiffrée et en expliquant : « Ceci est une échelle pour évaluer l'intensité de votre douleur ».

« Je vous laisse placer le curseur au niveau qui correspond à la douleur que vous ressentez maintenant ». Le patient bouge lui-même le curseur. Repérer la valeur chiffrée indiquée au dos de la réglette correspondant au niveau du curseur et l'inscrire dans le dossier du patient.



Malgré tout la douleur n'étant pas toujours verbalisée, il existe des échelles comportementales s'appuyant sur l'observation de la personne (grimace, plainte...)

4.2 La prise en charge de la douleur

La sage-femme a pour mission d'aider la femme à gérer la douleur en :

- favorisant son adaptation spatio-temporelle (anticiper-proposer-répondre),
- recueillant ses perceptions et son projet de naissance,
- prenant en compte son environnement affectif et culturel,
- accueillant le père/l'accompagnant,
- sollicitant d'autres professionnels si nécessaire [17].

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, article L1111-4 reconnaît que « le soulagement de la douleur est un droit fondamental de toute personne » [18]. Plus de 90% des femmes éprouvent la nécessité d'être soulagée de la douleur pendant leur travail. La douleur est un signe

d'appel auquel la sage-femme doit répondre, d'où son importance capitale tout au long du travail.

Depuis le développement de l'analgésie péridurale dans les années 1970, souffrir pendant son accouchement n'est plus acceptable pour la plupart des femmes. La médicalisation de l'accouchement étant importante aujourd'hui, les femmes en début de travail souhaitent un moyen rapide et efficace pour abolir leur douleur. Cependant, en attendant qu'elles puissent bénéficier de l'analgésie péridurale, il existe de nombreux moyens pour aider les parturientes à supporter la douleur.

4.2.1 Les thérapeutiques habituelles

Les sages-femmes peuvent être amenées à proposer différents médicaments dont elles ont le droit de prescription. Les différents médicaments qu'elles peuvent prescrire :

- De pallier 1 : antispasmodiques : Spasfon® (suppositoires, IM, comprimés) pour les douleurs légères à modérées.
- De pallier 2 : pour les douleurs modérées à intenses.
- De pallier 3 : Nubain® pour les douleurs très intenses, non soulagées par les paliers antérieurs. La patiente doit être en salle de naissance car elle a besoin d'être scopée.
- Autres : Xanax®, Atarax® pour tranquilliser la femme, salbumol®. Le s salbumol® est un bêta2-mimétique, il est utilisé dans le cas du déclenchement afin d'arrêter les contractions qui sont inefficaces sur le col. Le salbumol® par voie orale et rectale n'est plus conseillée. [19]

4.2.2 Les positions maternelles et la mobilisation [20-22]

Les femmes trouvent naturellement des positions antalgiques, de plus de nombreuses recherches, notamment celles du docteur Bernadette De Gasquet, ont permis de montrer que la mobilité jouait un rôle important dans le déroulement du pré-travail et dans la mécanique de l'accouchement. Donc ceci permettrait d'accélérer la mise en travail de la parturiente.

Certaines positions, notamment les verticales, permettent avec la pesanteur d'accentuer l'appui de la tête fœtale sur le col. Pour certaines femmes cette sensation sera insupportable, elles pourront donc adopter d'autres positions.

La position debout : la femme marche, déambule. Cela permet d'accélérer le travail par une meilleure sollicitation de l'appareil cervico-isthmique par la présentation. Elle est également intéressante pour favoriser la progression d'une présentation encore haute mais peut être douloureuse. La femme peut également se mettre accroupie, à quatre pattes, en tailleur...

La position « quatre pattes » permet d'étirer le dos lorsque les contractions utérines sont ressenties dans la région lombaire. Pour les variétés postérieures, le « quatre pattes » libère le sacrum favorisant sa nutation, ce qui laisse plus de place pour tourner. Cette position peut être accompagnée de massages réalisés soit par l'accompagnant, soit par la sage-femme.

Le décubitus dorsal : La patiente est allongée sur le dos, à plat. L'utérus grévide comprime aorte et veines caves, ce qui entraîne une diminution du débit sanguin utérin, c'est le syndrome cave. De plus, le décubitus dorsal réduit l'intensité des contractions utérines et donc l'évolution du travail. Cette position rend la femme encore plus algique. En effet l'utérus contracté appuie sur le sacrum et écrase les filets nerveux de l'articulation sacro-iliaque.

Le décubitus latéral : il peut être droit ou gauche. La patiente est couchée sur le côté avec une jambe (la gauche si décubitus latéral gauche) en extension complète tandis que la droite est fléchie au moins à 90°. La femme peut utiliser un coussin d'allaitement entre les deux jambes pour un meilleur confort. Cette position apporte une meilleure efficacité et une intensité supérieure des contractions utérines, nécessaire à la dilatation du col.

La position assise : la femme est assise soit sur un ballon soit à même le sol à l'aide du coussin de confort. Cette position permet un axe perpendiculaire à l'axe de progression du fœtus. Elle renforce l'appui de la tête fœtale sur le col. Cependant, elle peut être douloureuse et insupportable lorsque la présentation fœtale est basse car la pression exercée sur le périnée par le bébé est trop forte.

Toutes ces postures peuvent être associées à l'utilisation du coussin d'allaitement ou du ballon. Le ballon permet de mobiliser le bassin et trouver des positions multiples et également procurer un mouvement de balancement qui apaise les femmes. De plus l'accompagnant peut intervenir et aider et soutenir.

L'essentiel est que le dos reste étiré pour libérer le diaphragme qui aura toute son importance dans la respiration donc la femme ne doit pas être tassé ou cambré.

4.2.3 Les massages [20, 23]

Il est prouvé que le frottement exercé sur une zone douloureuse diminue la sensation désagréable. Le massage peut être suggéré à la femme individuellement ou au couple. En effet, l'accompagnant peut participer à cette activité appliquant les techniques apprises lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. En cas contraire, la sage-femme présente leur montrera comment procéder. Le massage peut être léger, en effleurant simplement le ventre lors des contractions ou profond lorsqu'on masse la région sacro-iliaque. Cependant, certaines patientes préféreront ne pas être touchées pour se concentrer sur les contractions utérines.

4.2.4 Le bain, la douche [20,24]

De part ses propriétés physiques, la chaleur augmente l'activité cellulaire, relaxe les muscles, atténue la douleur et favorise l'élasticité des muscles. L'eau procure un soulagement de la douleur et une détente. La femme peut prendre un bain ou une douche. L'eau est à 37 degrés ou selon les préférences de la femme. Avec la douche, le pommeau peut être dirigé sur les zones « sensibles » à la douleur telles que le bas du dos ou le ventre.

La chaleur permet un assouplissement et une dilatation du col car elle réduit la tension musculaire, ce qui diminue la douleur.

4.2.5 La respiration [20, 25,26]

La respiration doit être réalisée correctement pour oxygéner la mère et le fœtus. Ce dernier étant déjà comprimé par l'utérus contracté, il est nécessaire que sa mère ait une

respiration efficace. Souvent les femmes respirent mal et bloquent le diaphragme. Or, il est nécessaire d'avoir toujours le dos étiré pour libérer le diaphragme. La respiration abdominale permet au diaphragme de bouger librement. L'inspiration doit permettre au diaphragme de s'abaisser pour faire entrer l'air dans les poumons contrairement à l'expiration qui le fera remonter et donc sortir l'air des poumons. Donc la respiration abdominale est idéale et la plus efficace.

4.2.6 L'acupuncture [27]

L'acupuncture repose sur la médecine traditionnelle chinoise. Le principe fondamental est « tout est énergie ». Tous les phénomènes de la vie sont en relation avec le Ciel et la Terre.

L'homme est en permanence situé entre l'énergie du Ciel et celle de la Terre. L'alternance et l'équilibre des deux sont traduits par le Yin et le Yang. La femme est majoritairement composée de Yin. Ces deux énergies s'opposent, mais sont complémentaires et ne peuvent exister l'une sans l'autre.

La technique consiste à implanter une aiguille pour soigner ou guérir. L'organisme est traversé par les trajets sensibles à la ponction de certains endroits.

Peu de publications existent concernant l'application de l'acupuncture lors de la phase de latence. Cependant, il y a quelques points sur lesquels on peut agir et qui auraient des effets favorables, autres que de diminuer la douleur. L'effet se fait par stimulation, chauffage, massage des points d'acupuncture. Son utilisation est facile et permet l'association aux autres thérapeutiques.

4.2.7 L'homéopathie [28-30]

Par définition, l'homéopathie est une méthode thérapeutique consistant à prescrire à un patient, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente. C'est le premier des trois principes de l'homéopathie : celui de similitude.

L'homéopathie part du fait que «les semblables se guérissent par les semblables».

Les symptômes d'une maladie peuvent être guéris par un produit donnant les mêmes symptômes chez une personne saine. Contrairement à un médicament « classique » qui

combat un agent pathogène, l'homéopathie stimule les défenses immunitaires de l'organisme pour qu'il lutte contre ce même agent.

Le deuxième principe est l'infinitésimalité. Le médicament homéopathique est préparé à base de nombreuses dilutions de la substance active pour en diminuer les éventuels effets secondaires. Il est préparé à partir de substances végétales, chimique, animales ou humaines.

De plus, il faut prendre en compte le comportement de la personne souffrante et la façon dont elle souffre : c'est le principe de totalité.

L'homéopathie a une place de choix lors de la grossesse. Elle permet de pallier à l'utilisation de médicaments contre indiqués, inefficaces ou ayant des risques iatrogènes pendant cette période.

Dans la littérature, voici quelques médicaments homéopathiques utilisés en période de début de travail :

- CAULOPHYLLUM 5 CH utilisé dans les cas de faux début de travail (lorsque la dilatation stagne) pour diminuer et calmer les contractions utérines, tout en évitant les effets secondaires des bêtamimétiques ou des morphiniques.
- KALIUM CARBONICUM 15 CH pour les lombalgies.
- NUX VOMICA pour diminuer l'angoisse et le stress.
- ACTAEA RACEMOSA 9 CH et IGNATIA 15 CH utilisés pour préparer à l'accouchement, aident à favoriser la dilatation du col utérin, réduisant le temps du travail.

4.2.8 La méthode Bonapace [31]

La méthode Bonapace est une puissante méthode non pharmacologique qui réduit près de 50% la douleur liée au travail et à l'accouchement. Elle est basée sur une participation active du père et de la mère dans la gestion de la douleur. Quatre postulats guident l'ensemble de la méthode :

- l'accouchement est un événement intense
- le corps dispose de mécanismes endogènes pour moduler la douleur
- la préparation pendant la grossesse contribue à réduire la douleur
- en cas de besoin la pharmacothérapie complète l'approche.

Cette méthode allie massages légers, déambulation, bains, acupression, glace, papules d'eau stérile en intradermique et le contrôle de la pensée (soutien, lumière tamisée, environnement, musique, odeur, relaxation, respiration...)

4.2.9 L'hypnose [32,33]

L'état hypnotique est un moment de conscience où les choses sont perçues autrement, où on a un état de conscience modifié. Depuis la seconde moitié des années 90, cet état a été identifié et caractérisé en imagerie cérébrale, attestant ainsi de son existence réelle. Scientifiquement, on peut maintenant affirmer que l'état hypnotique est une réalité.

Se mettre en état d'hypnose, ou faire de l'hypnose avec un praticien, c'est reproduire intentionnellement cet état de conscience avec un objectif qui varie selon le cadre dont il est question (détente, soin, évolution personnelle...).

L'état hypnotique étant la reproduction d'un état naturel et spontané, tout le monde peut y avoir accès, mais pas forcément de la même façon. Si la plupart des individus répondent bien à des suggestions verbales directes, d'autres auront besoin d'une approche indirecte pour provoquer l'état de conscience modifiée recherchée.

Il a été montré que l'hypnose peut-être utilisé comme méthode de prise en charge de la douleur grâce à un personnel compétent et disponible.

4.2.10 La réflexologie [34]

Aucune revue Cochrane n'a été retrouvé sur l'utilisation de la réflexologie pour la douleur pendant le travail. Mais il existe une zone de réflexologie plantaire pour l'utérus qui se situe à l'intérieur de chaque pied vers le talon. La réflexologie plantaire est une méthode thérapeutique qui utilise le processus d'auto guérison naturel du corps. Le pied est une représentation miniature du corps humain où chaque zone du pied correspond à un organe ou une partie de corps humain. En stimulant manuellement ces zones réflexes, il est donc possible d'agir sur les organes ou les fonctions qu'elles représentent.

4.2.11 L'accompagnement [35-37]

Plusieurs études ont montré que l'accompagnement de la future mère était un des éléments les plus efficaces en début de travail. Qu'il soit réalisé par un professionnel ou un étudiant sage-femme, il existe un impact positif sur la femme. Elle se sent moins seule pour affronter cette épreuve et s'en trouve plus détendue. Une étude faite par le Dr Hodnett en 1995 (8 essais sur 2 catégories de femmes : celles accompagnées et celles non accompagnées) montrait que « la présence continue d'un accompagnateur qualifié diminuait la probabilité de recours aux antidouleurs, la durée du travail, et s'associait à une expérience globalement plus positive pour la femme ».

La future mère a déjà ressenti des douleurs, en a eu peur, mais a survécu. La sage-femme doit l'amener à rechercher dans son histoire personnelle de quelles façons et avec quels moyens elle les a surmonté. Il faut réussir à trouver le moyen qui correspond à chaque femme, à son vécu, à ses expériences antérieures. Le soutien, l'écoute et l'attention de l'accompagnant ou de la sage-femme sont inestimables. Les encouragements et les paroles de réconfort apaisent la femme. La sage-femme pourra lui donner des informations sur la bonne évolution du travail, sur le bien-être du bébé et véhiculer des pensées positives.

V- La satisfaction

La satisfaction peut être définie comme « un sentiment de bien être, plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce que l'on attend, désire, ou simplement d'une chose souhaitable. » [38].

Selon une autre définition, la satisfaction se produit dans la confirmation des attentes du patient. L'attente peut être définie comme la perception qu'a un patient des bénéfices qu'il a retiré du système de soins et de la mesure dans laquelle ces bénéfices sont à la hauteur de ce qu'il en attendait. Pour réaliser la satisfaction, il est nécessaire que les performances perçues atteignent ou dépassent les attentes [39].

La satisfaction est un concept difficile à mesurer et à interpréter.

L'évaluation de la satisfaction des patients est devenue une obligation réglementaire, depuis l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, qui concerne aussi bien les établissements publics que les établissements privés. Elle prévoit ainsi « l'obligation pour les établissements de santé de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins » [40].

La satisfaction humaine est donc un concept complexe, dynamique, influencée par un certain nombre de facteurs comprenant le style de vie, les expériences antérieures, les expériences futures, l'image personnelle de la santé et les valeurs de chaque individu voire même celles de la société [41].

Une enquête a été menée par la DRESS sur la satisfaction globale des patientes à l'égard de leur prise en charge périnatale, à savoir le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement. Les premiers résultats ont mis en évidence des attentes spécifiques concernant le travail et l'accouchement, comme par exemple la présence continue d'un même soignant, les conditions du premier contact avec le nouveau-né, la possibilité de déambuler pendant le travail. Les patientes émettent également des attentes par rapport à la douleur, sur le contrôle de la prise de décision médicale ou sur l'implication dynamique lors du travail [42].

MATERIELS ET METHODES

I- Objectifs et critères de jugement

1. Objectif principal et son critère de jugement

L'objectif de ce travail est d'évaluer la satisfaction de la prise en charge de la douleur et l'accompagnement durant la phase de maturation du col chez les patientes déclenchées par Propess®.

Le critère de jugement est la satisfaction des femmes déclenchées par Propess® dans la prise en charge de la douleur et l'accompagnement.

2. Objectif secondaire et son critère de jugement

L'objectif secondaire est d'observer s'il existe une différence de satisfaction entre les primipares et les multipares dans la prise en charge de la douleur.

Le critère de jugement est la différence de satisfaction entre les primipares et les multipares dans la prise en charge de la douleur.

II- Matériels et méthodes

1. Type d'études

Il s'agit d'une étude descriptive transversale à visée observationnelle.

2. Durée et période de l'étude

Etude effectuée 30 novembre 2013 au 24 décembre 2013.

3. Lieux d'étude

Etude réalisée au CHU d'Estaing.

4. Population de l'étude

4.1 Population cible

La population cible est l'ensemble des femmes déclenchées par Propess® au CHU d'Estaing.

4.2 Population source

La population source est les femmes déclenchées par Propess® entre le 20/11/13 et le 24/12/13.

5. Critère de sélection

5.1 Inclusion

Les femmes déclenchées par Propess® au CHU d'Estaing ayant accouché d'un enfant vivant.

5.2 Exclusion

Les patientes ne comprenant pas (ou mal) la langue française.

6. Recueil

Cette étude a été réalisée grâce à un entretien semi directif. Cet entretien comporte plusieurs parties : tout d'abord une partie sur les renseignements généraux puis une partie sur l'accompagnement, une partie sur la satisfaction de la prise en charge de la douleur et une dernière partie sur la prise en charge de la douleur en elle-même par l'équipe obstétricale.(annexe 2)

L'accord des patientes a été demandé en service de grossesses à haut risque grâce à une fiche de consentement et puis la patiente a été interrogée dans la mesure du possible au 3^{ème} jour du post partum.

L'analyse des données a été réalisée en quatre temps :

- Tout d'abord il fallait procéder à la retranscription intégrale sur support informatique de l'ensemble des propos recueillis. Afin d'être le plus objectif et le plus exhaustif possible, nous avons saisi notre discussion, mot pour mot, sans correction, ni reformulation. Les messages infra verbaux tels que les hésitations,

les silences, les rires ont été également notés. Cette retranscription pousse le chercheur à la réflexion et constitue un procédé d'une grande importance dans l'analyse.

- Dans un deuxième temps, nous avons procédé à l'analyse verticale des données retranscrites. Chaque entretien a été étudié individuellement afin d'en retirer les thèmes abordés. Il rend compte de la singularité de chaque discours.
- A la suite de cette étape, nous avons réalisé une analyse horizontale par recoupement, dans le but d'extraire les similitudes et les divergences par thème. Ce type de classement met en évidence les particularités individuelles et les divergences.
- Ainsi, après avoir organisé nos données par thème, notre travail a consisté à reconstruire la réalité telle qu'elle est perçue, en lui donnant sens et cohérence. Pour cela nous avons interprété les données sur la base des objectifs de recherche.

7. Implications éthiques et réglementaires

Cette étude est réalisée dans le respect des règles éthiques. Le consentement de Madame Delpirou, cadre sage-femme supérieure du pôle d'obstétrique, et de Monsieur Lemery, médecin chef du pôle gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, ont été recueillis par écrit après la présentation du sujet et des méthodes de l'étude. Lors de l'analyse des résultats, l'anonymat des femmes ayant participé à cette étude a été respecté.

RESULTATS

Cette partie « résultats » comporte tout d'abord une partie générale sur la description de l'échantillon. Le profil des patientes interrogées sera rapidement présenté ainsi que les détails spécifiques de l'enquête.

L'ensemble des thèmes abordés lors des entretiens sera développé dans un deuxième paragraphe, à savoir :

- les attentes du déclenchement
- l'accompagnement et sa satisfaction
- la prise en charge de la douleur et sa satisfaction

I- Description de la population

Les entretiens ont été effectués entre le 05/12/13 et le 25/12/13. En tout, 15 interviews ont été réalisées afin d'atteindre le principe de saturation des données. Ainsi toutes les patientes déclenchées entre le 30/11/13 et le 18/12/13 ont été sollicitées. Au total cela représente 17 patientes, elles ont toutes accepté de participer à un entretien, 1 n'a pas été interrogée car son enfant a eu des problèmes et ne souhaitait plus participer et 1 autre qui était partie le jour où elle devait être interrogée. Donc 15 patientes ont été interrogées. L'ensemble des patientes a été interrogé dans leur chambre en suites de couches entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour du post-partum. Les interviews ont duré de 6 à 35 minutes. L'ensemble des entretiens compte environ 192min d'enregistrement audio, représentant 83 pages de transcription intégrale, soit une moyenne de 5,5 pages par participante.

L'âge moyen des patientes était de 30 ans, avec des extrêmes de 23 à 40 ans. Il y a 7 patientes primipares.

Pour les primipares, la moyenne de temps entre la pose du Propess® et l'accouchement est de 35h48min (extrême de 7h15 à 57h50) et pour les multipares : 32h14min (extrême de 7h44 à 66h27).

Les abréviations dans les deux tableaux suivants :

Atcd = antécédent

AVB = accouchement voie basse

ARCF= anomalie du rythme cardiaque fœtal

BU= bandelette urinaire

Célib = célibataire

Cx = jour x du post partum d'une césarienne

DC= dilatation complète

DGID = diabète gestionnel insulino dépendant

DGNID = diabète non insulino-dépendant

DID= diabète insulino-dépendant

HTA = hypertension artérielle d'un accouchement voie basse

IMC = indice de masse corporelle

Jx = jour x du post-part

LA = liquide amniotique

NR = non renseigné

RSM= rupture spontanée des membranes

Tableau 1 : description de la population des patientes primipares

	durée des interviews + jour du post-partum	âge	niveau d'études	statut marital	IMC	gestité	parité	date du déclenchement + motif	date d'accouchement + mode	temps entre le déclenchement et l'accouchement
patiente 1	13min37 à J3	23	BEP-CAP	célib	36,2	1	0	30/11 à 21h pour HTA et 1+ à la BU à 41sa+2	02/12 à 10h25 AVB	37h25
Patiente 2	12min25 à C4	28	enseignement supérieur	célib	NR	1	0	30/11 à 9h pour RSM le 29/11 à 39sa+1	01/12 à 13h10 césarienne pour échec de déclenchement	28h10
patiente 5	9min20 à J3	35	enseignement supérieur	mariée	23,6	1	0	05/12 à 7h pour RSM à 5h40 LA méconial	05/12 à 22h46 AVB	15h46
patiente 6	18min20 à C5	30	enseignement supérieur	pacsée	20	1	0	05/12 à 9h30 pour terme +5	07/12 à 19h20 césarienne pour échec de déclenchement	57h50
patiente 7	8min15 à J4	NR	lycée	mariée	24	1	0	10/12 à 8h40 pour anamnios à 41sa+1	10/12 à 15h55 AVB ventouse	7h15
patiente 11	9min36 à C5	27	enseignement supérieur	célib	35,5	1	0	13/12 à 16h30 pour suspicion cholestase gravidique à 38sa+3	15/12 à 17h césarienne pour stagnation à 6cm	48h30
patiente 15	10min25 à C3	27	lycée	NR	26,7	2	0	17/12 à 18h15 pour RSM depuis 24h	20/12 à 1h09 césarienne pour non engagement à DC + ARCF et rotation incomplète	54h54

Tableau 2 : description de la population des patientes multipares

	durée des interviews + jour du post-partum	âge	Niveau d'études	statut marital	IMC	gestité	parité	date du déclenchement + motif	date d'accouchement + mode	temps entre le déclenchement et l'accouchement
patiente 3	15min12 à J3	30	NR	NR	24.97	7	4	04/12 à 18h05 pour HTA mais bilan normal à 38sa+4	05/12 à 5h AVB	10h55
Patiente 4	9min44 à J5	29	BEP-CAP	célib	22.58	2	1	02/12 à 8h45 pour tétralogie de Fallot à 39sa+2	03/12 à 14h54 AVB	30h09
patiente 8	9min48 à J3	34	enseignement supérieur	mariée	36.08	4	2	10/12 à 9h05 pour DID et atcd de thrombophlébite cérébrale à 37sa+4	13/12 à 3h32 AVB	66h27
patiente 9	35min à C4	40	BEP-CAP	NR	25.28	4	3	11/12 à 8h45 pour DGID	13/12 à 11h56 pour échec de déclenchement	51h11
patiente 10	6min40 à J4	26	enseignement supérieur	mariée	23.14	2	1	15/12 à 18h15 pour terme +6	16/12 à 20h AVB	25h45
patiente 12	9min30 à J4	33	enseignement supérieur	NR	29.75	2	1	16/12 à 9h pour HTA, DGID et atcd gros bébé	16/12 à 16h44 AVB	7h44
patiente 13	16min45 à J4	32	enseignement supérieur	Mariée	21.71	3	2	18/12 à 14h50 pour cholestase gravidique	19/12 à 19h34 AVB	28h44
Patiente 14	12min33 à J3	34	BEP-CAP	mariée	42.43	4	2	18/12 à 13h05 pour DGNID +sciatique	20/12 à 1h59 AVB ventouse	36h54

II- Données de l'analyse

2.1 Les attentes

Après analyse des données, les femmes n'ont globalement pas d'attentes spécifiques et ne savaient pas comment répondre à la question. Pour les patientes 1, 12, 15 que « ça aille vite » ou que le col s'ouvre (patiente 2). La patiente 6 précise qu'elle pensait rentrer le matin et que le soir elle serait avec son petit.

2.2 L'accompagnement et sa satisfaction

2.2.1 L'accueil dans le service, la prise en charge ? Les préoccupations ? En sécurité ?

Concernant l'**accueil** 100% des patientes sont d'accord pour dire que « *l'accueil est très bien, les gens sont accueillants* » (patiente 5) et « *sympas* » (patiente 15) et qu'on est « *très bien encadré* » (patiente 11). La patiente 6 a juste souligné que « *le jour où ils sont arrivés pour le déclenchement elle avait rendez-vous mais tous les box étaient pris donc ils ont attendus un peu mais ce n'était pas trop longtemps* ».

Pour la **prise en compte des préoccupations et la sensation de sécurité**, l'ensemble des patientes répondent la même chose : elles sont satisfaites et ne pensent pas qu'elles faillent modifier quelque chose sur ce sujet.

En ce qui concerne le **la prise en charge globale**, les patientes 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 et 15 n'ont pas rencontré de problème ce qui représente 13/15 patientes, la patiente 1 précise que « *dès qu'il y avait un problème c'était bien cadré comme il fallait* ».

Par contre la patiente 6 précise que oui elle était bien prise en charge mais que « *il y a eu des longs moments où on voyait personne en fait mais c'est vrai qu'il y avait pas grand-chose à faire quoi juste attendre que les hormones agissent mais c'est vrai que nous on aurait aimé peut être plus voir du monde. C'est vrai que peut être qu'on aurait pu me dire on va laisser agir on ne va pas vous ausculter toutes les minutes et qu'on va vous faire patienter quoi, peut être qu'on me prévienne que ça puisse être long.* »

De plus la patiente 14 précise que *« la prise en charge ça dépend après c'est vrai qu'après j'ai eu des contractions qui me faisaient assez mal on m'a donné du spasfon mais ça n'a pas fait grand-chose puis de toute façon elles m'ont dit ce n'est pas assez pour ouvrir le col pourtant ça me faisait mal mais j'ai eu le monitoring et tout donc bon ce n'était pas... »*

2.2.2 Connaissez-vous les indications de votre déclenchement ?

Toutes les patientes savaient pourquoi elles étaient déclenchées sauf la patiente 11 qui explique : *« ben en fait ils ne m'ont pas trop trop expliqué non plus, et puis c'est vrai que je n'ai pas trop non plus posé de questions parce que dans l'urgence on n'a pas trop calculé »* cette patiente avait des résultats pathologiques d'acides biliaires et du bilan hépatique et a été déclenchée dès son arrivée pour suspicion de cholestase gravidique.

2.2.3 Lors de l'annonce de votre déclenchement

Concernant l'annonce du déclenchement et les explications qui suivent, la majorité des patientes a trouvé qu'elles étaient claires et compréhensibles. La patiente 10 a trouvé qu'elles étaient *« correctes »* :

- *« tout était clair ils ont bien expliqué comment ça allait se passer sur 24h que voilà qu'après il y avait d'autres méthodes qu'on pouvait mettre en place mais vraiment très bien passé. »* (patiente 6), la patiente 4 a eu les mêmes explications.
- *« ben rien qu'on allait me mettre un tampon au niveau local et que probablement dans les 12-24heures après il y allait commencer à avoir un début de travail ou quelque chose et donc on allait surveiller en salle d'accouchement et que si au bout de 24heures il ne s'était rien passé on verrait pour essayer de déclencher autrement en fonction de l'état du col etc. »* (patiente 13)
- *« ben j'en ai pas eu spécialement beaucoup et c'est vrai que je n'avais pas de question, vu que c'était le troisième c'était un peu la routine »* (patiente 14)
- *« oui c'était clair et puis même si j'avais des questions je redemandais j'avais tout de suite ma réponse »* (patiente 15).

2.2.4 Choqué par le ton ou des mots employés par certaines personnes au cours du déclenchement?

L'ensemble des patientes est unanime elles n'ont pas été choqué par le ton ou des mots employés par certaines personnes « *justement elles mettent bien à l'aise je trouve* » (patiente 4) et que « *tout le monde a été bien présent bienveillant, bonne articulation entre la salle d'accouchement et le service* » (patiente 13).

2.2.5 Soutenue et accompagné par l'équipe soignante tout au long de votre déclenchement ?

Concernant cette question la majorité des patientes (1, 2, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13) a éprouvé le sentiment d'avoir été soutenue et accompagnée par l'équipe soignante. La patiente 14 souligne que « *oui elles sont venues assez souvent elles venaient vérifier de temps en temps si je n'avais pas trop mal si le col s'ouvrait , un peu plus souvent ça aurait pas été de trop mais bon après quand il y a du monde on comprend qu'on ne peut pas être disponible* » et il y a également la patiente 6 qui dit qu'elle attendait des longs moments sans voir personne (voir 2.2.1). Contrairement à la patiente 15 « *ben oui après je préférerais vraiment être la tranquille plutôt enfin plutôt que d'être pas « embêter » mais je veux dire toutes les 5 minutes* ».

2.2.6 La disponibilité du personnel soignant au cours de votre déclenchement ? (sur une échelle de 0 à 10)

Toutes les patientes sont satisfaites de la disponibilité du personnel soignant, les notes varient de 7-8 (patientes 3, 6, 10, 13 et 14) et 9-10 (patientes 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12 et 15). La patiente 7 souligne « *vraiment c'est mérité, ils ont mérité* » et « *qu'il n'y a rien à dire quoi* » (patiente 8). Il y a le cas particulier de la patiente 2 qui connaissait une sage-femme d'Estaing qui a pu l'accompagner pendant presque tout le pré-travail. Les patientes 13 et 14 soulignent des problèmes malgré tout dû à la charge de travail du jour :

- « *je m'en rendais bien compte que je ne passais pas en priorité et normal donc c'est plus leur charge de travail qui faisait qu'elles étaient moins disponibles à certains moments mais quand elles étaient là elles étaient tout à fait avec moi et puis elles ne m'ont pas oubliés quand même* » (patiente 13)

- « *c'est vrai qu'il y avait beaucoup de monde ce jour-là être disponible pour tout le monde c'est compliqué* » (patiente 14).

La moyenne des 15 patientes est de 8,93.

2.2.7 Les explications rapidement sur leur état de santé ? Les informations qu'elles ont reçues des différentes personnes allaient dans le même sens ?

La patiente 13 souligne « *qu'il n'y a jamais eu de discordance entre les équipes et j'ai trouvé ça très bien ils m'ont envoyé dès le matin voir la sage-femme de la salle d'accouchement pour que ça soit elle qui me suive tout au long de la journée et que justement il n'y ait pas un examen en haut un examen en bas des choses différentes et puis elles étaient en contact avec [médecin de la patiente] qui m'a suivi et qui a posé l'indication du déclenchement qui est passé le soir enfin l'interne que j'avais vu la semaine d'avant aux urgences est passé me voir aussi tout le monde était bien sur la même longueur d'onde* ». Pour tous les autres intitulés, aucune des patientes n'a relevé de problèmes.

2.2.8 L'écoute et des moyens mis en œuvre par les soignants (un geste, une parole, de la chaleur humaine) lorsqu'elles se sentaient mal ?

L'ensemble des patientes a apprécié l'écoute et les moyens mis en œuvre par les soignants lorsqu'elles se sentaient mal :

- pour la patiente 5 cela lui permettait de lui « *donner confiance comme des calmants*
- « *qu'il y a eu les sourires la gentillesse* » (patiente 8)
- la patiente 11 a « *trouvé que c'était vraiment important* ».
- la patiente 13 : « *elles ont toujours étaient bien présentes avec un bon contact* ».

2.2.9 Accompagnement ? Par qui ?

La majorité des patientes a été accompagnée par leur conjoint/mari sauf 3 exceptions :

- « *il y avait mon mari quelque temps parce qu'après je n'étais pas seule dans ma chambre donc du coup je n'étais pas seule il y avait une autre dame et son mari aussi*

été la et après il a quitté et mon mari aussi il a fallu qu'il quitte fallait pas qu'il reste » (patiente 3)

- *« c'est ma belle-sœur, c'est important d'avoir quelqu'un de la famille pour avoir le soutien, pour le soutien moral et physique, tout au long de la journée elle était là c'était important bien sur »* (patiente 5)

- *« j'étais toute seule c'est moi qui préférerait »* (patiente 10).

Pour les autres patientes elles ont compté sur le soutien de leur conjoint et précise comme ça peut être *« un soutien quand on craque »* (patiente 2), *« être soutenue par son mari je crois que c'est important, faut qu'il soit là jusqu'au bout ce n'est pas le tout de faire des bébés, c'est d'y être après »* (patiente 4), *« toute la journée ça aurait été déprimant »*(patiente 6), *« je suis très sensible à ça (rire) voilà qu'il y ait quelqu'un c'est long et puis c'est un moment à partager à deux avec le conjoint »*(patiente 8), *« oui enfin rien que le fait qu'il soit là ça rassure »*(patiente 12).

Pour les conjoints qui ont dormi sur place, les patientes ont confié que *« ce n'est pas très confortable, ils ont juste un fauteuil donc ce n'est pas franchement sympa »* (patiente 1) et *« il a très très mal dormi »* (patiente 4). Le conjoint de la patiente 2 a dormi sur un matelas.

Le cas de la patiente 2 est intéressant car comme dit précédemment elle connaissait une sage-femme d'Estaing qui a pu *« être là du début jusqu'à la fin. Bon elle est quand même rentrée chez elle quand le travail n'avancait pas, elle avait prévenu toutes ses collègues qui étaient là donc j'avais une sage-femme bien attitré et elles savaient toutes que s'il y avait un problème fallait qu'elle vienne »*.

Le conjoint de la patiente 15 *« est parti au travail au moins il ne me stressait pas et il revenait les après-midis le matin il était au travail »*. Néanmoins elle ne trouvait pas le trop long : *« non ça va je vous dis il y a les sages-femmes qui viennent qui demandent des nouvelles mais ils sont présents on est là on est tranquille mais on sait qu'ils sont là c'est quand même important »*.

2.2.10 Après l'admission définitive en salle de naissance, le début de travail déclenché était ce à quoi elles s'attendaient? Si non, qu'est ce qui les a surpris ?

Pas de surprises : Les patientes 3, 5, 7, 8, 12,15 ont déclaré que oui le déclenchement était ce à quoi elles s'attendaient au vue des explications qu'elles avaient reçues ce qui représente un peu plus de 1/3 des interrogées.

Surprises :

- En positif : La patiente 1 pensait que « *ça allait être plus long* ».
- En négatif : les patientes 2, 6, 11, 14 elles ont été surprises que le Propess® ne marche pas ou ne soit pas efficace (patiente 14)
 - « *je l'ai gardé 24h ,24h qui ont servi à rien* » « *c'était long j'en avais vraiment marre, le col se dilatait pas donc ca c'était depuis le jeudi soir heu je veux dire au bout d'un moment je veux bien souffrir mais il faut qu'il y est quelque chose au bout* » (patiente 2)
 - « *je ne m'attendais pas à ce que ce soit possible que ça ne puisse pas marcher* » et « *on ne m'avait pas prévenu que les touchers vaginaux étaient plus douloureux* » (patiente 6)
 - « *c'est vrai que je pensais que du coup ça aurait un petit peu mieux marché. J'aurais bien voulu que ça active un peu plus les choses au bout de 24heures et pas qu'au bout de 48h que le petit soit la* » (patiente 11)
 - Au sujet des contractions utérines : « *les contractions sont beaucoup plus rapprochées donc c'est beaucoup plus pénibles* » (patiente 10) et « *les contractions étaient pas efficaces malgré la douleur. Heu des contractions quand même régulières fortes et tout c'était un peu étonnant donc ça je ne pensais pas que ça serait si long du coup* » (patiente 13)
 - « *je ne savais pas comment ça allait se passer et comment ce tampon exactement marchait si ça allait mettre beaucoup de temps après ça dépend de certaines femmes comme elle disait C'était un peu dans l'expectative de savoir quand ça allait arriver* ». (patiente 4), la patiente 9 a dit la même chose.

2.2.11 La satisfaction sur l'accompagnement par le personnel soignant durant votre hospitalisation en pré-travail sur une échelle de 0 à 10 ?

Les patientes 12, 13, 14 et 15 ont mis une note de 8 et les patientes 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10 et 11 ont mis des notes entre 9 et 10. La patiente 4 souligne qu'elles « *ont été supers ! Franchement je leur disais merci tout le temps parce qu'elles étaient adorables* ».

Les patientes 1 et 6 ont été moins satisfaites avec respectivement une note de 6.5 et 6. La patiente 6 précise : « *c'était juste l'attente qui a été pénible et peut être au début aussi c'est vrai qu'on est passé des consultations après on a fait salle de naissance et après on est passé ici en chambre et c'est vrai qu'on ne voyait jamais la même personne. Au début on a vu une sage-femme des consultations qui m'a posé le cathéter qui m'a fait le bilan je sais plus ce qu'elle m'a fait, après on en a vu une autre qui m'a branché le monitoring en salle de naissance et qui ... et après c'est une élève sage-femme qui m'a posé le Propess® et c'est vrai que de voir pleins de personne différentes du coup c'était un peu...Le lendemain j'ai vraiment eu la même sage-femme tout le long c'était mieux quand même parce que changer pas savoir qui s'occupe de vous c'était moins évident et sinon la prise en charge en général est bien.* »

Seule la patiente 3 n'a pas mis de note car elle a dormi presque toute la nuit et elle s'est réveillée avec de violentes contractions et était déjà à 4 cm.

La moyenne des 14 patientes qui ont répondu à la question est de 8,64.

2.3 La prise en charge de la douleur et sa satisfaction

2.3.1 Patientes avec antécédents de déclenchement

Sur l'ensemble des 15 patientes, 6 avaient déjà été déclenchée pour une grossesse précédente : la patiente 10 ne s'en souvenait pas je l'ai juste retrouvé dans le dossier.

Les patientes 3 et 8 ont trouvé qu'ils étaient identiques, la patiente 12 a trouvé que c'était « *plus rapide mais quelque part plus douloureux. Vu que la première fois on m'a fait la péridurale plus tôt en fait .J'ai pas eu le temps en fait j'ai moins souffert de contractions douloureuses en fait* ». La patiente 14 est moins satisfaite car celui-ci était plus long. Et enfin la patiente 9 ne s'attendait pas à se retrouver au bloc opératoire pour une césarienne.

2.3.2 Informations sur la survenue de la douleur et lesquelles ?

11/15 patientes (1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13 et 14) affirment qu'elles ont eu une information sur la douleur, ce qui représente plus de 2/3 des patientes. Comme informations elles citent par exemple avoir eu :

- « *que ça allait me donner des contractions, voilà c'est tout. Donc j'en déduisais bien que les contractions c'était douloureux* » (patiente 1)
- « *On m'a dit que ça allait travailler et que du coup ça allait faire mal* » (patiente 6)
- « *que ça serait plus intense justement* » (patiente 10).

On peut voir que la plupart a juste été informée que ça allait faire mal.

Pour les autres patientes elles affirment ne pas avoir eu d'informations ou ne pas s'en souvenir :

- « *on ne m'avait pas spécialement expliqué mais c'est vrai qu'après c'était mon deuxième accouchement je savais un peu ce que ça allait être* » (patiente 12)
- « *je ne m'en rappelle pas avoir eu des informations sur la douleur mais en même temps j'en ai pas demandé parce que oui si ça déclenche le travail donc j'en ai pas forcément posé* » (patiente 15).

2.3.3 Le signalement de la douleur

Les patientes 2, 6, 10 et 12 disent qu'on ne leur a pas demandé de signaler la douleur : « *c'est moi qui ai dit que ça commençait à bien me faire mal et s'il y avait pas quelque chose pour soulager et après la nuit je suis allée les voir pour leur dire que vraiment j'avais très mal et qu'il me faudrait peut-être quelque chose de plus fort* » (patiente 6), les patientes 10 et 12 répondent la même chose : qu'elles demandaient d'elle-même quand ça faisait mal.

Pour les autres patientes on leur a demandé de signaler quand elles avaient « *extrêmement* » (patiente 1), « *vraiment* » (patiente 8) mal. La patiente 15 : « *quand j'avais vraiment mal mais de moi-même je n'y serais pas allé si j'avais un peu mal je*

me doutais bien que si j'avais eu des contractions toutes les demi-heures je ne les aurais pas embêté pour ça quoi ça aurait servi à rien du tout ».

Pour la patiente 11 on lui a dit de signaler tout de suite la douleur mais elle a préféré attendre au maximum de ce qu'elle pouvait.

Pour la patiente 14 elle présentait des douleurs dès qu'elle est revenue en chambre de grossesse à haut risque et précise qu'elle « *n'appelait pas spécialement quand les contractions faisaient mal, tout le monde est occupé venir tout le temps* ». Je lui ai demandé si c'était la peur de déranger : « *ouais voilà et puis on est à deux dans la chambre qu'il y est toujours quelqu'un qui vient c'est pénible* ».

2.3.4 Le temps entre le moment où la demande d'une aide contre la douleur et le moment elle est donnée

Pour toutes celles qui ont demandé une aide contre la douleur et qui l'ont reçue le temps d'attente fut assez court, les patientes décrivent un temps entre 15 et 30 minutes.

La patiente 12 souligne « *quand on n'a pas mal ce n'était pas trop long mais quand on a mal heu c'était une éternité peut être 1h 1h30, j'avais des contractions très douloureuses elle m'a mis un monitoring d'après elle elles n'étaient pas assez j'en avais toutes les minutes mais elles n'étaient pas assez longues en temps et la sage-femme qui avait pensait qu'elles n'étaient pas assez importantes quoi pour me redescendre en salle de travail et donc au bout d'un moment j'en pouvais vraiment plus elle m'a dit qu'on allait me donner un médicament pour soulager un peu les contractions donc je suis descendu en salle de travail et j'étais dilatée à 6 cm* »

2.3.5 La quantification de la douleur par l'échelle visuelle analogique

Il a toujours été demandé aux patientes 4, 5, 9, 10 de quantifier leur douleur, souvent pour les patientes 2, 8, 11, 14 et parfois pour 6, 7 et 13. Pour la patiente 12 juste une fois et la patiente 15 jamais alors qu'une a été retrouvée dans le dossier. La patiente 1 juste quand le travail avait bien commencé quand elle était en salle.

La patiente 5 n'a pas eu le temps elle s'est réveillée et a été examinée de suite pour fortes douleurs.

Tableau 3 : Synthèse des thérapeutiques chez les primipares

	Satisfac- tion	Spasfo ns (IV ou PO)	nubain	salbuta mol + atarax	déamb ulation	ball on	Ga llet e *	Douc he/ba in	Acupun cture *	Acupre ssion*	Mass ages*	model age utérus *	Po siti ons *	Gla ce *	le plus aidé	elle- même **	si PNP, solutions? *
patiente 1	7-8		xx	x	x	x	x	do uch e							Respir ation	Respira tion	Classiqu e => respirati
patiente 2	10	x	x		x	x		bai n	x	x	x	x			nubain	Respira tion (pas aidé)	Classiqu e + piscine => pas aidé
patiente 5																	
patiente 6	8			x		x									Salbut amol + atarax Soulag é avec ballon	Position antalgique	Classiqu e => respirati on
patiente 7					x								x			Respira tion + position s	Respirat ion en imagina nt tête du bébé
patiente 11	9	xx	xx	x		x	x	x	x	x					nubain	Respira tion + massag es	Classiqu e => respirati on + massage s
patiente 15	pas de douleur			x (dossier)	x												

	Satisfac- tion	Spasfons (IV ou PO)	nubain	salbutamol + atarax	déambulat ion	ballon	Douche/bain	le plus aidé	elle-même **
patiente 3									
patiente 4	7			x	x	x (proposé)	xx	Atarax+ salbutamol	Marche + respiration (peu)
patiente 8	9	xxx	x			x(etirement s avec sf et mari)		nubain	respiration
patiente 9	C'était bon			x			Bain proposé	Atarax+ salbutamol	respiration
patiente 10	9	x	x			Ne l'a jamais eu			Respiration (limite)
patiente 12									Plié en 2 + sophro
patiente 13						x (proposé)			Marche + respiration en se projetant avec bébé + position assise sur un tabouret
Patiente 14	5	x					Douche proposé		Respiration (peu)

Tableau 4 : Synthèse des thérapeutiques chez les multipares

* : Non proposé chez les multipares
** : pas de respiration accompagnée, faite seule par les patientes

2.3.7 Le chiffre qui correspond à leur satisfaction globale en ce qui concerne la prise en charge de votre douleur par l'équipe soignante avant la péridurale ? (sur une échelle de 0 à 10)

Seules 8 patientes ont pu répondre à cette question car les autres n'ont pas eu de prise en charge soit parce que le déclenchement a bien fonctionné et elles étaient en travail rapidement, soit parce qu'elles ne le souhaitaient pas ou qu'elles ne ressentaient pas de douleur. La patiente 9 a juste répondu « *c'était bon* » sans pouvoir me donner de chiffre. La moyenne des 8 patientes est de 7,875 avec la note la plus basse de 5 (patiente 14) et la note la plus haute 9,5 (patiente 11).

2.3.8 Est-il nécessaire que les professionnels de santé abordent ce sujet pendant la grossesse ?

Pour la patiente 1, elle en avait entendu parler en préparation à la naissance et à la parentalité mais n'est pas rentrée dans le sujet. Par contre « *quand on m'a dit « vous allez être déclenché » mince d'accord comment ça marche* ». Elle a été voir sur internet pour savoir comment ça se passait et si ça faisait vraiment trop mal.

Pour les patientes 2, 6, 9, 10, 13, 14 : la réponse est oui et non car « *si on parle de tout ce qui peut arriver quand on est enceinte, je pense qu'il vaut mieux rester sur la physiologie et puis s'il y a quelque chose qui va pas préparer les choses en effet en disant que le déclenchement peut exister* » (patiente 13) et « *est ce que on doit l'aborder obligatoirement je ne sais pas de toute façon dans le suivi de nos consultations tout ça en parler à l'approche du terme* » (patiente 6), « *ca fait peur* » (patiente 10).

Pour les patientes 5, 7, 8, 12, 15 pense que c'est important « *pour préparer à l'avance moralement* » (patiente 5). La patiente 4 trouve ça aussi important mais pense que ça ne doit pas être abordé pendant la préparation à la naissance et à la parentalité. Pour la patiente 14 « *les sages-femmes en parlent automatiquement s'il y a des problèmes et que l'accouchement peut être déclenché et qu'il peut y avoir la césarienne je pense qu'elles en parlent au moins une fois pendant une consultation* ».

Attention aux ouïs dire tels que la patiente 1 qui a été voir sur internet et la patiente 3 : « *quand on m'a dit on va vous déclencher j'ai pensé à elle [une amie] parce qu'elle m'a dit que c'était tellement douloureux elle m'a dit « bon courage, j'ai eu mal* »

Conclusion : Les choses à mettre en place au niveau de l'accompagnement et la prise en charge de la douleur pour améliorer le déclenchement ?

Pour les patientes 1, 4, 5, 7,8, 10, 11 il n'y a rien à améliorer elles ont bien vécu leur déclenchement.

La patiente 3 n'a pas répondu car elle n'a pas eu d'accompagnement ni prise en charge de sa douleur.

Pour la patiente 2, il n'y a rien à améliorer mais hors entretien elle confie qu'elle se sent coupable et se met à pleurer car elle n'a pas pu s'occuper de sa fille les 2 premiers jours après la césarienne et à rater les premiers moments de la vie de sa fille.

Pour la patiente 6, c'est toujours le problème de l'attente et aussi la césarienne : *« je m'attendais pas à attendre autant de temps j'avais hâte de savoir à combien j'étais est ce que ça marchait ou pas »* et également pour la césarienne : *« j'ai eu une césarienne j'ai eu mal et je m'attendais à voir mon bébé tout de suite mais on ne me l'a pas présenté c'était un peu angoissant et apparemment j'ai perdu du sang aussi. Quand l'anesthésiste m'a bougé les oreilles j'ai compris que... et qu'on me secouait un peu je me suis dis allez ça se passe pas super bien et donc du coup je l'ai mal vécu, j'y suis allée confiante mais pas à reculons mais je pense que la prochaine j'irais à reculons. »*

Pour la patiente 9, c'est également la césarienne qui ressort : *« le fonctionnement d'une césarienne pour les personnes qui en ont jamais eu ça serait bien qu'on leur explique. »*

Pour la patiente 12, *« peut être amélioré le soulagement de la douleur avant la péridurale » « je pense que c'était qu'elle ne pensait pas que ça allait être aussi vite, aussi rapidement parce que normalement c'est 24heures ».*

Pour la patiente 13, *« c'est juste un tout petit peu trop long avant d'avoir la péridurale mais c'était à la fois du fait du déclenchement et du fait que je pense que tout le monde était très occupé je gérais toute seule, j'avais un peu envie de gérer toute seule elles m'ont proposé le ballon ça me disait rien et puis non c'était que j'étais impatiente, c'est vrai quand elles disent on arrive dans une demi-heure et c'est une heure après nous on la voit l'heure passée elles imaginent qu'elles étaient très occupées qu'elles ne l'ont pas vu passé mais c'était plus ça et quand on sait qu'on est déclenché et qu'il faut que le bébé sorte on espère qu'il va finir par sortir pas trop tard parce qu'on sait qu'il y a des risques ».*

DISCUSSION

I- Atteinte des objectifs

Grâce aux entretiens, nous avons pu déterminer la satisfaction des patientes déclenchées par Propess® dans l'accompagnement et la prise en charge de la douleur. L'objectif principal est donc atteint. Nous avons pu déterminer également la différence entre les primipares et les multipares dans la prise en charge de la douleur. L'objectif secondaire est également atteint.

II- Limites, biais de l'étude

- Le mode de recueil de données choisi était justifié pour ce type d'étude mais compliqué à mettre en place du à l'inexpérience des entretiens et donc de mener des entretiens semi-directifs.
- Les patientes ne parlant pas le français ont été exclues. Elles constituent un groupe à risque d'une mauvaise compréhension des informations données et n'osent pas appeler en cas de douleur.
- Les entretiens ont été effectués en post-partum entre le 3^{ème} et le 5^{ème} jour. Or l'objectif était de toutes les interroger le 3^{ème} jour. De plus, la satisfaction peut être surestimée car les patientes ont été interrogées par une personne du milieu médical. Il y a une piste d'amélioration pour voir si ca ne serait pas plus intéressant d'interroger les patientes déclenchées à posteriori.

III- Analyse des résultats

3.1 Les attentes

Concernant les attentes, les patientes ont eu beaucoup de mal à répondre à cette question notamment dû à la méconnaissance des pratiques de la prise en charge de la douleur et de l'accompagnement. Que ça soit des patientes ayant déjà eu un déclenchement pour un précédent accouchement ou des primipares il y a un manque d'information à combler

pour ces patientes. En effet ces patientes arrivent sans projet particulier et attendent qu'on leur propose solutions et qu'on les guide.

3.2 La satisfaction de l'accompagnement

Concernant l'accueil dans le service aucune patiente ne s'est plaint, il y en a juste une qui a attendu le jour de son rendez-vous mais qui a compris que ce n'était pas la faute du personnel mais dû à l'afflux des consultations ce jour-là.

Pour la prise en charge globale, il y a un fort taux de satisfaction avec 13 patientes sur 15 de satisfaites, il y a deux patientes qui le sont moins : la patiente 6 regrette un manque d'information sur le déroulement du déclenchement car *« c'est vrai que peut être qu'on aurait pu me dire on va laisser agir on ne va pas vous ausculter toutes les minutes et qu'on va vous faire patienter quoi, peut-être qu'on me prévienne que ça puisse être long »*. Ce paramètre aurait pu être expliqué lors de l'annonce du déclenchement.

Pour la connaissance des indications du déclenchement, toutes les patientes ont réussi à répondre à cette question sauf une qui a eu un déclenchement en « urgence » et qui n'a pas pensé à poser des questions. Il est important que les informations soient fournies même en situation d'urgence ; les professionnels doivent s'assurer que les patientes ont compris les raisons de leur prise en charge.

Pour l'annonce du déclenchement et les explications : pour des patientes multipares il y a souvent un manque d'informations du au fait que les professionnels supposent qu'elles se souviennent puisqu'elles ont déjà vécu l'accouchement, les douleurs, la dilation du col et pour certaines le déclenchement par Propess®. Chaque patiente est différente selon son vécu et mérite une nouvelle explication quant au déclenchement qui peut être différent des expériences passées et s'assurer que toutes les informations ont été comprises.

Pour ce qui est du soutien et de l'accompagnement pendant le déclenchement par l'équipe soignante, la majorité des patientes a répondu qu'elles avaient ressenti ce soutien et cet accompagnement. Ce facteur est très variable d'une patiente à l'autre, en effet certaines auraient aimé qu'on vienne les voir plus souvent alors que d'autres ne

voulaient pas être « embêtées ». Pour mieux connaître les attentes de chaque patiente le mieux est d'instaurer un dialogue sincère et ouvert entre elle et le personnel soignant.

Malgré un score de satisfaction élevé de disponibilité du personnel soignant, 8,93/10, la charge de travail en salle de naissance et en service de grossesses à hauts risques est difficilement prévisible et le personnel soignant peut être moins disponible que souhaité mais en prévenant les patientes elles peuvent comprendre et ne seront pas surprises par le temps d'attente.

Une relation de confiance, d'écoute active et d'empathie doit s'installer entre le personnel soignant et la patiente ce qui a été souligné par les patientes ; en effet elles ont apprécié l'écoute et les moyens mis en œuvre lorsque qu'elles se sentaient mal.

La majorité des patientes a été accompagnée par leur conjoint/mari sauf une patiente qui a été accompagnée par sa belle-sœur et une autre qui ne souhaitait pas être accompagnée. La naissance est un événement qui se vit à deux pour la plupart et prendre en compte les préoccupations des conjoints fait parti de la satisfaction globale de prise en charge. On ne prend pas seulement en charge une mère et son bébé mais une unité « famille ».

Le cas de la patiente 2 est intéressant car elle connaissait une sage-femme d'Estaing qui a pu « *être là du début jusqu'à la fin. Bon elle est quand même rentrée chez elle quand le travail n'avancait pas, elle avait prévenu toutes ses collègues qui étaient là donc j'avais une sage-femme bien attitrée et elles savaient toutes que s'il y avait un problème fallait qu'elle vienne* » Cela est en grande partie responsable de sa satisfaction sur l'accompagnement, car elle a pu être accompagnée la plupart du temps par la même sage-femme ce qui permet d'instaurer une relation de confiance qui dans ce cas-là était déjà présente du fait de l'amitié entre la sage-femme et la patiente.

Sur la question concernant la perception du déclenchement à posteriori selon les explications fournies, 6 patientes ont déclaré que oui le déclenchement était ce à quoi elles s'attendaient au vu des explications qu'elles avaient reçu ce qui représente un peu plus de 1/3 des interrogées. Pour les autres réponses il s'agit la plupart du temps de désinformation de la part des soignants car les femmes ne sont pas prévenues ou ne veulent pas croire que les prostaglandines ne peuvent pas marcher du tout. Tenir au

courant les patientes de l'évolution au fur et à mesure et les préparer à l'éventualité d'un échec leur permet de se préparer mentalement.

Concernant la satisfaction globale de l'accompagnement par le personnel soignant, la moyenne des 14 patientes qui ont répondu à la question est de 8,64. La plupart du temps la sage-femme essaye de suivre la patiente tout au long de son travail. Malheureusement dans le cas du déclenchement les patientes sont dans une chambre en service de grossesse à haut risque et sont réévaluées dans leur chambre ou en salle de naissance (si elles ont besoin de Nubain® par exemple) toutes les 6 heures.

3.3 La prise en charge de la douleur et sa satisfaction

3.3.1 La satisfaction

Pour les patientes ayant déjà vécu un déclenchement, les résultats sont assez éclectiques, ce qui ne nous apporte pas grand-chose et confirme ce que l'on sait déjà : chaque grossesse et accouchement sont différents, on ne peut pas prévoir ce qu'il se passera ; donc il faut prendre chaque nouveau déclenchement comme si c'était le premier.

Pour ce qui est des informations sur la survenue de la douleur, 11 patientes sur 15 ont affirmé avoir reçu une information sur la douleur, ce qui représente plus de 2/3 des patientes. L'information sur la survenue de la douleur est importante, elle permet à la patiente de se préparer mentalement aux contractions ; et également de ne pas être surprise par la douleur qu'elles engendrent ni l'inefficacité qu'elles peuvent avoir certaines fois.

Pour le signalement de la douleur, instaurer un bon dialogue avec la patiente et lui dire qu'on est là pour elle et qu'elle n'a pas à hésiter d'appeler et qu'elle ne dérangera pas. Plus on va demander à la patiente de signaler sa douleur tardivement, plus elle aura envie d'être soulagée rapidement par un traitement médicamenteux qui ne peut être renouvelé que toutes les 6 heures. Si elle signale la survenue des contractions dès le début même quand la patiente arrive à les gérer, on pourra l'aider en lui donnant des solutions non pharmacologiques et qui pourront peut-être aider à faire avancer le travail.

Pour le temps entre la demande d'une aide contre la douleur et le moment où elle est donnée, pour toutes celles qui ont demandé, le temps d'attente fut assez court, les patientes décrivent un temps entre 15 et 30 minutes. Comme dit précédemment chaque

femme est différente et on ne doit pas présumer de la non efficacité des contractions surtout avec la prostaglandine, chaque col réagit différemment aux hormones. Il faut s'assurer d'apporter une aide contre la douleur à chaque patiente et à chaque moment où elle le réclame.

Pour l'évaluation de la douleur par l'échelle visuelle analogique, les patientes n'ont pas été évaluées à chaque fois. A chaque visite de la sage-femme, la douleur doit être évaluée pour situer l'intensité de douleur de la patiente et lui proposer des thérapeutiques adaptées.

3.3.2 La différence de prise en charge de la douleur chez les primipares et multipares

La prise en charge de la douleur est très éclectique selon les patientes et la parité.

Il ya une prise en charge très éclectique dans les patientes primipares malgré tout on peut voir que plus elles ont de thérapeutiques, plus elles sont satisfaites car celles qui n'ont pas mis de notes n'ont pas eu de prise en charge de la douleur. En effet on peut voir que la prise en charge est bonne car certaines primipares ont eu 8 solutions pour essayer de soulager leur douleur. Celles qui n'ont pas eu de prise en charge c'était des patientes qui ont eu des accouchements rapides ; mais attention tous les accouchements ne sont pas rapides et chaque patiente devrait avoir la même chance de soulagement de la douleur et avoir la possibilité de choisir ce qu'elle préfère.

Il ya une prise en charge assez similaire chez les multipares car celles-ci savent plus ou moins ce qui leur plaisent en tout cas dans les propositions qu'elles connaissent. En effet, les propositions qui leur sont faites sont celles utilisées depuis un moment comme le ballon et la douche ou le bain. Toutes les nouvelles thérapeutiques (acupuncture, méthode Bonapace, ...) ne leur sont pas proposées et ça pourraient peut-être les intéresser.

⇒ Plus on va proposer des solutions aux patientes, plus elles seront satisfaites même si on n'a pas forcément soulagé leur douleur. En effet, plus on leur propose des solutions plus on passe du temps avec elles et qu'on s'occupe d'elles. Les patientes sont plutôt attentistes, et ce n'est pas parce qu'une patiente

est multipare qu'elle est différente d'une primipare pour la prise en charge de la douleur.

3.4 Le déclenchement

La plupart des patientes pensent que c'est nécessaire d'aborder le sujet avant le déclenchement dès qu'il y a un problème dans la grossesse. Donc le sujet du déclenchement devrait être abordé dès qu'une indication se présente chez une patiente. Bien sûr il ne faut pas l'aborder dans le détail mais il faut que la patiente puisse se préparer mentalement au fait qu'il y ait possibilité qu'elle se fasse déclencher.

En ce qui concerne l'amélioration dans la prise en charge de la douleur et l'accompagnement, les patientes qui ont eu une césarienne l'ont mal vécu du fait du manque d'informations sur la césarienne. La patiente 12 regrette un manque de prise en charge avant la péridurale malgré le fait qu'elle ait eu un travail rapide. Il ne faut donc pas hésiter à leur proposer quelque chose pour gérer les contractions même pendant la pose du monitoring en attente du médecin anesthésiste pour la péridurale. Une information sur la césarienne doit être dispensée en cours de préparation à la naissance ou lorsque la décision de césarienne est prise.

IV- Projet d'action

L'étude a tout d'abord révélé le manque d'information préalable concernant le déclenchement. Nous pensons qu'il est indispensable que les patientes reçoivent une information détaillée sur la prise en charge de leur déclenchement dans le perpartum. Le moment de l'information peut se faire lors de la consultation de fin de grossesse lorsqu'on approche du terme ou lorsqu'une pathologie nécessitant un probable déclenchement est décelée. Le déclenchement doit également être abordé en préparation à la naissance et à la parentalité tout comme la césarienne.

- L'élaboration d'une plaquette, qui serait distribuée lors de l'annonce du déclenchement nous paraît être un bon support d'information des patientes. En effet, les patientes recevront alors la même information, qui en plus sera écrite et peut être plus détaillée.
Cette plaquette intitulée «un déclenchement, comment ça marche ? », informerait les patientes sur le principe du déclenchement, les différentes méthodes, la douleur et le suivi.
- Une deuxième plaquette serait distribuée lorsque les patientes sont déclenchées pour présenter les différentes prises en charge de la douleur en précisant que certaines ne sont possibles que si les sages-femmes formées à cette pratique sont présentes à ce moment-là. Il y aurait un résumé de chaque méthode avec des images explicatives.
- Prévoir un poste de sage-femme qui serait référente pour les déclenchements.

De plus, au niveau de l'accompagnement, favoriser le suivi par la même sage-femme pour tous les actes médicaux et par la même sage-femme dans le service d'hospitalisation.

Réfléchir à la mise à disposition de lits de camp pour les pères qui souhaitent rester dormir avec leur famille, ou le rajout sur « la liste des affaires à prendre pour la maternité » distribuée par le CHU d'un item comme « matelas gonflable ». De plus, il faudrait hospitaliser les patientes le plus possible dans une chambre seule pour qu'elle puisse se créer un environnement apaisant pour elle.

Favoriser l'utilisation de l'espace physiologique, de la baignoire de dilatation et des méthodes non pharmacologiques dès le début du déclenchement que les patientes soient douloureuses ou non pour favoriser la mobilisation du bassin et aider à la mise en travail.

Proposer à un maximum de sage-femme de se former à des méthodes complémentaires telles que la méthode Bonapace, à l'homéopathie, à l'hypnose, l'acupuncture...

CONCLUSION

Notre étude a pu montrer que les patientes déclenchées par proress sont globalement satisfaites de l'accompagnement et de la prise en charge de la douleur durant la période de pré-travail. Pourtant il y a un manque d'information quand au suivi du déclenchement, sur la douleur et surtout sur les différentes méthodes de prise en charge de la douleur.

Les patientes primipares et multipares se laissent guider par les soignants et n'ont pas d'attentes particulières sur l'accompagnement et la prise en charge de la douleur. C'est donc aux professionnels de santé d'être les acteurs principaux de l'information et de les accompagner pendant cette phase de latence complexe.

C'est ainsi que l'élaboration de deux plaquettes pourrait –être intéressante : la première plaquette pour présenter le déclenchement aux patientes lorsqu'il est évoqué ; et la deuxième qui présenterait toutes les solutions pour la prise en charge de la douleur.

Les patientes méritent un accompagnement global et personnalisé pour se sentir soutenues, aidées, et bénéficier de l'expérience d'une personne formée sur différentes méthodes de prise en charge de la douleur. Peut-être serait-il intéressant d'ouvrir un plateau technique aux sages-femmes libérales au sein de tous les hôpitaux publics.

REFERENCES

[1] Ministère des affaires sociales et de la santé. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003[consulté le 15 octobre 2013]. Disponible à partir de : URL : <[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les naissances en 2010 et leur evolution depuis 2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)>

[2] Code de la santé publique. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

[3] Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—A questionnaire-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2005; 123: 56–61.

[4] Haute Autorité de santé. Recommandations professionnelles déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. 2008

[5] Marpeau L. Traité d'obstétrique. Paris : Masson ; 2010. p. 452-454.

[6] Mazouni C, Provensal M, Ménard JP, Heckenroth H, Guidicelli B, Gamberre M, et al. Utilisation du dispositif vaginal Propess® dans le déclenchement du travail : efficacité et innocuité .*Gynécologie Obstétrique et Fertilité*. 2006 ; 34(6) : 489-492.

[7] Gerli S, Favilli A, Giordano C, Bini V, Di Renzo GN. Single indications of induction of labor with prostaglandins and risk of cesarean delivery: A retrospective cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2013 ; 39(5) : 926-931

[8] Petrovic Barbitch M, Gnisci A, Marcelli M, Capelle M, Guidicelli B, Cravello L, et al. Maturation cervicale à terme par utilisation répétée du dispositif intravaginal de dinoprostone. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2013 ; 41(6) : 346-350.

[9] Ferraiolo A, Dellacasa I, Bentivoglio G, Ferrero S, Ragni N. Evaluation of patients' satisfaction of cervical ripening using dinoprostone by either intravaginal gel or pessary: an open-label, randomized, prospective study. *The Journal of reproductive medicine*. 2010 ; 55(9-10) : 423-9

- [10] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Grossesse prolongée et terme dépassé : recommandations pour la pratique clinique. 2011 ; 697-708.
- [11] Denoual-Ziad C, Hors Y, Delande I, Lezin B, Herlicoviez M, Dreyfus M. Comparaison de l'efficacité entre dispositif intravaginal et gel vaginal de dinoprostone dans la maturation cervicale à terme en pratique quotidienne. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2005 ; 34(1) : 62-8
- [12] Darroca R, Buttino L, Miller J, Khamis HJ. Prostaglandin E, Gel for Cervical Ripening in Patients with an Indication for Delivery. Obstetrics & Gynecology. 1996 ; 87(2) : 228-230
- [13] Simon EG, Arthuis CJ, Perrotin F How I do... cervical ripening with a balloon catheter. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2013 ; 41(12) : 740-2
- [14] Ministère des affaires sociales et de la santé. La douleur. [Consulté le 26 février 2013]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>>
- [15] Dailland P, Belkacem H, Berl M, Dubois L, Lamour O. Anesthésie obstétricale. Reuil-Malmaison : Arnette ; 2003. p. 63-6.
- [16] SFETD. Société française d'étude et de traitement de la douleur [consulté le 26 février 2013]. Disponible à partir de : URL : <http://www.setd-douleur.org>
- [17] Ordre des sages-femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010. p.21-2.
- [18] Ministère de la santé et des solidarités. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010. 2006.
- [19] VIDAL [consulté le 26 février 2013]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.vidal.fr/>>

- [20] De Gasquet B. Trouver sa position d'accouchement. Paris : Marabout ; 2009.
- [21] Noirclere D. La mobilité des parturientes en salle de naissance.
Mémoire de sage-femme : Med : université de Metz. 2010.
- [22] Huguet JB. Influence des postures obstétricales sur la douleur en pré-travail. Les dossiers de l'Obstétrique. 2009 ; 388 : 5-11.
- [23] Zimbacca MC, Maigne R. La puissance du toucher. Paris : Dauphin ; 2005.
- [24] Edouard L. Le milieu aquatique et la maternité. Mémoire sage femme. Med : université de Nice. 2012
- [25] Programme ACCORD - Regroupement des forces pour gérer la douleur chronique
Contrôler sa respiration pour soulager sa douleur : une solution à la portée de tous.
- [26] Campagnac-Morette C. Apprendre à respirer en 20 circonstances : manuel pratique.
Paris : Dauphin ; 2011.
- [27] Guiraud-Sobral A. Manuel pratique d'acupuncture en obstétrique. Gap : Désiris ; 2012
- [28] Boiron M, Roux F, Besnard-Charvet C. Gynécologie et obstétrique. Rueil-Malmaison : Le Moniteur des pharmacies ; 2013.
- [29] Quemoun AC. Homéopathie : Guide pratique. Paris : Leduc.S ; 2010.
- [30] Larousse Médical. Définition : Homéopathie [consulté le 28 février 2013].
Disponible à partir de : URL : <http://www.larousse.fr/archives/medical/page/463>
- [31] Formation à la méthode Bonapace ; 2014 ; Clermont-Ferrand.

[32] Hypnose. [Consulté le 15 mars 2014]. Disponible à partir de : URL : <http://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>

[33] Faymonville ME, Maquet P, Laureys S. Comment l'hypnose agit sur le cerveau. La recherche, l'actualité des sciences. 2005 ; 392 : 44.

[34] Fédération française des réflexologues. [consulté le 15 mars 2014]. Disponible à partir de : URL : < <http://www.reflexologues.fr/ffr-public-qu-est-ce-que-la-reflexologie.php>>

[34] Klaus M, Kennell J, Klaus P. The Doula Book: How A Trained Labor Companion Can Help You Have a Shorter, Easier, and Healthier Birth. Cambridge : Da Capo Press ; 2002

[35] Merger R, Levy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6^{ème} édition. Paris : Masson ; 2001. p. 475-7.

[36] Ann Page L, Percival P. Le nouvel art de la sage-femme. Edition Elsevier. 2004. 418 pages. 75-77, 108-122.

[37] Larousse. Définition : satisfaction [consulté le 15 mars 2014]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction>>

[38] Thompson DA, Yarnold PR. Relating patient satisfaction to waiting time perceptions and expectations: the disconfirmation paradigm. Academic Emergency Medicine. 1995 ; 2(12) : 1057–62.

[39] Code de la Santé Publique. Ordonnance n° 96-346 du 24 Avril 1996, Article L. 710-17 [consulté le 26 février 2013]. Disponible à partir de : URL : <<http://www.legifrance.gouv.fr>>

[40] ANAES. La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé. Revue de la littérature médicale. 1996

[41] Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. DREES 2008 ; 660.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole du CHU Estaing sur le déclenchement



CHU de Clermont-Ferrand Pôle Gynécologie, Obstétrique et Reproduction Humaine		Protocole médical
Déclenchement du travail à terme		
Date de diffusion : 14 juin 2011	Rédigée par : Dr Delabaere A	
Version : 1	Vérifiée par : Pr Gallot D, Dr Favre N, Dr Vendittelli, Dr Accoceberry M, Mme Poutignat I, Mme Perrier I.	
Total pages : 14	Validé par : Prof Jacquetin B	

1- Objet

Il concerne les femmes enceintes pour qui il a été décidé d'interrompre la grossesse à partir de 37 SA par un déclenchement artificiel du travail.

Il ne concerne pas le faux travail des patientes n'étant pas déclenchées.

2- Domaine d'application

Ce protocole s'applique à tous les professionnels du Pôle GORH participant à la prise en charge obstétricale des parturientes, en GHR et en salle d'accouchement.

3- Définition

Le déclenchement artificiel du travail se définit comme une intervention médicale destinée à induire de manière artificielle des contractions utérines qui provoquent l'effacement progressif et la dilatation du col utérin, et aboutissent à la naissance du bébé. Cette intervention s'adresse aux femmes n'ayant pas débuté le travail, quel que soit l'état des membranes.

4- Problématique

L'induction artificielle du travail peut, comme toute autre intervention, avoir des effets indésirables. Pour cela, elle ne doit être pratiquée que s'il apparaît qu'en termes de santé la mère ou l'enfant bénéficieront d'une issue plus favorable que si l'accouchement avait lieu plus tard. Le déclenchement du travail peut être envisagé seulement pour des femmes chez lesquelles l'accouchement vaginal ne constitue pas une contre-indication.

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018



5- Indications d'un déclenchement artificiel du travail

L'indication de déclenchement artificiel du travail doit être argumentée et posée par un médecin en consultation et/ou en concertation avec le médecin responsable de la salle de naissance (SDN).

En cas de désaccord entre le médecin de consultation et le senior de la salle d'accouchement, Le senior de la salle d'accouchement tentera de contacter par téléphone son collègue pour discuter du dossier.

Dans tous les cas, l'argumentation doit être au minimum notée dans le dossier au niveau de l'onglet « conduite à tenir »

5.1- Déclenchement pour indications médicales

5.1.1- Dépassement de terme

Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme (41 SA).

- si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, une surveillance doit être instaurée toutes les 48 heures :
 - o surveillance foetale :
 - perception des mouvements actifs fœtaux,
 - enregistrement cardiotocographique ;
 - échographie fœtale avec mesure d'une flèche amniotique,
 - mesure de la hauteur utérine,
 - o surveillance maternelle :
 - tension artérielle,
 - bandelette urinaire avec protéinurie,
 - évaluation cervicale par toucher vaginal ;
- en l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, il sera décidé d'un déclenchement, en l'absence de contre-indication ;
- si le col est favorable, un déclenchement doit être proposé à la femme enceinte dès 41 SA+0j après l'avoir informée des risques liés à un dépassement de terme et des risques en lien avec un déclenchement. Si la patiente ne souhaite pas être déclenchée en dépit d'un col favorable, il est possible d'attendre 41 SA+6 jours avec une surveillance toutes les 48 heures ;
- un déclenchement sera recommandé entre 41 SA + 0 jours et 41 SA + 6 jours en cas de diminution franche des mouvements actifs fœtaux, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, d'une flèche amniotique ≤ 2 cm, d'apparition d'une hypertension artérielle ou d'une protéinurie.

5.1.2- Rupture prématurée des membranes (cf. protocoles « Rupture des membranes à terme » et « Strepto B »)

5.1.3- Diabète (cf. protocole « Diabète et grossesse »)

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

5.1.4- Grossesses gémellaires

- Pour les grossesses gémellaires bichorales biamniotiques non compliquées, il est recommandé de déclencher au plus tard à 38 SA+06 jours (l'accouchement par voie basse sera autorisé si J1 est en présentation céphalique mais il est possible d'autoriser la voie basse pour J1 si le senior de la salle d'accouchement à donner son accord).
- Pour les grossesses gémellaires monochorales biamniotiques non compliquées, il est recommandé de déclencher au plus tard à 38 SA+ 06 jours.
- Pour les grossesses monochorales monoamniotiques, un accouchement par césarienne sera privilégié.

5.1.5- Suspicion de macrosomie fœtale

Les données scientifiques actuelles ne permettent pas de soutenir une politique de déclenchement des grossesses à 38 SA en cas de suspicion de macrosomie *in utero*.

Le déclenchement sera donc à discuter en consultation entre un obstétricien et la patiente.

La patiente sera informée que les données publiées à ce jour ne permettent pas de dire que le déclenchement diminue le risque de césarienne, d'extraction instrumentale, ou de traumatismes néonataux, car les études randomisées actuelles manquent de puissance.

5.1.6- Retard de croissance intra-utérin

Un déclenchement pourra être envisagé pour tout fœtus dont l'estimation de poids fœtal est inférieure au 5^e percentile à terme.

Le diagnostic de croissance intra-utérin (RCIU) sera confirmé après vérification de l'âge gestationnel selon la date de début de grossesse déterminée lors de l'échographie du premier trimestre par la mesure de la longueur crânio-caudale et le report de l'estimation de poids fœtale sur des courbes customisées (de type AUDIPOG croissance).

La décision et le moment du déclenchement sera fonction de la gravité du RCIU, du terme et de l'apparition d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ou au Doppler.

5.1.7- 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 pour un déclenchement par ocytocines (score de Bishop ≥ 7). Le déclenchement du travail est décidé en fonction des souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale
Date de révision : janvier 2018

5.1.8- Hypertension artérielle et prééclampsie (cf. protocole « Prise en charge des prééclampsies sévères »)

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).

5.1.9- Fenêtre thérapeutique d'anticoagulation (cf. protocole « Anticoagulants en péri-partum »)

5.1.10- Déclenchement pour pathologie pédiatrique nécessitant une prise en charge spécifique

L'indication, le terme et le jour du déclenchement seront décidés après discussion multidisciplinaire (obstétricien, pédiatre, et autre(s) médecin(s) spécialiste(s) concerné(s)).

Il sera rappelé à l'ensemble des intervenants que la réalisation d'un déclenchement ne garantit pas le moment de l'accouchement.

Cette réflexion pluridisciplinaire devra être tracée dans le dossier de la patiente

5.1.11- Antécédent de mort fœtale in utero

Cette situation est à discuter au cas par cas en fonction des circonstances du décès survenu et du souhait du couple.

5.2- Déclenchement sans indication médicale

Un déclenchement sans indication 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 pour un déclenchement par ocytocines: score de Bishop ≥ 7 ;
- et demande formelle de la patiente après information des modalités et des risques potentiels.

6- Contre-indications au déclenchement

6.1- Générales

Les contre-indications du déclenchement sont celles de l'accouchement par voie basse et le refus de la patiente d'être déclenchée en dépit des informations dispensées.

- disproportion foeto-pelvienne,
- présentation dystocique (la présentation podalique autorise le déclenchement après discussion au cas par cas),

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale
Date de révision : janvier 2018

- anomalies du rythme cardiaque fœtal à haut risque d'asphyxie fœtale,
- obstacles previa dont placenta praevia recouvrant,
- antécédent de rupture utérine.

Le moment de la réalisation du déclenchement sera fonction de l'indication et de son degré d'urgence, de l'appréciation du médecin responsable de la SDN, de l'activité en SDN et du nombre de déclenchements déjà en cours. En cas de difficultés, la décision pourra être prise après discussion entre le médecin responsable et le cadre sage-femme responsable de la SDN.

6.2- Cas particuliers

- **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** : Le déclenchement artificiel du travail pour raison médicale reste une option raisonnable mais le risque potentiel de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. Les prostaglandines peuvent être utilisées lorsque le score de Bishop est < 7 , sur utérus unicatriciel en gardant à l'esprit la majoration du risque de rupture. Selon un accord interne au service, la décision de déclenchement et la méthode de déclenchement sont à l'appréciation du médecin responsable de la SDN après information et accord de la patiente.

7- Conditions préalables

- **Détermination précise de l'âge gestationnel** : Il sera déterminé, au mieux par la mesure de la longueur crânio-caudale réalisée lors de l'échographie du premier trimestre à 11-13 SA. L'âge gestationnel est défini en semaines d'aménorrhée complètes (SA). Ainsi on considère comme grossesse à terme toute grossesse de 37 à 41 SA, le terme théorique correspond à 41 SA, et on parle de terme dépassé à partir de 42 SA.
- **Connaissance des antécédents de la patiente**
 - o Parité : La parité correspond au nombre d'accouchements antérieurs. Lorsque la parturiente doit accoucher pour la première fois et n'a pas encore accouché, elle est nullipare et ne devrait donc être appelée primipare qu'après son accouchement.
 - o Mode d'accouchement lors d'éventuelles grossesses précédentes : césarienne (indication, date et type d'hystérotomie), déclenchement (indication et mode), extraction instrumentale (indication, mode d'extraction), difficultés lors de ces accouchements, ...
 - o Antécédents gynécologiques: chirurgie utérine, ...

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

- **Evaluation échographique de la présentation et des mensurations fœtales**, de la quantité de liquide amniotique (évaluée par la mesure d'une flèche amniotique) et de la position du placenta.
- **Evaluation clinique du bassin maternel**, éventuellement complétée par la réalisation d'une radiopelvimétrie ou d'un pelvi-scanner.
- **Information de la patiente sur le rapport bénéfice-risque** en fonction de l'indication du déclenchement et sur le risque d'échec avec recours à la réalisation d'une césarienne (19% contre 9% en cas de travail spontané chez des primipares, 6% contre 4% pour des multipares, selon les données AUDIPOG).

7- A l'admission de la patiente

Vérifier :

- Consultation d'anesthésie,
- NFS-plaquettes et bilan de coagulation,
- Carte de groupe sanguin, RAI,
- Prélèvement vaginal réalisé après 34 SA.

Réaliser :

- Mesure des constantes maternelles (tension artérielle, fréquence cardiaque, température),
- Mesure de la hauteur utérine,
- Enregistrement cardio-tocographique,
- Evaluation du statut cervical selon le score de Bishop (annexe 1).

Le moment du déclenchement est décidé par le médecin responsable de la SDN après avoir pris en considération l'indication du déclenchement et son degré d'urgence, l'état cervical, le nombre de déclenchements en cours, le nombre de lits disponibles dans le service d'« Hospitalisation Grossesse » et la charge de travail en SDN. La patiente devra être informée par le médecin posant l'indication de déclenchement de la possibilité que le moment du déclenchement soit décalé.

8- Méthodes de déclenchement

Les méthodes de déclenchements proposés dans notre service sont :

- le décollement des membranes,
- les prostaglandines (Proress® ou Prostine E2®),
- le ballonnet (sonde de Foley® ou double ballonnet de Cook®),
- l'ocytocine (Syntocinon®).

Le choix du mode de déclenchement sera fonction de l'indication, de l'état des membranes, du score de Bishop, du matériel disponible. Le médecin responsable de la salle d'accouchement en accord avec la sage-femme de salle de naissance qui aura réévalué le statut cervical.

8.1- Décollement des membranes

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

Un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé.

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 peut entraîner des saignements.

8.2- Prostaglandines

Les prostaglandines E2 (PGE2) sont utilisées pour induire l'entrée en travail ou une modification du col suffisante pour employer l'ocytocine (Bishop > 6).

8.2.1- Propress®

Le système de diffusion vaginal doit être inséré assez haut dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

Après insertion, la patiente doit être allongée pendant 20 à 30 minutes.

Si la maturation cervicale est insuffisante après 24 heures, le système de diffusion vaginal doit être retiré.

Si une rupture de la poche des eaux survient alors que le Propress® est en place, le dispositif doit être retiré car l'écoulement peut induire une diffusion inappropriée. Une nouvelle pose peut être envisagée lorsque l'écoulement est stabilisé.

Après le retrait du système de diffusion vaginal, il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins 30 minutes avant l'utilisation d'ocytociques.

8.2.2- Prostine E2®

2 dosages : gel vaginal stérile à 1 et 2 mg de Dinoprostone

Pose en intra vaginal

Induction du travail : 1 mg en dose initiale dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Après 6 heures : Une deuxième dose de 1 ou 2 mg de Prostine E2 gel vaginal peut être administrée selon les besoins, c'est-à-dire :

- en l'absence de réponse à la dose initiale de 1 mg : administrer une dose supplémentaire de 2 mg ;
- pour accroître une réponse à la dose initiale de 1 mg : administrer une dose supplémentaire de 1 mg.

La pose de Prostine E2® peut être renouvelée 3 fois.

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

8.2.3- Ballonnet

Deux types de ballonnet peuvent être habituellement utilisés : la sonde de Foley® et le double ballonnet de Cook®.

Actuellement, seule la sonde de Foley® est disponible en salle d'accouchement. La charrière 18 est à privilégier.

Mise en place du ballonnet supra-cervical :

- position gynécologique et mise en place spéculum,
- ballonnet mis sous asepsie locale (bétadine ou chlorexidine),
- gonflé à 30-60 ml d'eau stérile,
- laissé en place pendant 12h,
- sous antibioprophylaxie lorsque le dépistage du streptocoque B révèle sa présence;
- après vérification de la position du placenta au T3,
- compresse dépliée enroulée et scotchée autour de l'extrémité extériorisée comme témoin (métrorragie, RPM)
- surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant 2h après la pose.

8.2.4- Ocytocine

En cas de déclenchement par ocytocine, il est recommandé d'employer le protocole suivant :

- perfusion par voie intraveineuse,
- à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve anti-reflux ou d'une seringue électrique avec valve anti-reflux,
- commencer par 2,5 milliunités par minute ;
- augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 minutes.

Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum trois à quatre contractions par dix minutes.

Une bonne dynamique utérine peut être obtenue avec une perfusion de 12 milliunités par minute.

La dose maximum recommandée d'ocytocine est de 20 milliunités par minute. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 milliunités par minute.

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.

Il faut spécifier la dose d'ocytocine administrée (en milli unités par minute) plutôt que le volume du liquide perfusé (en millilitres par minute) (Annexe 2). Si la dilatation du col ne progresse pas en dépit d'une activité contractile jugée satisfaisante chez une patiente ayant des membranes intactes, une amniotomie sera pratiquée.

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

9- Surveillance du déclenchement

Pour tout déclenchement

- Le déclenchement doit être mis en place **en salle de naissance**, quelque soit le mode de déclenchement, avec monitoring des constantes maternelles (fréquence cardiaque, tension artérielle) et enregistrement cardiotocographique. Mise en place d'une voie veineuse périphérique ;
- Enregistrement du rythme cardiaque fœtal :
 - o 30 minutes avant mise en place du déclenchement,
 - o Si ocytocine : enregistrement continu,
 - o Si prostaglandines E2 en application vaginale *ou* ballonnet : pendant au moins 2 heures. En l'absence d'anomalie, le monitoring peut être ensuite intermittent jusqu'à début du travail.

En cas d'hypertonie

- sous perfusion d'ocytocine : hypercontractilité utérine + anomalies du RCF → arrêt de la perfusion d'ocytocine ;
- en l'absence d'ocytocine ou arrêt de l'ocytocine insuffisant : hypercontractilité utérine + anomalies du RCF → tocolyse (*1/5 ampoule de salbutamol ou Natispray selon hémodynamique de la femme*).

Hospitalisation en service d' « Hospitalisation Grossesse » :

Lorsque la méthode de déclenchement choisie est la pose de prostaglandines ou de ballonnet, la patiente est hospitalisée en service d' « Hospitalisation Grossesse » après réalisation de deux heures d'enregistrement cardio-tocographique, si un lit est disponible dans les chambres 925 et 927 et après accord du médecin responsable de la SDN.

- surveillance à la charge des sage-femmes du service : enregistrement cardio-tocographique discontinu toutes les 6 heures, douleurs (EVA), pertes de liquide amniotique ou métrorragie,

- si la patiente présente des contractions **utérines douloureuses** :

1- enregistrement cardio-tocographique, examen cervical, évaluation de la douleur (EVA)

2- en cas de **faux travail ou de dystocie de démarrage** (présence de contractions utérines régulières et douloureuses mais n'entraînant que peu de modifications cervicales), la patiente sera gérée en service d' « Hospitalisation Grossesse » :

2-1- accompagnement de la patiente,

2-2- traitement au choix de la sage-femme du service en fonction des antécédents de la patiente, de l'indication de déclenchement, du RCF et après discussion avec la patiente :

2-2-1- **Nubain®** (nalbuphine) par voie intra-veineuse lente sur 10-20 secondes, ½ ampoule (soit 10 mg) diluée dans 10 ml de sérum physiologique, renouvelable toutes les 4 heures.

Nécessité d'un monitoring fœtal et maternel (saturation en oxygène, fréquence cardiaque et tension artérielle) pendant au moins 15 minutes ;

2-2-2- **Salbutamol** faible ½ à 1 ampoule par voie intra-musculaire + Atarax® 50 mg par voie intra-musculaire ou orale.

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

Contre-indications du salbutamol : grossesses multiples, pathologies cardiaques, saignements importants et tachycardie maternelle.

2-2-3- **d'autres alternatives** peuvent être proposées : Homéopathie (caulophyllum 5 CH 5 toutes les 10 min), Acupuncture, Réflexothérapie, Sophrologie ;

2-3- en cas de **succès** rapide (< 1 heure), la patiente reste en service d' « Hospitalisation Grossesse »)

2-4- en cas d'**échec** (persistance de la douleur) :

2-4-1- transfert en **SDN**,

2-4-2- enregistrement cardiotocographique et réévaluation cervical par la sage-femme de la SDN,

2-4-3- si la patiente n'est pas en travail, un autre traitement sera proposé : **Nubain®** (si salbutamol en première intention) ou **salbutamol** (si Nubain® en première intention), mise au **bain**, Homéopathie (caulophyllum 5 CH 5 toutes les 10 min), Acupuncture, Réflexothérapie, Sophrologie ;

2-4-4- en cas d'**échec**, la pose précoce d'une **analgésie péridurale** pourra être discutée avec la patiente et l'obstétricien responsable de la SDN ;

A noter qu'une patiente transférée en SDN ne doit pas retourner en service

d' « Hospitalisation Grossesse » sauf cas particulier, après discussion avec le médecin responsable de la SDN.

- les dossiers doivent être présentés par la sage-femme du service ayant examiné la patiente au **staff de la SDN entre 8h15 et 9h**.

10- Références

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE.

Recommandations pour la pratique clinique : prévention anténatale du risque infectieux néonatal précoce : synthèse des recommandations. St-Denis : ANAES, 2001.

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Recommandations pour la pratique clinique : diagnostic et traitement curatif de l'infection précoce du nouveau-né : synthèse des recommandations. ANAES, 2002.

- Alfrevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD003246. DOI: 10.1002/14651858.CD003246.pub2.

- Boulvain M, Kelly AJ, Irion O. Intracervical prostaglandins for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD006971. DOI: 10.1002/14651858.CD006971.

- Boulvain M, Kelly AJ, Lohse C, Stan CM, Irion O. Mechanical methods for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD001233. DOI: 10.1002/14651858.CD001233.

- Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD000451. DOI: 10.1002/14651858.CD000451.pub2.

- Bricker L, Luckas M. Amniotomy alone for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 4. Art.

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale

Date de révision : janvier 2018

No.: CD002862. DOI: 10.1002/14651858.CD002862.

- CDC Morbidity and Mortality Weekly Report : November 2010. Provisional recommendations for the prevention of perinatal Group B Streptococcal Disease.
- Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique. Infections cervico-vaginales et grossesse. 1997.
- Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B. Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). *Cochrane Database Syst Rev* 2006;1:CD005302
- Diabète gestationnel. Recommandations pour la Pratique Clinique, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. 2010.
- Expectant management of severe preeclampsia remote from term : hope the best but expect the worst *AJOG*, Vol 199, Iss3, Sept 2008, 209-212
- Hutton EK, Mozurkewich EL. Extra-amniotic prostaglandin for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art. No.: CD003092. DOI: 10.1002/14651858.CD003092.
- Irion O, Boulvain M. Induction of labor for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database of systematic Review* 1998, Issue 2. Art. N° :CD000938. DOI:10.1002/14651858.CD000938.
- Le syndrome HELLP, les 10 commandements. O Pourrat , F Pierre, G Magnin La revue de medecine interne 2008 3- Prise en charge multidisciplinaire de la pre eclampsie, recommandations formalisees d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN 27 janvier 2009
- Prise en charge multidisciplinaire de la pre eclampsie, recommandations formalisees d'experts communes SFAR/CNGOF/SFMP/SFNN 27 janvier 2009
- Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé, « Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée », 2008.
- Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en focntion des situations à risque identifiées », 2007.
- Smith CA, Crowther CA. Acupuncture for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 1. Art. No.: CD002962. DOI: 10.1002/14651858.CD002962.pub2.

11- Informations pour la gestion documentaire

Diffusion V1 : le 14 juin 2011		Signatures
Validation V1 : le 13 juin 2011	prof B Jacquetin	

Mots clés : déclenchement du travail, maturation cervicale
Date de révision : janvier 2018

Annexe 1- Score de bishop

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

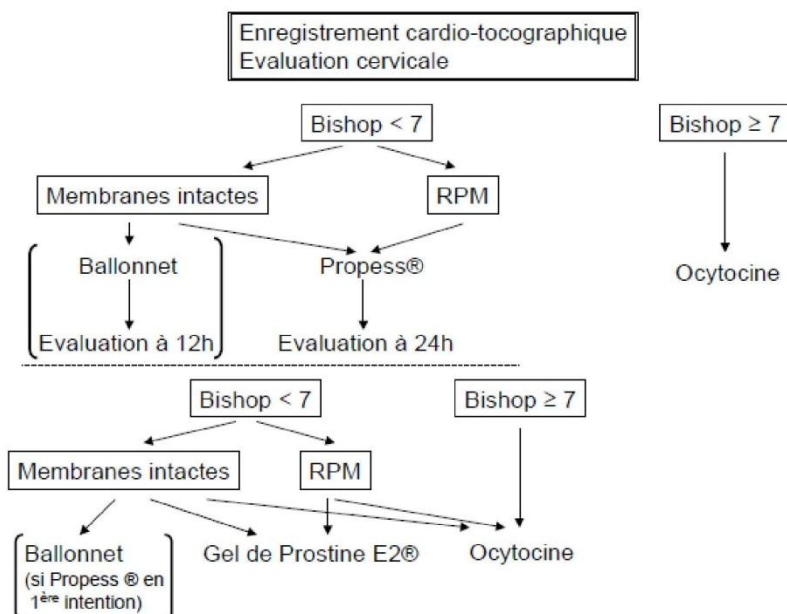
Valeurs du score : de 0 à 13 ; score ≥ 7 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares).

Annexe 2- Dosages et débits de perfusion d'ocytocine

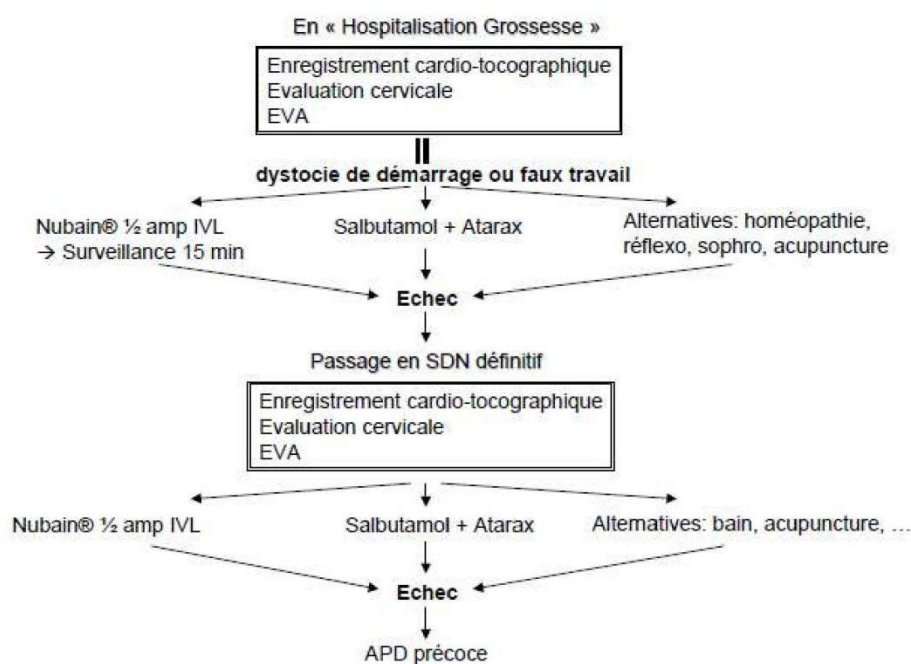
Tableau 1. Exemple de concentrations en milli-unités par minute en fonction de différents dosages et débits de perfusion

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

Annexe 3 : Méthodes de déclenchement



Annexe 4 : Suivi du déclenchement en cas de dystocie de démarrage ou faux travail



Annexe 2 : Guide d'entretien

Quelles étaient vos attentes par rapport à votre déclenchement ?

I- L'accompagnement

Qu'est ce que vous avez pensé de l'accueil dans le service ? (bien accueillie, sentiment d'être attendue, prise en charge rapide, personnel connaissait votre dossier)

Connaissez-vous les indications de votre déclenchement ?

Lors de l'annonce de votre déclenchement, qu'avez-vous pensé des explications que l'on vous a donné ? Qui vous les a donné ? (les explications étaient claires et compréhensibles ? Les professionnels ont pris le temps de m'expliquer ? les professionnels ont répondu à mes questions ? Les professionnels m'ont expliqué pourquoi un déclenchement était préférable ? présentations au 1^{er} contact)

Avez-vous été choqué par le ton ou des mots employés par certaines personnes ?

Durant votre déclenchement, vous vous êtes sentie bien prise en charge ? L'équipe a bien pris en compte vos préoccupations ? Vous vous êtes sentie en sécurité ?

Avez-vous eu le sentiment d'avoir été soutenue et accompagnée par l'équipe soignante tout au long de votre déclenchement ?

Êtes-vous satisfaite de la disponibilité du personnel soignant au cours de votre déclenchement ? (Notez sur une échelle de 0 à 10)

Avez-vous toujours eu rapidement les explications que vous souhaitiez sur votre état de santé ? Les informations que vous avez reçues des différentes personnes allaient dans le même sens ?

Que pensez-vous de l'écoute et des moyens mis en œuvre par les soignants (un geste, une parole, de la chaleur humaine) lorsque vous vous sentez mal ?

Pendant votre déclenchement, avez-vous pu être accompagné ? Si oui par qui ?

Après votre admission définitive en salle de naissance, le début de travail déclenché était ce à quoi vous vous attendiez ? Si non, qu'est ce qui vous a surpris ?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction sur l'accompagnement par le personnel soignant durant votre hospitalisation en pré-travail sur une échelle de 0 à 10 ?

II- La prise en charge de la douleur et sa satisfaction

Si vous avez déjà été déclenché, quel vécu gardez-vous de votre ou vos précédents déclenchements :

○ Très satisfaisant ○ Satisfaisant ○ Peu satisfaisant ○ Pas du tout satisfaisant ?

Avez-vous été informé sur la survenue de la douleur au cours de votre déclenchement ? Si oui, quelles informations aviez-vous reçus ?

Quand vous a-t-on demandé de signaler la douleur ? (chaque fois que vous auriez mal, votre douleur dès son apparition, quand la douleur devenait insupportable ?)

Combien de temps s'est-il écoulé entre le moment où vous avez réclamé une aide contre la douleur et le moment où on vous l'a donné ?

Comment ont été les solutions pour vous soulager ? (hors péridurale)

Quel est le chiffre qui correspond à votre satisfaction globale en ce qui concerne la prise en charge de votre douleur par l'équipe soignante avant la péridurale ?

Qu'est ce qui vous a été proposé pour soulager votre douleur? (la déambulation, les positions, le bain, les massages la respiration, l'acupuncture, le ballon, l'homéopathie, le multitrack (suspension avec écharpe et ballon), le salbumol, le nubain, les antispasmodiques)

Parmi toutes les solutions qu'on vous a apportées, citez celle qui vous a le plus aidé ?

Vous a-t-on demandé de quantifiez votre douleur sur une échelle de 0 à 10, 0 correspondant à aucune douleur et 10 douleur la plus insupportable que vous puissiez imaginer ? ○ Toujours ○ Souvent ○ Parfois ○ Jamais

Qu'avez vous fait par vous-même pour soulager votre douleur ?

Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance pour cette grossesse ?si oui vous a-t-elle permis lors de votre déclenchement de mettre en place des moyens permettant de diminuer la douleur ?Si oui comment ?

Connaissez-vous la dilatation de votre col lors de votre admission définitive en salle de naissance ? (pose de péridurale)

-Vous paraît-il nécessaire que les professionnels de santé abordent ce sujet pendant la grossesse ?

Conclusion : Selon vous quelles seraient les choses à mettre en place au niveau de l'accompagnement et la prise en charge de la douleur pour améliorer le déclenchement ?

Résumé

Introduction : Avec un taux de déclenchement estimé à 22,7% en France, il est important d'apporter une bonne prise en charge de la douleur de ces patientes et un accompagnement dans cette phase de latence complexe. Les objectifs de notre étude étaient d'étudier la satisfaction des patientes déclenchées par Propess® dans l'accompagnement et la prise en charge de la douleur et voir s'il existait une différence de prise en charge entre les primipares et les multipares.

Matériel et méthodes : Notre étude était descriptive transversale à visée observationnelle. Nous avons interrogés 15 femmes déclenchées par Propess® à l'aide d'un entretien semi directif entre le 30 novembre 2013 et le 24 décembre 2013.

Résultats et discussion : Les patientes étaient globalement satisfaites de l'accompagnement et la prise en charge de la douleur. La moyenne des patientes interrogées concernant la disponibilité est de 8,93 sur une échelle de 0 à 10, de 8,64 concernant l'accompagnement et de 7,875 concernant la prise en charge de la douleur. Malgré tout il ya un manque d'information sur le déclenchement, son suivi, la douleur et les méthodes de la prise en charge de la douleur.

Conclusion : Les patientes déclenchées par Propess® étaient satisfaites de l'accompagnement et la prise en charge de la douleur. Il semble intéressant d'envisager la distribution d'une plaquette d'informations sur le déclenchement et sa prise en charge globale afin d'offrir aux patientes un complément d'informations.

Mots clefs : Propess®, satisfaction, accompagnement, prise en charge de la douleur

Abstract

Introduction : With a rate of induced labor estimated at 22,7 % in France, it's important to bring a good care of the pain of this patients and a accompanying in this complex phase of latency. The aims of our study were to study the satisfaction of the patients who had induced labor with Propess® in the accompanying and the care of the pain and to see if there was a difference of care between primiparous and multiparous.

Material and Methods : We make a transversal descriptive study. Between 30th November 2013 and 24th December 2013, 15 women were questioned thanks to a semi-directive interview.

Results and discussion : The patients were globally satisfied by the accompanying and the care of the pain. They gave a satisfaction mark of 8,93 out of a possible 10 for the availability, 8,64 for the accompanying and 7,875 for the care of pain. Despite that, there is a lack of information about the induction of labor, the follow, the pain and the methods of pain's care.

Conclusion : The patients with inducted labor by Propess® were satisfied by the accompanying and the care of pain. It seems interesting to envisage the distribution of an information leaflet on the induction of labor and it's global care to offer to the patients a further information.

Key words : Propess®, satisfaction, accompanying, care of pain