



HAL
open science

Observation du déclenchement par maturation cervicale des parturientes obèses : étude prospective multicentrique quantitative de pratique professionnelle

Leïla Chenouf

► **To cite this version:**

Leïla Chenouf. Observation du déclenchement par maturation cervicale des parturientes obèses : étude prospective multicentrique quantitative de pratique professionnelle. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01365437

HAL Id: dumas-01365437

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01365437>

Submitted on 19 Jan 2017

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.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**OBSERVATION DU DECLENCHEMENT PAR
MATURATION CERVICALE DES PARTURIENTES
OBESES**

Etude prospective multicentrique quantitative de pratique
professionnelle

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme
Présenté et soutenu par
Leïla CHENOUF
Sous la direction de
Docteur Françoise LE GOUEFF

ANNEE UNIVERSITAIRE 2015-2016

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie Dr Françoise Le Goueff, chef de service de l'unité d'obstétrique de la maternité du Pavillon Paul Gellé à Roubaix et Directrice de ce mémoire, pour son enthousiasme, sa grande disponibilité, sa gentillesse, sa sagesse et ses encouragements sans failles dans les moments de doutes, mais aussi pour son aide et ses connaissances théoriques.

En second lieu, je remercie Madame Isabelle Vaast, sage-femme enseignante à la Faculté de Médecine et Maïeutique de l'Institut Catholique de Lille, pour sa disponibilité dans la réalisation et la construction de ce mémoire.

Je remercie également Monsieur Romain Demailly, sage-femme à la maternité Saint-Vincent de Paul à Lille, pour son aide très précieuse pour l'exploitation des données statistiques de cette étude, et ses encouragements.

Enfin, je souhaite remercier toute ma famille et mes amis, qui ont toujours cru en moi et m'ont donné la force et le courage de réussir tout au long de ces années.

Sommaire

Sommaire.....	1
GLOSSAIRE.....	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	6
1. Type d'étude	6
2. Critères de jugement.....	6
3. Outil.....	7
4. Méthode d'analyse.....	8
5. Considérations éthiques et autorisations	8
RESULTATS	9
1. Effectif	9
2. Statistiques descriptives.....	9
3. Les modalités pratiques et de surveillance du déclenchement par maturation cervicale des patientes ayant un IMC de début de grossesse \geq à 30 kg/m ²	17
4. Les conséquences et les issues du déclenchement par maturation cervicale des patientes ayant un IMC de début de grossesse \geq à 30 kg/m ²	20
DISCUSSION.....	24
1. Force /Limite	24
2. Analyse des principaux résultats.....	25
3. Comparaison à la littérature.	27
4. Perspective/Proposition	30
5. Conclusion	31
BIBLIOGRAPHIE.....	33
ANNEXES.....	37

GLOSSAIRE

IMC : indice de masse corporelle

MC : maturation cervicale

ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal

RCF : rythme cardiaque fœtal

ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

CU : contraction utérine

EPF : estimation du poids fœtal

MFIU : mort fœtal in utéro

IMG : interruption médicale de grossesse

EVA : échelle visuelle analogique

SDN : salle de naissance

APD : analgésie péridurale

AG : anesthésie générale

TV : toucher vaginal

EI : extraction instrumentale

MAF : mouvements actifs fœtaux

HDD : hémorragie de la délivrance

INTRODUCTION

La prévalence de l'obésité est en augmentation progressive dans les pays occidentaux, et la surcharge pondérale durant la grossesse est donc une situation fréquente. L'obésité est retrouvée chez 14,9 % des Français. Dans le Nord-Pas-de-Calais l'incidence de l'obésité est de 21,3 %. Nous observons une cinétique croissante de l'obésité, considérée comme l'épidémie de notre siècle [1]. Les plus jeunes sont les plus touchés par cette épidémie. En ce qui concerne l'obstétrique, les jeunes femmes en âge de procréer sont de plus en plus concernées par l'obésité. Par ailleurs, le recul de l'âge de la première maternité contribue sans doute à amplifier le phénomène et ses conséquences obstétricales [2]. Les grossesses chez les patientes obèses sont marquées par une incidence élevée de complications maternelles (diabète gestationnel insuliné ou non, hypertension artérielle, syndromes toxémiques) et fœtales (macrosomie, anomalie de fermeture du tube neural, mortalité périnatale) [3]. Ces différentes pathologies peuvent amener les équipes médicales à poser l'indication d'un déclenchement du travail, avec ou sans maturation cervicale initiale.

Le déclenchement du travail se définit par le fait d'induire artificiellement les contractions utérines permettant l'effacement et la dilatation du col, dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles [4]. La stratégie du déclenchement se base sur l'existence d'une indication médicale ainsi que sur l'examen clinique (conditions cervicales locales). Le score de Bishop évalue le degré de maturité du col utérin via une cotation prenant en compte: la position, la longueur, la consistance, la dilatation cervicale et la hauteur de la présentation fœtale. Si ce score est inférieur à six, le col est immature et une maturation cervicale va donc être nécessaire [5].

Il reste néanmoins important de souligner une variabilité des pratiques interprofessionnelles, démontrée par plusieurs enquêtes nationales: études menées en 1999 et 2003. De ce fait, la Haute Autorité de Santé publie en 2008 des recommandations professionnelles, afin de coordonner les pratiques du déclenchement au sein des structures hospitalières [6].

Le déclenchement par maturation cervicale est une technique en perpétuelle innovation à la recherche d'une efficacité thérapeutique sans danger materno-fœtal. Dans la pratique courante, la technique de maturation la plus utilisée était de nature hormonale : le gel de Prostin®, le tampon de Propess®, les comprimés de Cytotec®. Plus récemment des études ont montré l'intérêt des dispositifs de nature mécaniques tel que la sonde de Fooley®, le ballonnet de Cook® [7]. Les indications médicales des déclenchements sont multiples, d'ordre maternel, fœtal ou materno-fœtal ; lorsque le col n'est pas favorable, il est nécessaire de procéder à une maturation cervicale. Cependant il reste possible que certaines situations aboutissent à un échec

de déclenchement par maturation initiale ou non. L'échec est par définition une absence d'entrée en phase active du travail: une dilatation cervicale inférieure à trois centimètres, rendant alors inévitable une césarienne [8].

Dans ce contexte il m'a semblé intéressant d'étudier une population bien ciblée constituée de patientes ayant un IMC \geq à 30 en début de grossesse, déclenchées par maturation cervicale. Une des raisons principale, de mon choix, est le manque d'études associant ces deux éléments : maturation cervicale et obésité. Par ailleurs, j'ai pu constater des impressions subjectives discordantes rapportées par les équipes médicales, et personnellement une difficulté de prise en charge et de surveillance de ces patientes, d'où mon questionnement par rapport à l'influence de l'obésité sur le déroulement du déclenchement par maturation cervicale. Nous pouvons nous demander s'il existe une difficulté dans la prise en charge de ces patientes: les modalités pratiques et les modalités de surveillance, en relation avec l'IMC. L'obésité reste un facteur très intéressant à étudier dans l'influence ou non sur la réussite, l'échec et le déroulement du déclenchement par maturation cervicale.

Par ailleurs, des mémoires de fin d'étude de sage femme ont démontré que l'obésité à elle seule était un facteur de risque d'échec de déclenchement, de césariennes plus fréquentes donc de vigilance plus importante [9, 10, 11].

Dans la littérature, il existe plusieurs études menées dans le but d'analyser les particularités ainsi que les difficultés chez les femmes obèses, durant la période de la grossesse et de l'accouchement [12].

Nous pouvons y retenir les grandes idées :

- *des déclenchements plus fréquents,
- *un taux d'accouchement post-terme beaucoup plus élevé,
- *une durée de travail plus longue durant la première phase,
- *un poids moyen des nouveau-nés significativement plus élevé,
- *des difficultés rencontrées par les anesthésistes réanimateurs à la mise en place de l'analgésie péridurale.

Mon travail est plus ciblé sur le fait que l'enregistrement du RCF ainsi que des CU soit parfois de réalisation difficile, par la présence d'une obésité maternelle. Les professionnels de la périnatalité peuvent être amenés à utiliser des moyens de surveillances internes telles que l'électrode au scalp et la tocographie interne chez les patientes obèses.

Pour ce qui est de l'issue de l'accouchement des patientes obèses, dans la littérature nous retrouvons une relation linéaire du taux de césarienne avec le poids maternel, montrant un taux de césarienne de 24 % en cas d'IMC entre 30 et 34,9 kg/m² et de 32 % pour un IMC > à 35 kg/m² [13]. De plus les pathologies obstétricales associées à l'obésité, vasculaires ou métaboliques constituent des facteurs favorisant l'accouchement par césarienne, tout comme les échecs de déclenchements ou les anomalies de la dilatation [14]. Il serait intéressant de comparer les résultats de notre échantillon avec les données de la littérature, sur une éventuelle prédisposition de ces patientes au risque d'échec du déclenchement, de naissance par voie haute, d'extraction instrumentale, d'une durée de travail plus longue, d'hémorragie de la délivrance et d'une sous estimation du poids fœtal.

La problématique est la suivante: Existe-t-il des difficultés inhérentes au déclenchement par maturation cervicale chez les patientes ayant un IMC de début de grossesse \geq à 30 kg/m²?

L'objectif principal: Analyser les modalités pratiques du déclenchement par maturation cervicale chez les parturientes obèses, en prenant en compte l'avis des sages-femmes.

L'objectif secondaire: Etudier les conséquences et les issues materno-infantile du déclenchement par maturation cervicale des parturientes obèses.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, multicentrique, quantitative, de pratiques professionnelles concernant les déclenchements d'indication médicale des parturientes ayant un IMC de début de grossesse \geq à 30 kg/m², nécessitant préalablement une maturation cervicale.

- Terrain: Deux maternités du Nord-Pas-de-Calais de niveau IIb et une maternité du Nord-Pas-de-Calais de niveau IIa.

- Durée : 7 mois, de juillet 2015 à janvier 2016.

- Population et critères d'inclusion:

* Les femmes enceintes obèses dont le travail est déclenché par maturation cervicale : Propess®, Prostin®, ballonnet de Cook®.

* La population de sages-femmes exerçant aux admissions et en salle de naissance, les ayant pris en charge.

- Critères d'exclusion: les déclenchements du travail sans maturation cervicale préalable, les grossesses gémellaires, les MFIU, les IMG, les présentations podaliques.

- Outil : un questionnaire et une grille de recueil de données

2. Critères de jugement

2.1 Concernant les pratiques professionnelles.

- L'évaluation du degré de difficulté de la pose du dispositif (Propess®, Prostin®, ballonnet de Cook®) par une cotation allant de 1 à 4.

- L'évaluation de la qualité de l'enregistrement du RCF et des CU par une cotation de 1 à 4.

- L'évaluation de degrés de la faisabilité du TV par une cotation de 1 à 4.

Ces modalités ont été évaluées en fonction de la cotation cochée par chaque sage-femme ayant pris en charge la patiente.

2.2 Concernant les conséquences et les issues du déclenchement par maturation cervicale des patientes ayant un BMI de début de grossesse \geq à 30 kg/m².

Pour chaque patientes les données suivantes devaient être recueillies :

- L'IMC de début de grossesse
- La prise de poids durant la grossesse
- L'âge de la patiente
- La parité

- L'EPF à l'échographie du troisième trimestre
- Le poids de naissance
- L'indication(s) de la maturation cervicale
- Le terme de la maturation cervicale
- Le type de dispositif
- Le Bishop/ Hughey avant la pose du dispositif
- Le Bishop/ Hughey avant le passage en salle de naissance
- L'EVA deux heures après la pose du dispositif
- L'EVA lors du passage en salle de naissance
- L'EVA une heure après la pose de l'analgésie
- ARCF en pré-travail
- L'analyse de l'ERCF durant les deux heures après la pose du dispositif
- Le motif de passage en salle de naissance : ARCF
- L'analyse de l'ERCF un quart d'heure avant les efforts expulsifs
- La durée du travail a été définie de l'entrée en salle de naissance jusqu'à l'expulsion.
- Une hyperthermie maternelle
- La durée de l'ouverture de l'œuf
- La couleur du LA à la rupture et au moment de la naissance
- La pose d'une électrode ou scalp
- L'utilisation du Syntocinon® : la dilatation / le débit maximal
- La pose d'une tocographie interne
- La réalisation d'un ph au scalp
- L'issue:
 - Un AVB spontané
 - Une extraction instrumentale : Ventouse/ Forceps
 - Une césarienne : Indications / Code couleur / Type d'anesthésie
 - L'état du périnée : intact / épisiotomie / déchirure : stade I-II-III
 - Le score d'Apgar à 1 min/ 5 min / 10 min
 - Le ph à la naissance : Artériel/ Veineux/ DB/ Lactates

3. Outil

3.1 Questionnaires aux sages-femmes.

Les sages-femmes en secteur d'admission et salles de naissances étaient interrogées par l'intermédiaire d'un questionnaire d'une page (Annexe I). Il se constituait de 5 questions :

- 3 questions au moment de la pose du dispositif.
- 2 questions pendant la surveillance du travail.

Les questionnaires ont été disposés dans des bannettes avec une affiche explicative, au sein du poste de soin des sages-femmes se situant soit aux admissions soit en salle de naissances, en

fonction de l'organisation interne de chaque maternité.

Tous les questionnaires étaient sous format papier.

3.2 Recueil de données dans les dossiers obstétricaux pour chaque maternité

Le recueil de données (Annexe II) était réalisé par moi-même, à partir du dossier médical de chaque patiente présentant tous les critères d'inclusion de l'étude. La fréquence du recueil des questionnaires était de deux fois par semaine dans chaque maternité, afin de rappeler dans un même temps aux sages-femmes l'étude menée. Dans un second temps, une consultation des dossiers en service de suites de naissance et au secrétariat de chaque maternité, nous a permis d'être sûr que chaque patiente susceptible d'être incluse dans l'étude, durant la période de 7 mois, ne soit pas oubliée.

4. Méthode d'analyse

L'étude étant prospective multicentrique quantitative mais non comparative, les analyses statistiques ne cherchaient pas à comparer les différentes maternités. Cependant, le but de notre étude a été de comparer les résultats obtenus de notre observation à la littérature.

Nous avons comparé les variables quantitatives par l'intermédiaire du test de corrélation de Pearson et de Spearman. La comparaison entre les variables quantitatives et qualitatives a été faite par le test de Wilcoxon, celui de Mann Whitney et de Kruskal-Wallis. Par ailleurs, pour les variables n'ayant pu être comparées à la littérature, nous avons calculé l'espace interquartile.

Une base de données au format Excel a permis le traitement de ces données. Ces analyses ont été effectuées à l'aide de logiciel biosta-TGV (url: <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv>) et du logiciel R (R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.)

Une p inférieur à 0,05 a été considéré comme significatif.

5. Considérations éthiques et autorisations

Cette étude a nécessité l'autorisation du directeur de mémoire, de la sage-femme enseignante référente de ce mémoire, ainsi que l'autorisation des cadres de santé en secteur de salles de naissances (Annexe III, IV, V).

Il y a également eu la nécessité du consentement libre et éclairé signé par la patiente. Ce consentement est obligatoire afin de recueillir et d'utiliser les données médicales figurant dans le dossier obstétrical. La feuille de consentement explicative est fournie à la patiente soit en début de suivi de grossesse lors de l'ouverture du dossier en consultation prénatale, soit au moment de la surveillance après la pose du dispositif ou alors durant le séjour en maternité (Annexe VI). Une autorisation a été obtenue par accord téléphonique de la patiente.

RESULTATS

1. Effectif

Concernant l'échantillon des professionnels de santé:

Les 33 sages-femmes ont été interrogées et ont répondu.

Concernant l'échantillon des patientes:

Sur les 33 patientes présentant tous les critères d'inclusions de l'étude, 3 patientes ont refusé de donner leur consentement pour l'utilisation de leurs données médicales. L'effectif total de la population des patientes est donc de 30.

2. Statistiques descriptives

Tableau 1 : Tableau représentatif du nombre de naissances et de césariennes en 2015 dans chaque maternité, où s'est déroulée notre étude.

Maternités	Maternité A	Maternité B	Maternité C
Niveau	II a	II b	II b
Nombre de naissances 2015	1831	2614	1944
Taux de césariennes 2015	14,90%	15,87%	15,30%

Nous avons recensé le nombre de naissances et de césariennes durant l'année 2015 au sein des trois maternités où a été réalisée l'étude. Le nombre de naissances se trouve entre 1800 et 2600 et la moyenne des césariennes étant de 15%.

2.1 BMI des patientes de notre échantillon

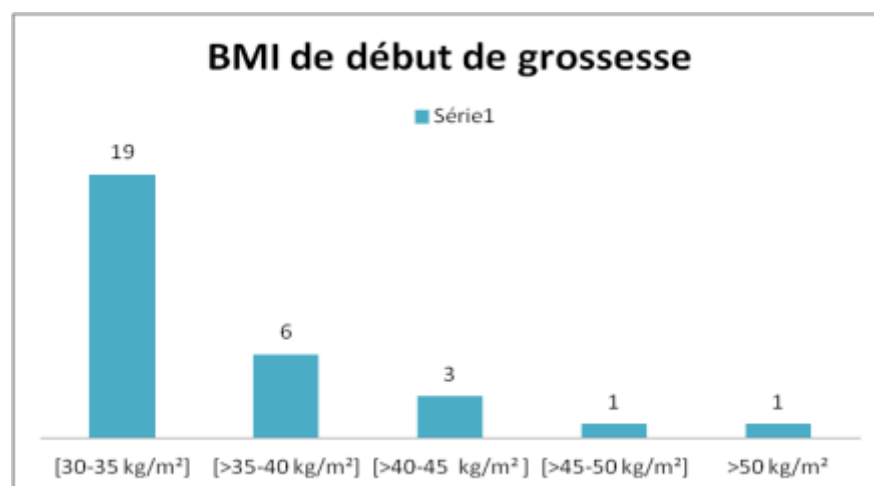


Figure 1 : Répartition des BMI de début de grossesse des patientes de notre échantillon.

La majorité des patientes de notre échantillon présentaient un BMI de début de grossesse

compris entre 30 et 35 kg/m².

2.2 La parité des patientes de notre échantillon.

Notre échantillon été composé de 18 primipares et 12 multipares.

2.3 Age des patientes de notre échantillon.

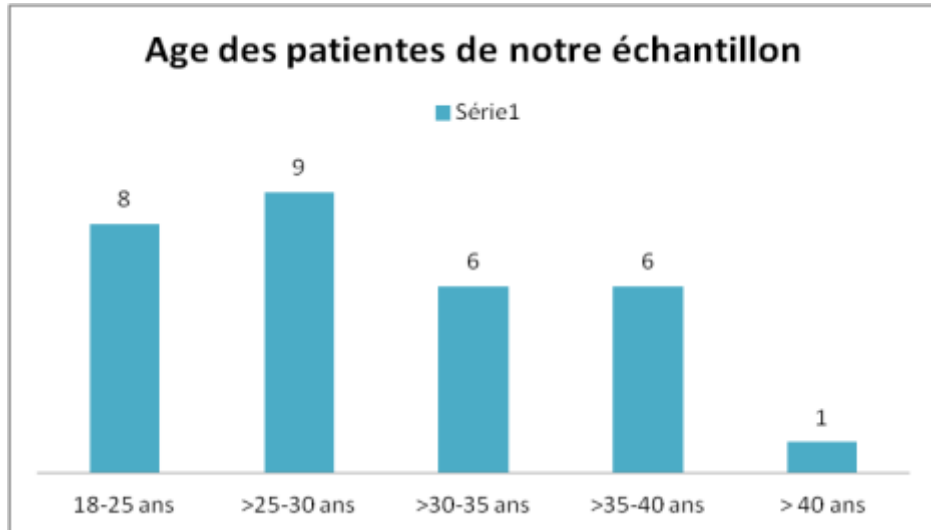


Figure 2 : Répartition de l'âge des patientes de notre échantillon.

L'âge moyen des patientes de notre échantillon se situent entre 25 et 30 ans.

2.4 Evolution du poids durant la grossesse

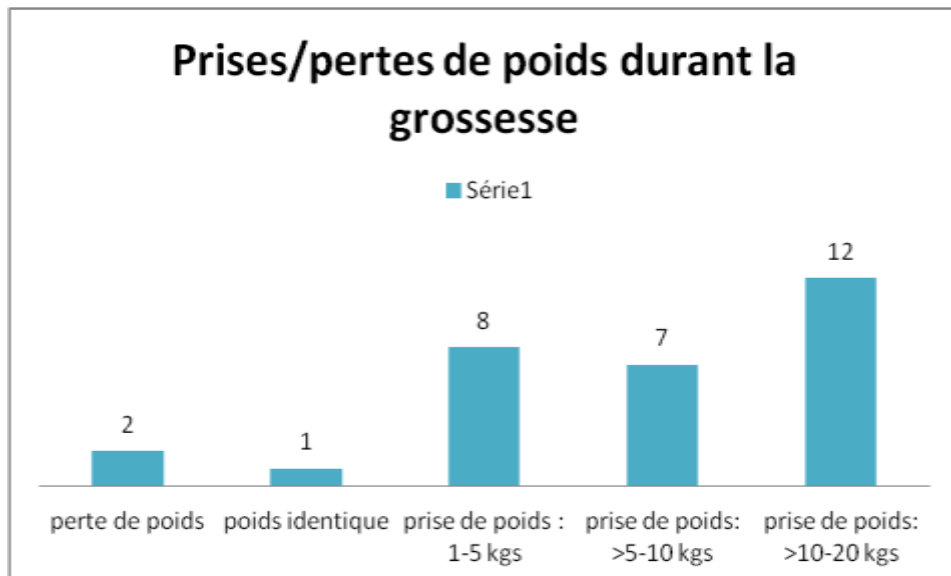


Figure 3 : Répartition de l'évolution du poids durant la grossesse des patientes de notre échantillon.

La majorité des patientes de notre échantillon ont pris entre 10 à 20 kilogrammes durant leur

grossesse.

2.5 Evaluation de la douleur.

La douleur a été évaluée par l'intermédiaire de l'EVA. Nous avons relevé ce score à des moments précis : deux heures après la pose du dispositif ; au moment du passage en SDN ; une heure après la pose de l'APD.

Nos résultats sont les suivants :

- A deux heures de la pose du dispositif, vingt-huit patientes avaient une EVA comprise entre 0 et 5 et deux patientes avaient une EVA=7.
- Pour les patientes ayant bénéficié d'un seul dispositif,
 - Au moment du passage en SDN pour les dix-neuf patientes, huit patientes avaient une EVA comprise entre 0 et 5 et onze patientes avaient une EVA comprise entre 6 et 10.
 - Après une heure de la pose de l'analgésie, quinze patientes avaient une EVA entre 0 et 5, deux patientes ont eu une EVA égale à 9 et deux patientes n'ont pas bénéficié d'APD.
- 9 patientes ont nécessité d'un deuxième dispositif,
 - Deux heures après la pose, six patientes avaient une EVA entre 0 et 5 et trois patientes avaient une EVA entre 6 et 10.
 - Au moment du passage en SDN, quatre patientes avaient une EVA comprise entre 0 et 5, cinq patientes avaient une EVA entre 6 et 10.
 - Une heure après la pose de l'APD pour les neuf patientes, six avaient une EVA à 0 et trois patientes avaient une EVA entre 7 et 10.
- Les deux patientes ayant eu un troisième dispositif, leur EVA a toujours été comprise entre 0 et 5 aux différents moments du recueil.

2.6 Le terme de la maturation cervicale.

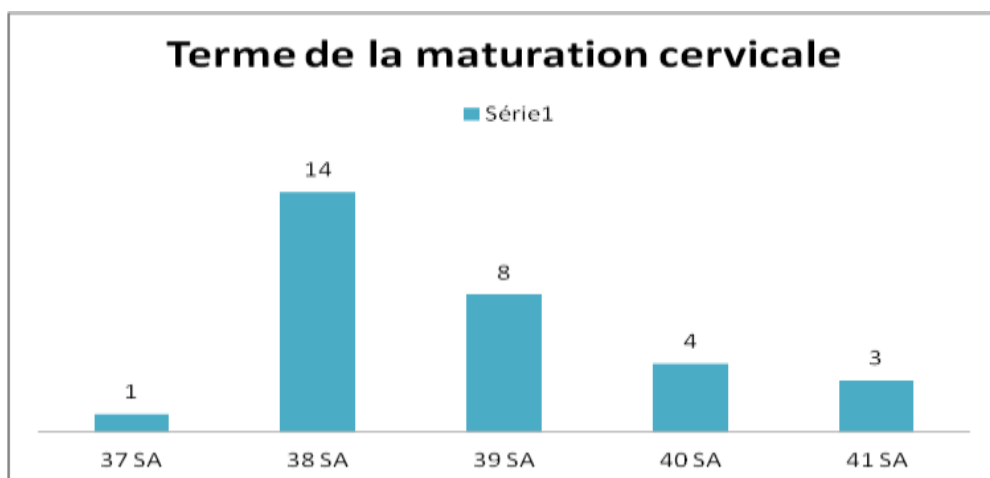


Figure 4 : Répartition du terme du déclenchement par maturation cervicale des patientes de notre échantillon.

Les patientes de notre échantillon ont pour la majorité d'entre elles nécessité une maturation cervicale au terme de 38 SA.

2.7 Le choix du dispositif de maturation en fonction du Bishop de départ.

Pour les scores de Bishop de départ compris entre 1 et 3 : le choix du dispositif a été le Propess®.

Pour les scores de Bishop compris entre 4 et 6 : le choix du dispositif a été la Prostine® 1 mg ou 2 mg.

Enfin, cinq ballonnets de Cook® en tout ont été posés, dont un sur un utérus cicatriciel au sein de notre échantillon. Le score de Bishop de départ était égal à 3.

Pour les onze patientes ayant bénéficié d'un deuxième dispositif de maturation :

- 8 Prostines®
- 2 Propess®
- 1 ballonnet de Cook®

Parmi les onze patientes, deux ont bénéficié d'un troisième dispositif :

- 1 ballonnet de Cook®
- 1 Prostine® 1 mg

2.8 Les différentes indications de déclenchement par maturation cervicale.

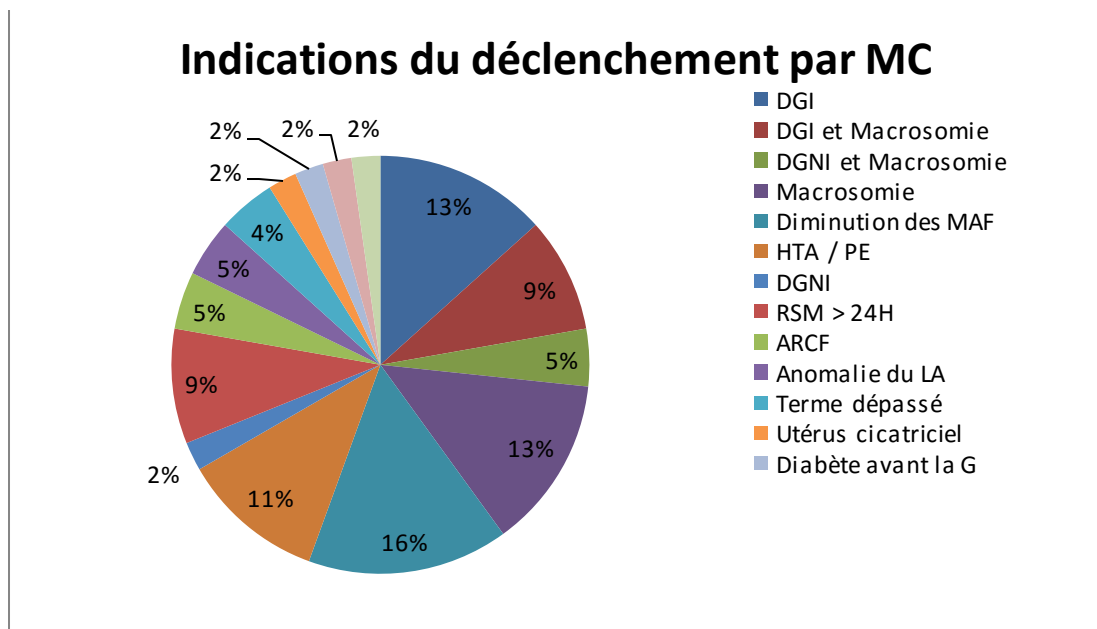


Figure 5 : Les indications du déclenchement par maturation cervicale chez les patientes de notre échantillon.

L'indication principale dans l'échantillon était la diminution des MAF (16%) suivi du diabète gestationnel insuliné sans retentissement fœtal (13%), au même pourcentage que la macrosomie

sans diabète maternel. Les trois indications représentent plus de 50% des indications du déclenchement.

2.9 Répartition des différents dispositifs de maturation.

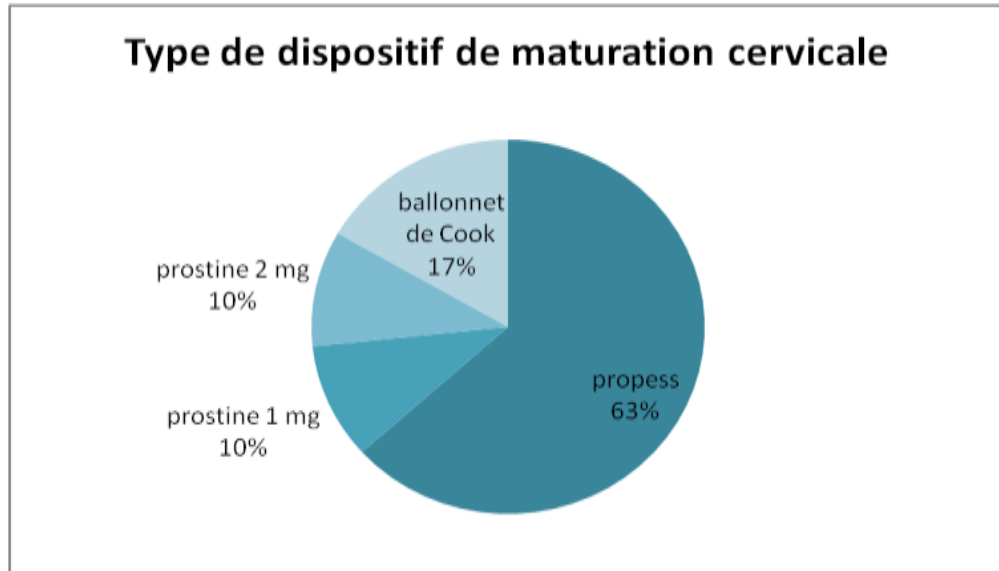


Figure 6 : Dispositifs utilisés de maturation cervicale au sein de notre échantillon.

Le dispositif principal de maturation cervicale utilisé dans notre échantillon était le Propess® à 63% suivi du ballonnet de Cook® à 17%. Les Prostines® de posologie 1mg et 2 mg ont été utilisées à pourcentage égal.

2.10 ERCF durant les deux heures après la pose du dispositif.

Pour les 30 patientes de notre échantillon, l'ERCF des 2 heures après la pose du dispositif a été normo-réactif et normo-oscillant sans anomalies. Nous avons classé les différents rythmes selon la classification des cinq groupes à risque, tous les rythmes se trouvaient dans le groupe 1 : RCF normal. Une seule patiente est passée en SDN plus rapidement pour des anomalies du RCF diagnostiquées en salle de pré-travail.

2.11 L'issue de l'accouchement.

L'issue principale de l'accouchement du déclenchement était un accouchement voie basse spontané à 48%, suivi d'un accouchement par extraction instrumentale à 31% et enfin de 21% de césarienne.

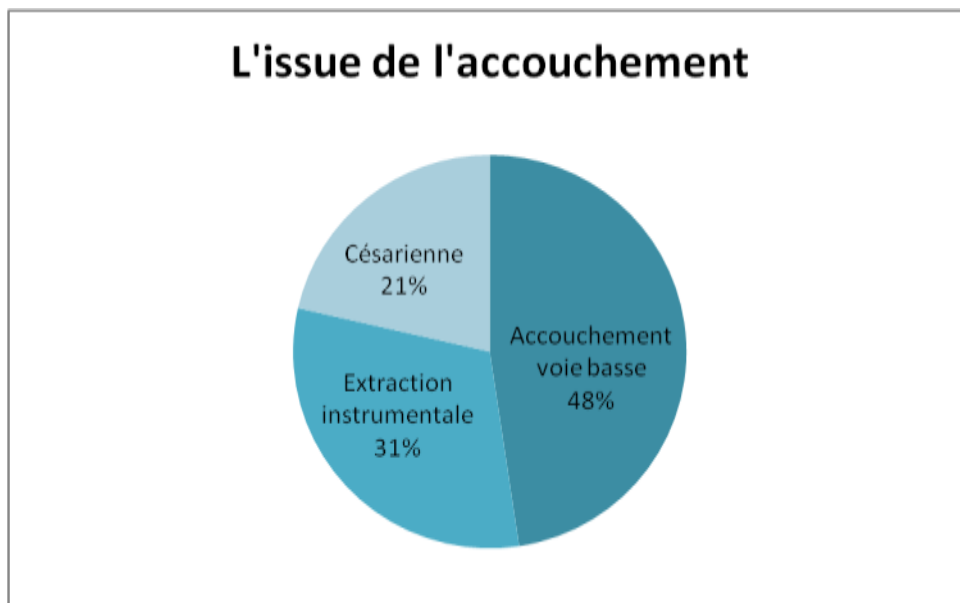


Figure 7 : Issue de l'accouchement des patientes de notre échantillon ayant eu un déclenchement par maturation cervicale.

L'indication principale de césarienne au sein de notre échantillon a été pour un échec de déclenchement, en code vert sous péridurale.

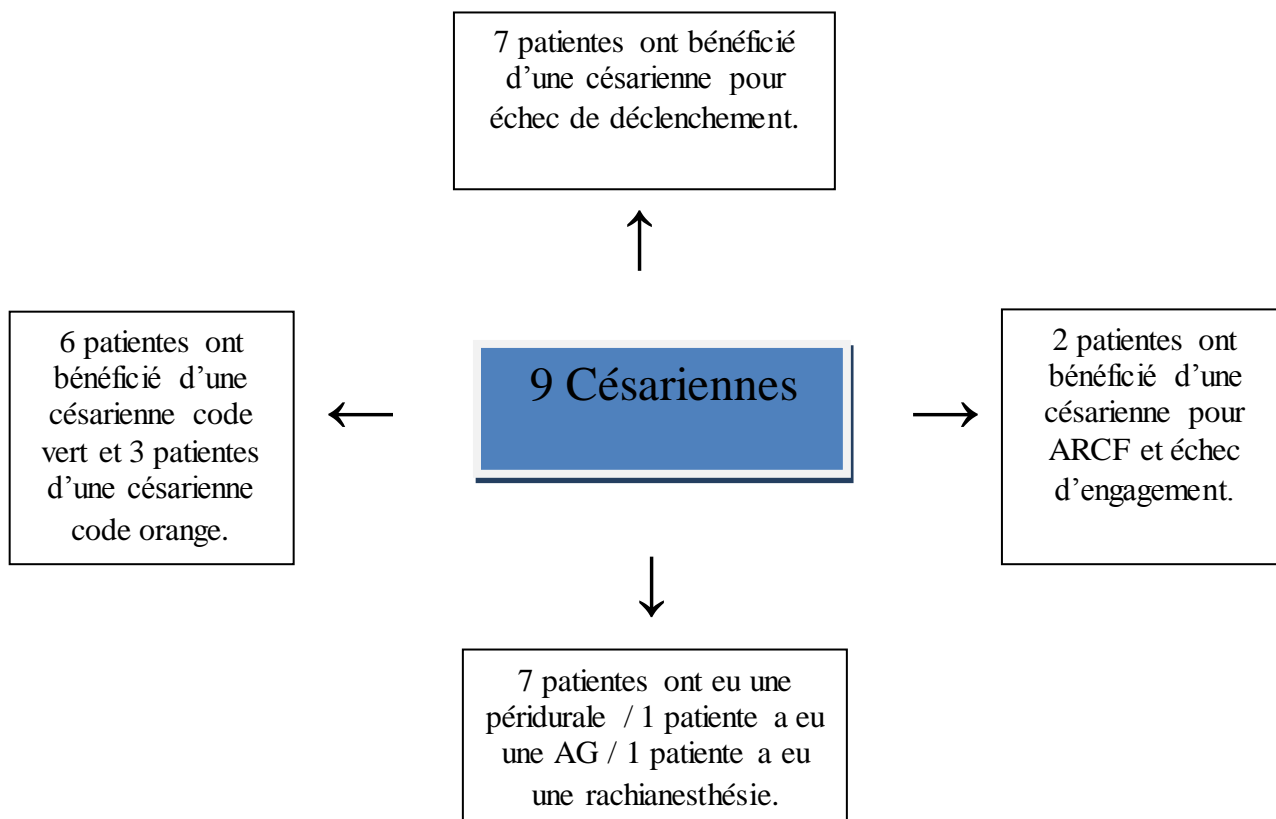


Figure 8 : Nombre de patientes de l'échantillon ayant nécessité une césarienne avec l'indication, le code couleur, et le type d'anesthésie.

Parmi les patientes de notre échantillon ayant nécessité une extraction instrumentale, six patientes sur neuf ont eu un forceps.

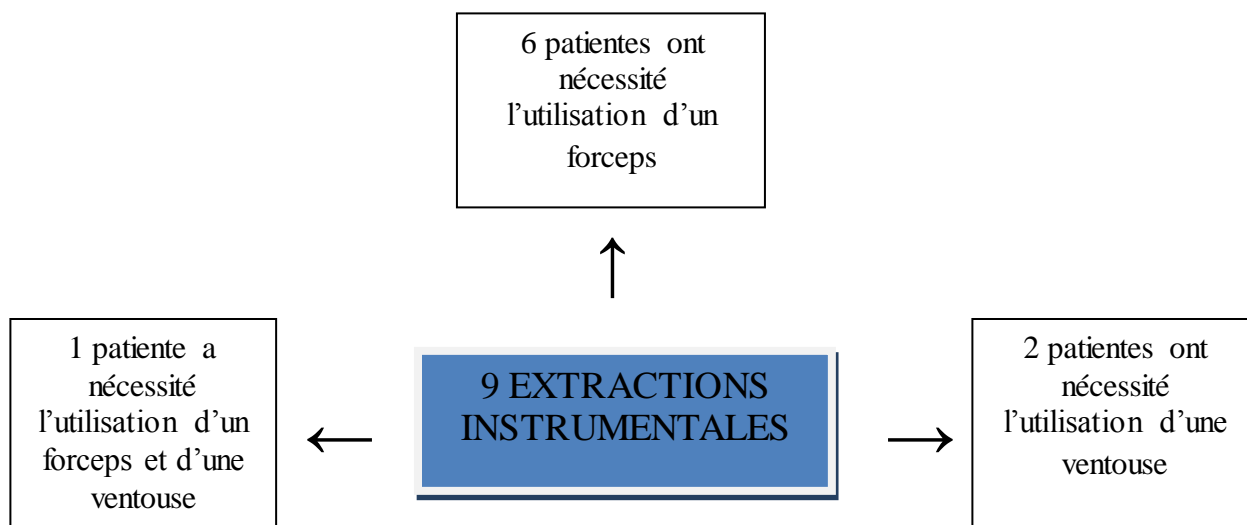


Figure 9 : Nombre et type d'extractions instrumentales ayant été nécessaire pour les patientes de notre échantillon

2.12 L'état du périnée après l'accouchement voie basse.

n=21

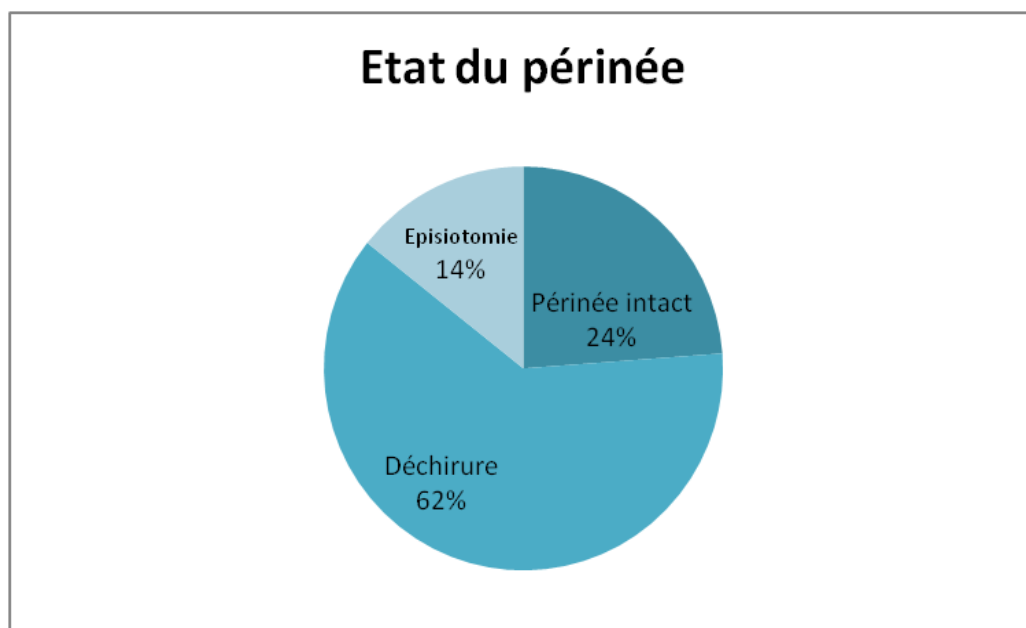


Figure 10 : Etat du périnée post accouchement des patientes de notre échantillon

L'état du périnée des patientes de notre échantillon correspond en grande majorité à une déchirure vaginale de stade I (62%). Le taux de périnée intact était de 24% et enfin 14% d'épisiotomie.

2.13 La couleur du LA à la rupture des membranes et à la naissance.

La couleur du LA à la rupture comme à la naissance a été claire pour 29 de nos patientes et teintée à la rupture comme à la naissance pour une des patientes.

2.14 L'hémorragie de la délivrance.

Au sein de notre échantillon, 4 patientes sur les 30 ont eu une hémorragie de la délivrance.

2.15 Le score d'Apgar et le ph artériel.

- A 1 min de vie sept nouveau-nés présentaient un score < à 5.
A 5 min de vie quatre nouveau-nés présentaient un score < à 6.
A 10 min de vie deux nouveau-nés avaient un score = 8.
- Pour le ph artériel, douze nouveau-nés ont présenté un ph artériel < à 7,20 dont cinq avec un score d'Apgar à 10 à 1, 5 et 10 minutes de vie.

2.16 Les différentes postures pendant le travail.

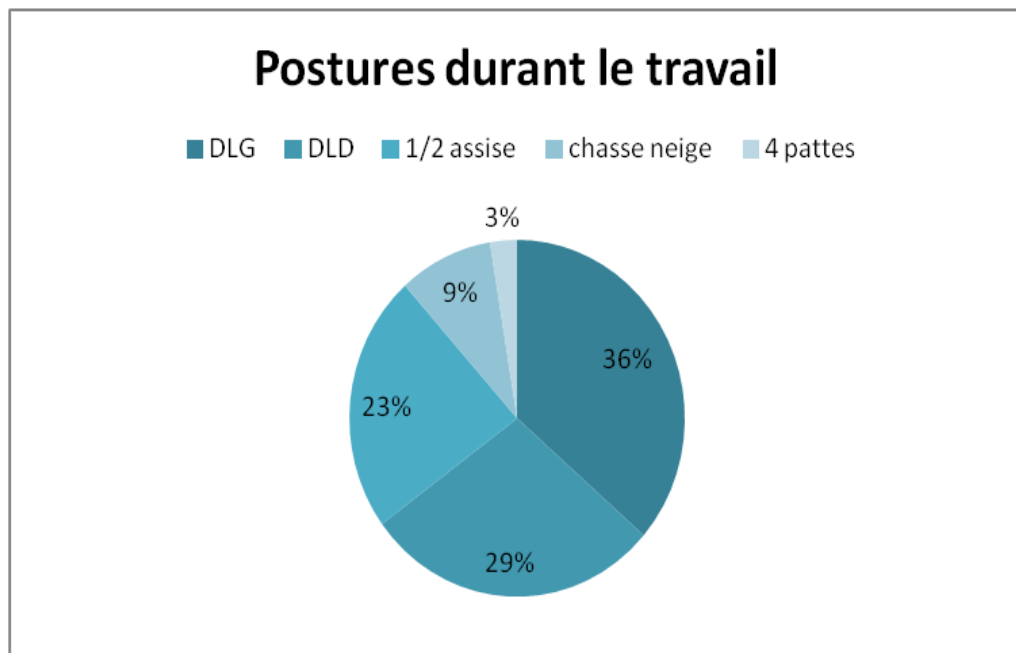


Figure 11 : Postures proposées aux patientes durant le travail en salle de naissance.

La posture principale durant le travail a été en décubitus latéral gauche pour les patientes de notre échantillon (36%), suivi du décubitus latéral droit (29%) et de la position demi-assise (23%).

3. Les modalités pratiques et de surveillance du déclenchement par maturation cervicale des patientes ayant un IMC de début de grossesse \geq à 30 kg/m².

3.1 Cotation de la qualité de l'enregistrement du RCF et des CU.

3.1.1 Lorsqu'un seul dispositif a été utilisé.

Plusieurs réponses étaient possibles.

n=33

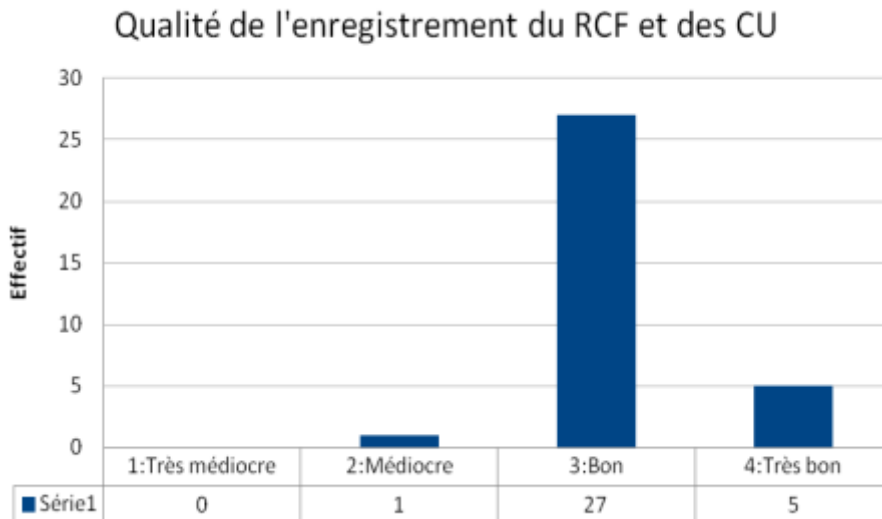


Figure 12 : La qualité de l'enregistrement du RCF et des CU cotée par les sages-femmes durant la surveillance après la pose d'un dispositif de maturation cervicale.

Nous observons que la qualité de l'enregistrement a toujours été bonne durant la surveillance après la pose du dispositif de maturation cervicale.

3.1.2 Lorsque plusieurs dispositifs ont été utilisés.

n=11

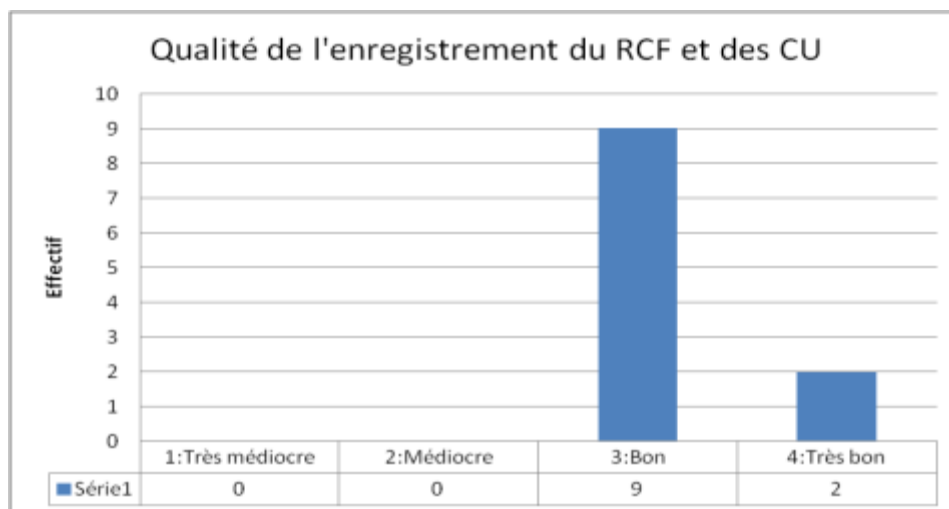


Figure 13 : La qualité de l'enregistrement du RCF et des CU cotée par les sages-femmes durant la surveillance après la pose de plusieurs dispositifs de maturation cervicale.

Onze patientes de notre échantillon ont bénéficié de plus d'une tentative de maturation cervicale, la qualité de l'enregistrement du RCF et des CU a continué à être cotée par les sages-femmes comme étant bonne voire très bonne.

3.2 Cotation de la difficulté de la pose du dispositif.

3.2.1 Lorsqu'un seul dispositif a été posé

Plusieurs réponses étaient possibles

n=33

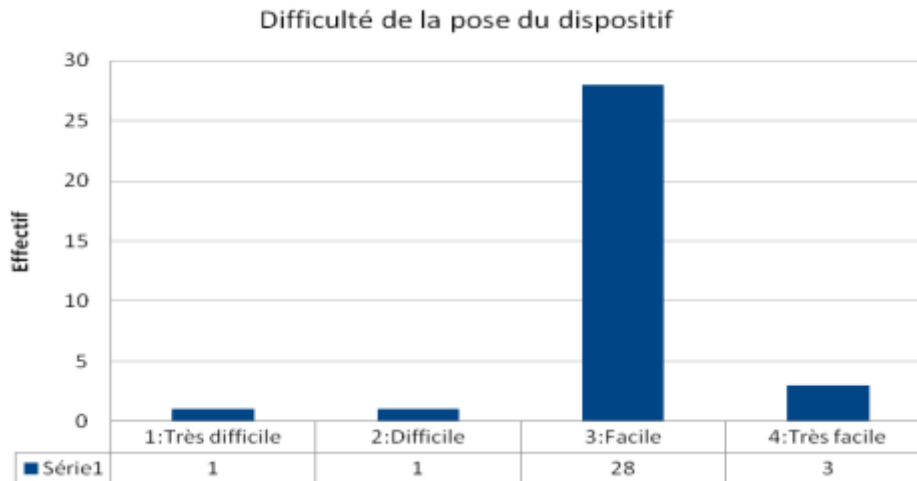


Figure 14 : La difficulté de la pose du dispositif de maturation cervicale cotée par les sages-femmes

Nous observons que le degré de difficulté de la pose était faible. Dans la majorité des situations de notre échantillon, la pose du dispositif de maturation a été facile pour les sages-femmes interrogées.

3.2.2 Lorsque plusieurs dispositifs ont été posés

n=11

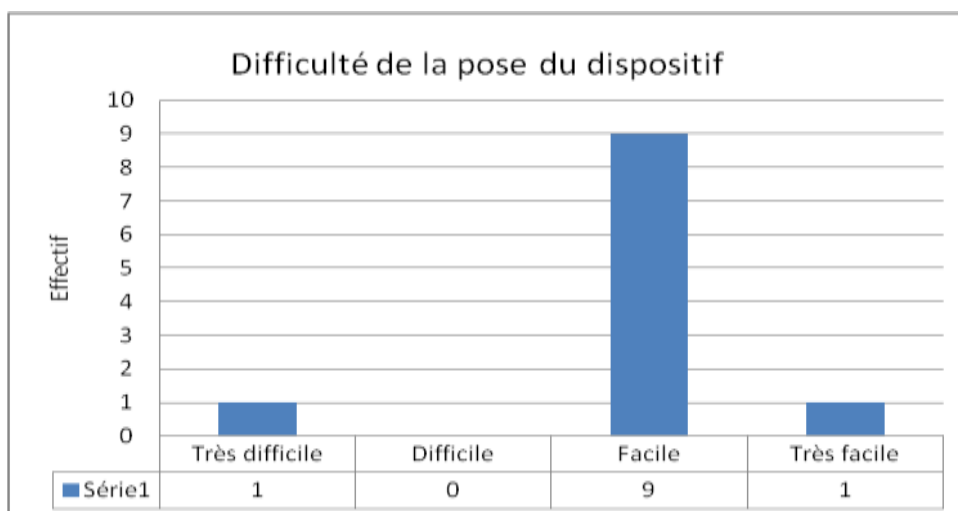


Figure 15 : La difficulté de la pose lorsque plusieurs dispositifs ont été posés, cotée par les sages-femmes.

Concernant le degré de difficulté de la pose, lorsque plusieurs dispositifs ont été posés, il reste très faible.

3.3 Cotation de la faisabilité du TV.

3.3.1 Lorsqu'un seul dispositif a été posé.

Plusieurs réponses étaient possibles
n=33

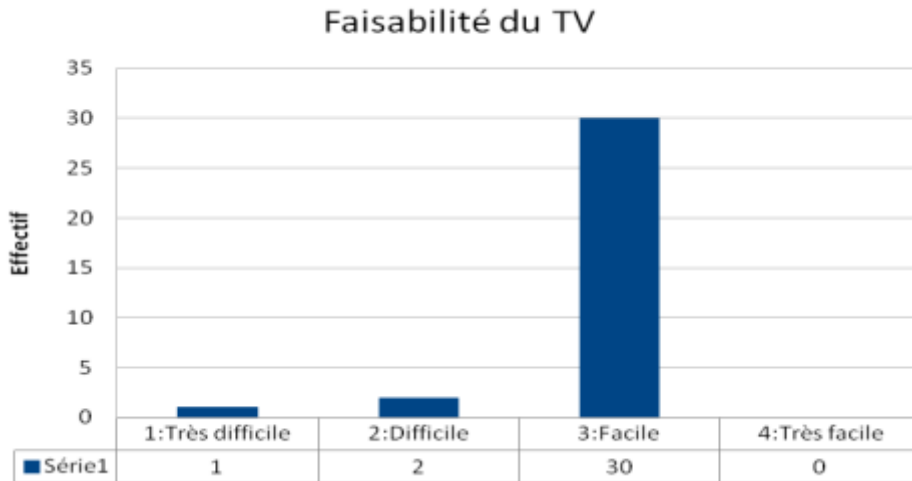


Figure 16 : La faisabilité du TV par les sages-femmes après la pose d'un dispositif de maturation cervicale.

Nous observons que la faisabilité du TV était Facile lors de la pose d'un dispositif, pour la grande majorité des sages-femmes.

3.3.2 Lorsque plusieurs dispositifs ont été posés.

n=11

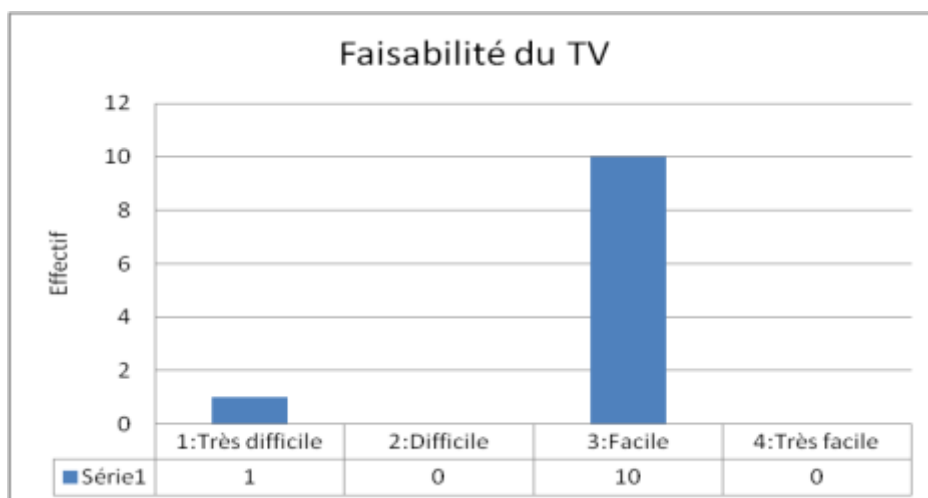


Figure 17 : La faisabilité du TV par les sages-femmes après la pose de plusieurs dispositifs de maturation cervicale.

Pour dix patientes sur onze ayant bénéficié de plusieurs dispositifs de maturation cervicale, la faisabilité du TV reste Facile pour les sages-femmes.

4. Les conséquences et les issues du déclenchement par maturation cervicale des patientes ayant un IMC de début de grossesse \geq à 30 kg/m².

4.1 Corrélation du BMI avec la durée du travail.

Nous avons trouvé judicieux de partager notre échantillon en deux sous groupes : les primipares et les multipares.

- La médiane calculée chez les primipares pour la durée du travail est de 414 minutes (6 heures et 49 minutes). La durée moyenne du travail des primipares de la population générale est de 780 minutes (13 heures). Avec une p value $<$ à 0,05 significative, la durée du travail des primipares de notre échantillon est plus rapide.
- La médiane calculée chez les multipares pour la durée du travail est de 214 minutes (3 heures et 56 minutes). La durée moyenne des multipares de la population générale est de 420 minutes (7 heures). Avec une p value $<$ à 0,05, la durée du travail des multipares de notre échantillon est plus rapide.

Le test statistique utilisé montre que la durée du travail n'est pas plus augmentée en globalité pour les patientes de notre échantillon, par rapport à la population générale. La p value étant de 0,2 donc non significatif.

4.2 La durée entre la pose du dispositif de maturation et le passage en salle de travail.

Tableau 2 : Tableau de la médiane et de l'écart-interquartile de la durée entre la pose et le passage en salle de travail.

Dispositif de maturation	Médiane (en minutes)	Distance interquartile
Propess	690	[485-1380]
Ballonnet de Cook	780	[600-900]
Prostine 1 mg	330	[312-885]
Prostine 2 mg	360	[345-370]

Nous avons calculé la médiane de la durée d'action pour chaque dispositif de maturation cervicale utilisé ainsi que l'écart type. Nous observons que le ballonnet de Cook® a été le dispositif laissé en place le plus longtemps (13h), suivi du Propess® (11,5h) et enfin de la Prostine® (5,5h et 6h). Nous retrouvons la même durée de pose que celle recommandée par les notices pharmacologique, à savoir pour le ballonnet de Cook® jusqu'à 12 heures de pose ; le Propess® jusqu'à 24 heures de pose et enfin la Prostine® jusqu'à 6 heures de pose.

4.3 Les modalités de surveillance.

4.3.1 Evolution du Bishop.

Au sein de notre échantillon, nous observons une évolution favorable du score de Bishop entre la période avant la pose du dispositif et le passage en salle de naissance. Le test utilisé montre une p value significatif $< 0,05$.

Nous avons ensuite calculé la médiane du score de Bishop lors du passage en salle des primipares de notre échantillon, qui est de 6. Cette valeur a été comparée au score de Bishop des primipares lors du passage en salle figurant dans les recommandations pratiques de l'HAS qui est ≥ 7 [6]. Nous avons obtenue une valeur de la p value à 0,07 donc non significative, ce qui signifie que les primipares de notre échantillon passent en SDN tôt.

Nous avons réitéré la même méthode pour les multipares de notre échantillon, la médiane était de 7. Cette valeur est comparée au score de bishop permettant le passage en salle recommandé par l'HAS pour les patientes multipares, qui est ≥ 5 [6]. Nous avons obtenue une valeur de la p value à 0,005 significative, ce qui signifie que les multipares de notre échantillon passent en SDN avec un score de Bishop favorable.

Par ailleurs, les 7 patientes ayant nécessité une césarienne pour un échec de déclenchement, présentaient un score de Bishop < 5 à leur passage en SDN.

4.3.2 Corrélation de l'EPF à l'échographie T3 et le poids de naissance.

Au sein de notre échantillon, il existe une corrélation significative entre l'estimation du poids fœtal à l'échographie du troisième trimestre et le poids de naissance.

En effet, le test statistique utilisé montre un coefficient de corrélation de 0,6 ainsi qu'une p value calculée d'une valeur de 0,0009 donc significative. Le coefficient de corrélation montre que les deux variables, à savoir l'EPF et le poids de naissance évoluent dans le même sens.

4.3.3 Surveillance du RCF et des CU en salles de naissances.

4.3.3.1 Electrode au scalp.

Médiane de l'IMC pour les patientes n'ayant pas eu une électrode au scalp.	32
Médiane de l'IMC des patientes ayant eu une électrode au scalp.	39,5

Le test effectué permet d'observer que les patientes de notre échantillon ayant bénéficié plus facilement d'une électrode au scalp durant le travail, ont un IMC plus important. La p value du test utilisé est de 0,02 montrant une significativité.

4.3.3.2 Tocographie interne.

Médiane de l'IMC pour les patientes n'ayant pas eu de tocographie interne.	33,5
Médiane de l'IMC des patientes ayant eu une tocographie interne.	36

Le test effectué au sein de notre échantillon, nous montre qu'il n'existe pas d'association entre l'augmentation de la valeur de l'IMC et la probabilité de bénéficier d'une tocographie interne durant le travail. La p value a une valeur de 0,6 donc non significatif.

4.4 Influence du BMI sur l'issue de l'accouchement.

4.4.1 L'AVB et la césarienne.

Médiane de l'IMC des patientes ayant accouché voie basse.	33,5
Médiane de l'IMC des patientes ayant été césarisées.	37

Le BMI \geq à 30 n'est pas un facteur associé au risque de césarienne, car nous avons analysé par l'intermédiaire d'un test statistique les différents BMI des patientes ayant accouché par voie basse, et celles ayant été césarisées, en obtenant le résultat de la p value = 0,6 donc non significatif.

4.4.2 L'AVB spontané et l'AVB avec une E.I.

Médiane calculée de l'IMC des patientes ayant eu un AVB spontané.	33
Médiane calculée de l'IMC des patientes ayant eu un AVB avec une E.I.	35,5

Nous observons, pour les sujets étudiés, par l'intermédiaire du test effectué que l'évolution du BMI n'est pas un facteur associatif au risque d'extraction instrumentale. La p value est de 0,58.

4.4.3 L'influence de la PDP sur l'issue de l'accouchement.

Médiane calculée de la prise de poids des patientes ayant eu un AVB.	8
Médiane calculée de la prise de poids des patientes ayant eu une césarienne.	10,5

La p value est de 0,24. Dans notre échantillon, nous observons l'absence d'association entre la prise de poids et l'issue de l'accouchement.

4.5 Comparaison du BMI par type de déchirures périnéales.

Médiane de l'IMC des patientes ayant eu un périnée intact	30,5
Médiane de l'IMC des patientes ayant une déchirure du périnée	35
Médiane de l'IMC des patientes ayant eu une épisiotomie	38,5

La p value= 0,7. Au sein de l'échantillon étudié, nous n'observons pas de lien entre l'évolution du BMI et le risque de déchirures périnéales.

DISCUSSION

1. Force /Limite

De nombreuses études se sont intéressées aux méthodes de déclenchement en général et plus précisément celles utilisées afin d'obtenir une maturation optimale lorsque les conditions cervicales étaient défavorables. Cependant, aucune étude ne s'est intéressée à une possibilité d'influence de l'IMC sur le déroulement du déclenchement. Par conséquent, nous avons choisi le BMI comme variable principale dans notre étude, afin de la croiser avec d'autres variables et de conclure à différentes observations au sein de notre échantillon. L'intérêt premier était d'analyser les éventuelles difficultés pratiques ressenties par les sages-femmes dans ce contexte. Le but était de savoir si la pratique professionnelle était plus difficile chez les parturientes obèses, d'un point de vu de la pose du dispositif de maturation cervicale et ensuite de la surveillance materno-fœtale. Dans un intérêt second, nous voulions étudier les conséquences et les issues du déclenchement chez les patientes obèses. Les différents résultats obtenus ont été comparés aux données de la littérature.

1.1 Terrain d'étude

L'étude a été menée au sein de trois maternités du NPDC : deux de niveau IIb et une de niveau IIa. Initialement, l'étude a démarré uniquement dans les deux maternités de niveau IIb, mais face au faible effectif recueilli, nous avons fait le choix de démarrer l'étude au sein d'une troisième maternité du NPDC de niveau IIa.

1.2 Population

Les faibles effectifs de l'étude ne permettent pas une comparaison objective tel que les études nationales, mais néanmoins apportent différentes observations intéressantes entre l'IMC élevé et le déclenchement.

1.3 Outil

Concernant les questionnaires à destination des sages-femmes, cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire anonyme en format papier. Nous pouvons également noter le fait que le passage fréquent en maternité a permis aux sages-femmes de ne pas oublier de remplir le questionnaire.

Concernant la qualité du recueil de données dans les dossiers obstétricaux, il a été réalisé après le recueil du questionnaire et le consentement de la patiente, par l'intermédiaire de l'étiquette d'identification. La fréquence de passage au sein de chacune des maternités a permis

de vérifier en service de suites de naissances chaque dossier médical des patientes hospitalisées, afin de n'oublier aucune patiente présentant tous les critères d'inclusion de l'étude.

2. Analyse des principaux résultats

2.1. Modalités pratiques

Nous observons à travers cette étude, l'absence de difficultés pratiques pour les sages-femmes interrogées. En effet la plus grande majorité n'éprouve pas une difficulté dans la réalisation du toucher vaginal ainsi que dans la surveillance du RCF et des CU.

Quant à la mise en place du dispositif, là encore la majorité des sages-femmes n'ont pas de difficulté. Par ailleurs, il ne faut pas négliger différentes autres variables pouvant entrer en jeu dans le degré de difficulté de la pose, n'ayant pas été prises en compte dans notre étude. Par exemple l'ancienneté professionnelle de la sage-femme peut rentrer en compte, ou encore l'existence d'un vaginisme chez la patiente rendant la pratique très difficile. Il existe donc des variables multifactorielles pouvant entrer en jeu dans la cotation de la difficulté que nous n'avons pas étudié dans ce mémoire.

2.2 Modalités de surveillance

Une des principales observations de notre étude a été la mise en place plus fréquente en salle de travail d'une électrode au scalp chez les sujets de notre échantillon. Mais elles ne nécessitent pas plus de mise en place d'une tocographie interne. Cependant, nous avons remarqué que les médianes calculées de l'IMC été plus élevées chez les patientes de notre échantillon bénéficiant d'un système de surveillance interne. Il est possible que les professionnels décident plus rapidement la mise en place d'un système de surveillance interne chez les patientes obèses, lorsque le RCF devient difficile à enregistrer et donc à interpréter.

Ensuite, nous avons calculé la médiane du score de Bishop lors de leur passage en salle de travail. Il nous a semblé judicieux de séparer les primipares et les multipares. Dans le groupe des primipares nous avons observé un passage en salle tôt avec un bishop à 6. Au sein de notre échantillon, les 7 patientes ayant eu une césarienne pour échec de déclenchement, présentaient un score de Bishop lors du passage en SDN inférieur à 5. Il apparaît au sein de notre échantillon, que les conditions cervicales défavorables même après maturation peuvent prédisposer au risque de césarienne. Le faible effectif de notre échantillon nous permet uniquement d'observer que le passage en SDN des patientes avec un Bishop limite peut être source d'échec du déclenchement. Pour les multipares la médiane du score calculé était de 7, de ce fait le passage se faisait avec une maturation cervicale optimale.

Nous nous sommes également intéressés à la corrélation entre l'EPF au troisième

trimestre de grossesse et le poids de naissance. En effet, nous avons retrouvé une corrélation significative entre les deux variables. Cette observation est assez intéressante, car il existe souvent des aprioris des professionnels sur la possibilité d'une sous ou sur estimation du poids fœtal chez les patientes obèses, du fait d'une paroi abdominale maternelle beaucoup plus dense, ce que nous n'avons pas observé au sein de notre échantillon.

2.3 Les conséquences et les issues du déclenchement

Nous avons calculé la durée du travail, afin de savoir si les patientes de notre échantillon présentaient un travail plus long ou plus rapide par rapport à la population générale. D'un point de vue général, le temps du travail est plus rapide. Nous avons retrouvé un travail plus rapide chez les primipares tout comme les multipares, par rapport au temps moyen des primipares et multipares de la population générale. Cette observation est aussi intéressante, car nous observons que le processus du déclenchement joue pleinement son rôle et n'est pas ralenti chez les patientes obèses de notre échantillon.

L'issue de l'accouchement n'est pas influencée par l'élévation de l'IMC. Les tests statistiques non significatifs, nous permettent d'observer que les patientes de notre échantillon ne sont pas plus à risque de nécessiter une césarienne ou une extraction instrumentale. Or, nous observons une évolution croissante des médianes calculées de l'IMC : les patientes de notre échantillon ayant nécessité l'intervention d'une césarienne ainsi que d'une extraction instrumentale ont un IMC plus élevé.

Ensuite nous nous sommes intéressés à une éventuelle influence d'une prise de poids importante sur l'issue de l'accouchement. Là encore il n'existe pas de significativité statistique pour observer cela. Par ailleurs, nous observons également une médiane de l'IMC plus élevée chez patientes ayant nécessité une césarienne.

Enfin, nous voulions corréler l'état du périnée post accouchement des patientes de notre échantillon avec l'IMC. La corrélation avec l'IMC, ne montre aucune significativité statistique. Par ailleurs plusieurs variables entrent en jeu dans l'état du périnée que nous n'avons pas corréler dans notre étude. Ces différentes variables sont par exemple la variété de la présentation fœtale, l'opérateur, les efforts expulsifs maternels. Cependant, il faut noter une évolution exponentielle de la médiane de l'IMC en parallèle de l'état du périnée.

3. Comparaison à la littérature.

3.1 Durée du travail

Nous avons comparé la durée du travail des patientes de notre échantillon avec celui de la population générale. Grâce à notre analyse statistique, nous sommes arrivés à l'observation d'une durée de travail plus rapide chez les primipares et multipares de notre échantillon. En effet la durée du travail chez une primipare est en moyenne de 13 heures : 1 cm par heure et au-delà de 7 cms de dilatation 2 à 3 cms par heure. Pour les multipares, la durée du travail est en moyenne de 7 heures soit 1,5 cm par heure [15]. La durée moyenne du travail des primipares de notre échantillon était de 414 minutes (6 heures et 49 minutes), par rapport à 780 minutes (13 heures) des primipares de la population générale. Pour ce qui est des multipares de notre échantillon, la durée moyenne était de 214 minutes (3 heures et 56 minutes), par rapport à 420 minutes (7 heures) des multipares de la population générale. Cette observation nous montre que l'IMC élevé n'a pas ralenti le processus du travail, et l'efficacité du déclenchement. En ce qui concerne la littérature, une étude a démontré une durée plus élevée de la première phase de travail chez les femmes obèses [25], ce que nous n'observons chez aucune des patientes de notre étude.

3.2 Lésions périnéales.

L'observation de l'état du périnée des patientes de notre échantillon nous a permis de le comparer aux résultats d'une enquête nationale réalisée en 2010. Cette enquête a retrouvé une augmentation de 13,5% des périnées intacts en 2010, 58,2 % des femmes accouchant par voie basse durant cette même année avaient un périnée intact. Cette étude avait comparé le taux de périnée intact de l'année 2003 avec l'année 2010 : en 2003 71,8% de périnées intacts, en 2010 cette enquête arrive au résultat de 85,3% de périnées intacts. Ensuite 78,4% de cette même population étudiée en 2010, avaient une déchirure vaginale dont 2/3 étaient des déchirures du premier degré. Concernant le taux d'épisiotomie, cette enquête est arrivée au résultat d'une forte baisse en 2010 par rapport à l'année 2003 : 1,3% en 2010 par rapport à 18,8% en 2003 [16]. Par ailleurs, nous avons retrouvé dans la littérature une fréquence plus élevée de lésions périnéales lorsque le travail est déclenché : 1,27 % versus 0,48% lors d'un travail spontané [24]. Au sein de notre échantillon, nous avons retrouvé 62% de déchirures vaginales du premier degré, 24 % de périnées intacts et 14% d'épisiotomie. Nous n'avons retrouvé aucune corrélation statistique de l'IMC élevé avec l'état du périnée, or nous observons une cinétique intéressante des médianes calculées de l'IMC en miroir avec l'état du périnée. Les patientes de notre échantillon ayant eu une déchirure vaginale et une épisiotomie ont un IMC plus élevé que celles ayant eu un périnée intact.

3.3 Estimation du poids fœtal.

Ensuite nous avons calculé la corrélation statistique entre l'EPF du troisième trimestre de grossesse avec le poids de naissance, sachant que durant le recueil de données la valeur de l'EPF a toujours été celle de la dernière échographie avant l'accouchement. Le but de notre analyse était de savoir si l'obésité de nos patientes pouvait entraîner une difficulté supplémentaire pour la pratique de l'échographiste, et ainsi une marge d'erreur plus importante, par rapport à celle de la population générale. Les résultats retrouvent une corrélation entre ces deux variables avec une marge d'erreur quasi nulle. Dans la littérature, la marge d'erreur de l'EPF est supérieur à 10% dans la moitié des cas, et il existe une faible sensibilité en matière de diagnostique de macrosomie [17]. Dans notre étude nous n'avons pas observé de plus grande difficulté de pratique de l'échographie pour l'EPF. Par ailleurs, une étude menée en 2013 a démontré une qualité des images et un score morphologique global de qualité des échographies du deuxième trimestre significativement plus faible chez les patientes obèses, que les patientes non obèses [18].

3.4 Les indications du déclenchement.

Au sein de notre échantillon, l'indication majeure du déclenchement était la diminution des MAF suivi du diabète gestationnel.

Il faut savoir que la femme obèse présente un organisme la rendant moins sensible à l'insuline. Pendant la grossesse, nous observons une plus grande proportion de diabète gestationnel qui est multiplié par quatre chez les femmes obèses par rapport aux femmes normopondérales [19,20]. L'indication première du déclenchement est un diabète gestationnel déséquilibré ainsi qu'un retentissement fœtal constaté, amenant les équipes médicales à poser l'indication médicale [21]. Concernant le retentissement fœtal d'un diabète déséquilibré, une macrosomie fœtal est constatée à l'échographie du dernier trimestre. Dans la littérature, nous avons retrouvé que la macrosomie est estimée à 14,6% chez les femmes en obésité morbide contre 8,3% chez les femmes normopondérales [14, 22].

Secondairement, nous avons observé dans notre étude une autre indication fréquente de déclenchement, qui est la diminution des MAF. Lorsque le bien-être fœtal est moyennement satisfaisant et risque de s'altérer, la maturation cervicale et le déclenchement sont préconisés par les équipes médicales.

3.5 Les moyens de surveillance materno-fœtal

Une observation intéressante de notre étude, a été de constater que les patientes de notre échantillon ont bénéficié beaucoup plus facilement d'une électrode au scalp durant le travail. Cependant, elles n'ont pas plus bénéficié d'une tocographie interne. Nous retrouvons dans la littérature, que la mise en place d'une électrode au scalp chez les patientes obèses ne doit pas se faire de manière systématique [23]. Or, dans une maternité où été réalisé cette étude, une

situation a amené l'équipe médicale à réfléchir, afin de rédiger très prochainement un protocole spécifique de pose systématique d'une électrode au scalp en salle de travail à partir d'un IMC élevé. Cette situation clinique est la suivante : une patiente présentant un IMC > à 35 kg/m² est passée en salle de naissance pour mise en travail spontanée. La pose de l'analgésie locorégionale fut très complexe, l'anesthésiste réanimateur a dû essayer à plusieurs tentatives de poser l'APD, durant ce temps (une quarantaine de minutes) l'ERCF a été confondu avec le rythme cardiaque maternel. Une fois la péridurale posée et la patiente réinstallée, le diagnostic d'une bradycardie fœtale s'est fait très rapidement et l'accouchement voie basse a eu lieu très rapidement également. L'enfant a nécessité une réanimation néonatale importante, un transfert en service de néonatalogie où un arrêt des soins a été décidé quelques semaines plus tard, car les séquelles neurologiques étaient majeures. Cette situation clinique a permis à l'équipe médicale de réfléchir sur la pratique de la surveillance fœtale des parturientes obèses, ainsi que de réaliser très prochainement un protocole de service spécifique.

3.6 L'issue de l'accouchement.

Des études ont démontré que l'obésité, l'IMC > à 30 kg/m², est un facteur admis d'échec de déclenchement, ainsi qu'un nombre d'échec plus important par rapport aux femmes de poids normal. D'après l'étude menée par Pevzner et al, l'évaluation de la survenue d'un AVB après un déclenchement chez 1271 patientes a démontré que les femmes ayant un IMC < à 30 avaient une plus grande chance d'accoucher par voie basse. Par ailleurs, le déclenchement du travail augmente le taux de césarienne et d'EI comparé à la mise en travail spontanée [24].

Au sein de notre échantillon la majorité des patientes ont accouché par voie basse spontanément. Par ailleurs, une étude a démontré que l'accouchement par voie basse spontané était moins fréquent chez les femmes obèses [12].

Cependant 21% de notre échantillon a accouché par césarienne. Dans la littérature, le taux de césarienne est accru dans la population des femmes obèses : 32,3% versus 16 % dans la population générale de poids normal [25].

Le taux d'accouchement par extraction instrumentale dans notre échantillon était de 31 %, par rapport à la littérature le taux national d'extraction est de 12% par une enquête de périnatalité menée en 2010 [26]. Le faible effectif de notre échantillon ne nous permet pas d'affirmer le fait que les femmes obèses soient plus à risque de nécessiter une extraction instrumentale, par rapport aux femmes de poids normal. Cependant, nous observons un taux élevé au sein de notre échantillon. De plus, les patientes de notre étude ont toutes été déclenchées par maturation cervicale. Une étude menée en 2011 a montré une plus grande fatigabilité maternelle du fait d'une augmentation de la durée d'entrée en phase active de travail, ce qui favorisait l'augmentation du taux d'E.I chez les femmes déclenchées [25].

Pour ce qui est de l'hémorragie de la délivrance, le déclenchement du travail est habituellement considéré comme un facteur de risque, notamment lié à la durée plus longue du travail chez les patientes déclenchées [27], ce que nous n'observons chez aucune des patientes

de notre étude. Cette observation nous permet de réfléchir sur les possibles aprioris des professionnels de la périnatalité vis-à-vis de cette population. Il est important de mener sa pratique au cas par cas de manière contextualisée pour ne pas être dans une surmédicalisation des patientes.

4. Perspective/Proposition

L'étude que nous avons menée nous a permis d'aboutir à des observations intéressantes, mais malheureusement le faible effectif de notre échantillon a été la limite principale.

De ce fait, il serait intéressant de mener une étude à échelle nationale incluant des maternités de différents niveaux, afin d'aboutir à des protocoles spécifiques de prise en charge des parturientes obèses pour une pratique uniforme du déclenchement et de sa surveillance.

Le déclenchement en lui-même a été et continu à être étudié par les équipes médicales, toujours dans le but d'améliorer les pratiques. Les études menées d'analyse du déclenchement chez les patientes obèses, aboutissent à la même conclusion qui est un taux plus important d'échec par rapport aux femmes normopondérales. Cependant, il n'y a pas de propositions pratiques concrètes pour essayer de faciliter la prise en charge des femmes enceintes obèses déclenchées, et aider les équipes de périnatalité dans leur pratique quotidienne.

De plus, il est important de noter la réalisation d'une étude durant l'année 2015 au sein de 7 réseaux de soins périnataux en France regroupant 95 maternités. Cette étude se prénomme : « Méthodes de déclenchement du travail et issues périnatales » (MEDIP). Ce fut une étude d'une durée d'un mois ayant pour objectif d'évaluer la fréquence des différentes méthodes de déclenchement selon différents critères, ainsi que d'analyser les issues maternelles après prise en compte de l'indication du déclenchement. L'outil utilisé était un questionnaire à destiné des professionnels de santé, sous format papier ou informatique. Nous avons réussi à nous procurer les résultats d'une des trois maternités où l'on a réalisé l'étude : 42 déclenchements dont 26% de proress, 2,4% prostine, 16,7 % ballonnet de Cook, 54,7% de direction en salle. Dans cette étude menée, nous avons remarqué l'absence du BMI dans les critères du recueil de données.

Par ailleurs, les agences régionales de santé réfléchissent à la problématique de l'obésité en France, en souhaitant créer des centres de référence, afin d'en optimiser la prise en charge. L'obésité reste un problème de santé publique devant être étudié notamment dans le domaine de la périnatalité, afin d'apporter des solutions et de la vigilance dans certaines situations à risque.

Enfin, il serait intéressant d'analyser les déclenchements des patientes obèses n'ayant pas nécessité de maturation cervicale préalable, afin de savoir si les issues seraient différentes.

5. Conclusion

Notre travail n'a pas permis de comparer mais d'observer des tendances.

Nous avons pu observer et analyser des particularités d'une population bien ciblée ayant bénéficié d'un déclenchement par maturation cervicale. Elle peut éventuellement amener les professionnels de la périnatalité à mener des études cas témoins d'une ampleur nationale avec un effectif important. Ces études permettraient d'obtenir des résultats significatifs, afin d'apporter une amélioration dans la pratique professionnelle quotidienne.

Tout d'abord nous avons pu observer que la majorité des sages-femmes interrogées n'ont pas de difficultés pratiques, que ce soit dans la pose du dispositif de maturation cervicale tout comme la surveillance materno-fœtal. Ensuite nous avons pu mettre en évidence d'autres éléments restant à exploiter, au sein de réseau pour une amélioration de la prise en charge et une homogénéité de pratiques auprès de cette population :

- L'indication première du déclenchement était une diminution des MAF suivi du diabète gestationnel avec une macrosomie fœtale.
- Un passage en salle de naissance des primipares avec un score de Bishop < à 7. (Un passage en salle précoce).
- Une durée de travail moins longue quelque soit la parité.
- Les patientes de notre échantillon ont nécessité plus facilement une électrode au scalp durant le travail.
- Nous avons observé la tendance suivante au sein de notre échantillon : les patientes ayant eu une E.I ou une césarienne présentaient un IMC plus important que celles ayant accouché voie basse.
- La prise de poids durant la grossesse a été plus importante chez les patientes ayant eu une césarienne par rapport à celles ayant eu un AVB.
- Les lésions périnéales à savoir les déchirures vaginales stade I et épisiotomie ont été retrouvées chez les patientes ayant un IMC plus élevé que celles ayant eu un périnée intact.
- Les patientes de notre échantillon n'ont pas été plus à risque d'HDD.
- L'EPF a été en corrélation avec le poids de naissance.

Nous espérons que notre travail pourra, outre viser l'amélioration des prises en charge des patientes, aider les professionnels à être plus vigilants dans certaines situations cliniques. Les études actuelles s'intéressant au déclenchement n'incluent pas forcément l'IMC, alors que celui-ci est une variable très intéressante à analyser pouvant interférer dans le déroulement du déclenchement ainsi que son issue.

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
ANNEE : 2015-2016**

TITRE :

OBSERVATION DU DECLENCHEMENT PAR MATURATION CERVICALE DES PARTURIENTES OBESES.

AUTEUR : Leïla CHENOUF

Sous la Direction de :

Docteur Françoise LEGOUEFF

MOTS-CLES :

Accouchement, obésité, déclenchement, maturation cervicale.

RESUME :

Introduction :

L'incidence de l'obésité en France n'a cessé d'augmenter ces dernières années et reste un problème de santé publique majeur.

Le déclenchement du travail est une technique qui, en parallèle de l'obésité, est en perpétuel augmentation. Quelques études traitant le déclenchement chez les patientes obèses, avaient montré des particularités telles qu'une fréquence plus élevée d'échec du déclenchement et de risque de césarienne.

Nous avons choisi de nous intéresser au déclenchement avec une maturation cervicale initiale chez les parturientes obèses, afin d'en étudier les modalités pratiques des sages-femmes ainsi que les conséquences et issues materno-infantiles.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude prospective multicentrique et quantitative sur trois maternités dans la région Hauts de France.

L'outil de notre étude a été un questionnaire pour les sages-femmes ayant pris en charge les patientes concernées, puis une grille de recueil de données à partir des dossiers obstétricaux après le consentement de chaque patientes.

Résultats :

Notre effectif total de sages-femmes a été de 33 et l'effectif des patientes a été de 30.

Nous avons observé principalement que les patientes de notre échantillon ayant un BMI élevé bénéficiaient plus facilement d'une électrode au scalp, que l'indication principale du déclenchement était le diabète gestationnel, et nous avons retrouvé une corrélation significative entre l'EPF et le poids de naissance.

Conclusion :

Au terme de notre étude, la principale limite a été le faible effectif nous ayant permis uniquement d'observer des tendances.

L'obésité reste un problème de santé publique, qu'il est important d'étudier dans le domaine de l'obstétrique, afin d'assurer une prise en charge optimale.

Au final, le déclenchement chez les patientes obèses est peu étudié et cela a été notre principale motivation pour mener cette étude. Nous espérons la réalisation d'études cas témoins avec un échantillon beaucoup plus représentatif.

Mémoire disponible et consultable à :

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE VAUBAN

60 rue du Port-59040 Lille Cedex

Téléphone : 03-59-56-69-79

Email : contact-bibliotheque@univ-catholille.fr

BIBLIOGRAPHIE

[1] Agences Régionales de Santé (ARS) – Programme Régional de lutte contre l'Obésité Nord-pas-de-Calais. 2014-2018

[2] Dridi.R, Particularités de la grossesse et de l'accouchement chez la femme en obésité morbide-Mémoire-Centre hospitalier universitaire de Rouen département des études de sage femme- promotion 2013-49 pages. Consultable à l'URL: http://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/903389/filename/Dridi_Rihem.pdf

[3] Haute Autorité de Santé (HAS) – Grossesse à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Décembre 2009.

[4] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) – Le déclenchement de l'accouchement – conférence de consensus-Paris 29 et 30 novembre 1995

[5] Bishop.EH-Pelvic scoring for elective induction. *Obst et Gynecol*, 1964;24p:266-268

[6] Haute Autorité de Santé (HAS)- Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée Recommandations professionnelles. 2008

[7] Rossard.L, Arlicot.C, Blasco.H, Potin.J, Denis.C, Mercier.D, Perrotin.F. Maturation Cervicale par sonde à ballonnet sur utérus cicatriciel: étude rétrospective sur trois ans. *Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction*. [En ligne]. 2013 septembre [Consulté le 04/04/2015]; volume 42 N°5: pages 480-487. Consultable à l'URL: <http://www.em-consulte.com/article/827013/maturation-cervicale-par-sonde-a-ballonnet-sur-ute>

[8] Neil.A, Les échecs de déclenchement sur l'année 2008 au CHU d'Angers. Mémoire pour le Diplôme d'État de sage femme, Ecole de sages-femmes René Rouchy de l'Université d'Angers, 2010. 42 pages. Consultable à l'URL: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00555904/document>

[9] Arnould.M, Déclenchement artificiel du travail: étude de l'association entre IMC et issue du déclenchement- Mémoire-Ecole de sages-femmes de l'Université de médecine de Grenoble Joseph Fournier- Juin 2014- 29 pages. Consultable à l'URL: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01025718/document>

[10] Bramard.C, Obésité et grossesse: mode d'accouchement des patientes obèses- Mémoire-Ecole de sages-femmes de l'Université de médecine de Grenoble Joseph Fournier- 2011- 24 pages. Consultable à l'URL: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617488/document>

[11] Hery.C, Le déclenchement artificiel du travail au syntocinon chez une population de femmes obèses- Mémoire-Ecole de sages-femmes de la Faculté de Médecine de Nantes- 2012-2013- 66 pages. Consultable à l'URL: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=932e5567-ebb7-4753-9fd3-97416f964d81>

[12] Hamon.C, Fanello.S, Catala.L, Parot.E. Les conséquences de l'obésité maternelle sur le déclenchement du travail et l'accouchement. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction. [En ligne]. 2005 avril [Consulté le 12/02/2015]; volume 34-N°2: pages 109-114. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/article/115243/consequences-de-l-obesite-maternelle-sur-le-deroul>

[13] Bhattacharya.S, Campbelle.D, Liston.W. - Effect of Body Mass Index on pregnancy outcomes in nulliparous women delivering singleton babies – Biomed Central Public Health – Volume 7, 2007, p168

[14] Collège national des Gynécologues et obstétriciens français. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique tome XXXI, 31^{ème} journée nationale. – Conséquences obstétricales de l'obésité maternelle –PARIS- Décembre 2007- p 133-141

[15] Comité éditorial pédagogique Université Médicale Virtuelle Francophone. Evolution dynamique du travail. La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col. 2010-2011

[16] Chehab.M, Courjon.M, Eckman-Lacroix.A, Ramanah.R, Maillet.R, Riethmuller.D. Influence d'une forte diminution du recours à l'épisiotomie sur le taux global de périnées intacts et peu lésionnel dans une population d'une maternité de niveau III. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction. [En ligne]. 2014 juin [Consulté le 02/02/2016] ; volume 43-N°6 : pages 463-469.Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/article/899827/influence-d-une-forte-diminution-du-recours-a-l-ep>

[17] Dimassi.K, El Cadhi.Y, Sahnoune.R, Derbel.M, Triki.A, Ben Romdhane.H, Gara.F. Performance de l'estimation échographique du poids fœtal réalisée par les internes de spécialité le jour de l'accouchement. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction. [En ligne]. 2015 septembre [Consulté le 02/02/2016] ; volume 44-N°7 : pages 632-638. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/article/994963/performance-de-l-estimation-echographique-du-poids>

[18] Fuchs.F, Voulgaropoulos.A, Houllier.M, Senat.M.-V. Peut-on faire des échographies

obstétricales de qualité chez les patientes obèses ? Etude monocentrique sur 30 mois. La Revue sage-femme. [En ligne]. 2013 septembre [Consulté le 10/02/2016] ; volume 12-N°4 : pages 163-169. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/article/839729/peut-on-faire-des-echographies-obstetricales-de-qu>

[19] Marpeau L – Traité d'obstétrique-édition Masson-PARIS-2010-657p

[20] Grossetti.E, Beucher.G, Régeasse.A, Lamendour.N, Herlicoviez.M, Dreyfus.M - Complications obstétricales de l'obésité morbide. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction. [En ligne]. 2004 décembre [Consulté le 15/01/2016] ; volume 33-N°8 : pages 739-744. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/article/115180/complications-obstetricales-de-l-obesite-morbide>

[21] Fournié.A, Le Digabel J-F, Biquard.F, Vasseur.C, Gillard.P, Descamps.P. Les indications obstétricales dans le diabète gestationnel : déclencher ou ne pas déclencher. Journal de Gynécologie obstétrique et Biologie de la Reproduction. [En ligne]. 2002 octobre [Consulté le 10/02/2016] ; volume 31-N°SUP 6 : pages 21-29. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/article/114606/les-indications-obstetricales-dans-le-diabete-gest>

[22] Collège national des Gynécologues et obstétriciens français. Extrait des mises à jour en gynécologie obstétrique tome XXXI, 31^{ème} journée nationale. – Conséquences métaboliques à long terme chez le fœtus. - PARIS – décembre 2007 – p 145-151

[23] Begler-Fonnier.J, Conte.B, Mares.P. Obésité et grossesse – Réalités en Gynécologie obstétrique, Volume 148, 2010, Pages 1-5

[24] Boyon.C, Deruelle.P. Déclenchement du travail : facteurs d'échec, morbidité maternelle et fœtale. La Lettre du Gynécologue. [En ligne]. 2011 novembre [Consulté le 4/02/2016] ; N°366. [26 pages] Consultable à l'URL : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/17980.pdf>

[25] Martres-Plard.C, Parant.O, Accouchement de la femme obèse La Revue sage-femme, Volume 14, Issue 2, Mai 2015, Pages 58-64

[26] Cabrières.A. Extraction instrumentale par spatules de Thierry chez la primipare : Impact maternel et néonatal d'une diminution de la pratique de l'épisiotomie - Thèse pour le diplôme

d'Etat de Docteur en médecine, Université Toulouse III-Paul Sabatier, 2015.119 pages.
Consultable à l'URL : <http://thesesante.ups-tlse.fr/1089/1/2015TOU31565.pdf>

[27] Mazouni.C, Provensal.M, Ménard J.-P, Heckenroth.H, Guidicelli.B, Gannerre.M, Bretelle.F, Utilisation du dispositif vaginal Propess® dans le déclenchement du travail : efficacité et innocuité Gynécologie Obstétrique Fertilité, Volume 34, Mai 2006, Pages 489-492

ANNEXES

ANNEXE I

Questionnaire aux sages-femmes:

→ A la pose du dispositif de maturation cervicale :

Comment jugez-vous ?

- La qualité de l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et les contractions utérines

1: Très médiocre 2: Médiocre 3: Bon 4: Très bon

- La difficulté de la pose

1: Très difficile 2: Difficile 3: Facile 4: Très facile

- La faisabilité du toucher vaginal

1: Très difficile 2: Difficile 3: Facile 4: Très facile

→ Si autre pose : voir questionnaire au verso

→ Surveillance pendant le travail (à partir du partogramme)

En prenant en charge la patiente :

-Lui proposez-vous différentes postures :

Si oui lesquelles DLG Si non difficulté de mobilité

DLD refus de la patiente

Position chasse neige autres

Demi-assise

Quatre pattes

Autres (ballon, arceau)

-Avez-vous plus de difficultés de diagnostic (plusieurs réponses sont possibles)

Si oui Degrés de flexion
Appréciation de la dilatation
Appréciation du niveau d'engagement
Appréciation de la variété de position

Expressions libres :

→ A la nouvelle pose du dispositif de maturation cervicale :

Comment jugez-vous ?

- La qualité de l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et les contractions utérines

1: Très médiocre 2: Médiocre 3: Bon 4: Très bon

- La difficulté de la pose

1: Très difficile 2: Difficile 3: Facile 4: Très difficile

- La faisabilité du toucher vaginal

1: Très difficile 2: Difficile 3: Facile 4: Très difficile

ANNEXE II

Recueil de données:

BMI de début de grossesse:

Prise de poids durant la grossesse:

Estimation du poids fœtal (T 3) : (Dernière échographie : Terme
EPF)

Poids de naissance:

MATURATION:

Indication:

Type de dispositif: (dose) Propess Propstine Ballonnet de Cook

Terme de la maturation:

Score de Bishop/ Hughey:

- à la mise en place du dispositif

- avant le passage en salle de naissance

<u>ERCF:</u>	<u>Admission:</u>	<u>Salle de naissance:</u>
	2 heures après la mise en place du dispositif (N°1)	¼ d'heure avant les Efforts expulsifs
Normo réactif		
Normo oscillant		
ARCF (groupe 2-3-4-5)		
CU: Fréquence, amplitude		

ARCF EN PRE-TRAVAIL :

PASSAGE EN SDN POUR ARCF :

EVA:

(Pose n°1)

a) A 2 heures de la mise en place du dispositif:	b) Lors du passage en salle de naissance:	c) Après 1 heure de la pose de la péridurale ou Rachianesthésie :
--	---	---

(→ Réévaluer si plusieurs poses de dispositif n°2 a) b) c)
n°3 a) b) c)

DUREE ENTRE LA POSE DU DISPOSITIF ET LE PASSAGE EN SDN :

DUREE DU TRAVAIL :

DUREE D'OUVERTURE DE L'ŒUF (en minutes) :

HYPERTHERMIE MATERNELLE PENDANT LE TRAVAIL :

COULEUR DU LA LORS DE LA RUPTURE; A LA NAISSANCE:

Clair
Teinté
Méconial

Clair
Teinté
Méconial

ELECTRODE AU SCALP:

PH AU SCALP:

TOCOGRAPHIE INTERNE:

SYNTOCINON : **-dilatation**
 -débit maximum

<u>ISSUE:</u>				
AVB spontané				
EXTRACTION INSTRUMENTALE	Forceps	Ventouse		
CESARIENNE	Indications: Code couleur : Type d'anesthésie :			
HEMORRAGIE	Quantité			
ETAT DU PERINEE	Episiotomie Déchirure 1er – 2ème – 3ème degrés			
SCORE D'APGAR	À 1 min:	5 min:	10 min:	
PH À LA NAISSANCE	Artériel:	Veineux:	Déficit de bases:	Lactates:



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maieutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36
 fim-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : CHENOUF Leïla	Date de la demande : 22 . 05 . 2015
---	-------------------------------------

DEMANDE

Sujet de la recherche :
 MATURATION CERVICALE DES PATIENTES OBÈSES

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	Pavillon Paul Gellé Roubaix
Service	Salles de pré-travail - Salles de naissances
Période de l'étude	Juin 2015 - Décembre 2015
Modalités de l'étude	Questionnaire <input checked="" type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Recueil de données <input checked="" type="checkbox"/> Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	Lo Gouffé	
Qualité :	PH Gyn-obst	
Signature :	<i>Lo Gouffé</i>	

AUTORISATION

Nom :	WAUTRAIN Christelle
Qualité :	Sage Femme
Signature :	<i>Christelle Wautrain</i> Centre Hospitalier de Roubaix n° Finess : 59 078 242 1 Christelle WAUTRAIN Sage Femme Mai 10 n° RPPS : 10000258169
Remarques :	



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : CHENOUF Leïla	Date de la demande : 18.05.2015
---	------------------------------------

DEMANDE

Sujet de la recherche :
 MATURATION CERVICALE DES PATIENTES OBÈSES.

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	SAINT VINCENT DE PAUL Lille	
Service	Salles de pré-travail - Salles de naissances	
Période de l'étude	Juin 2015 - Décembre 2015	
Modalités de l'étude	Questionnaire	<input checked="" type="checkbox"/>
	Entretiens	<input type="checkbox"/>
	Recueil de données	<input checked="" type="checkbox"/>
	Autres (précisez)	

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :		VAST Isabelle
Qualité :		Sage-Femme Enseignante
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	TITRE Caroline	
Qualité :	Sage-femme Cadre	
Signature :		

Remarques :



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maieutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36
 fim-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom : CHENOUF Leïla	Date de la demande : 17/11/15
---	--------------------------------------

DEMANDE

Sujet de la recherche :
 LE DÉCLENCHÉMENT PAR SATURATION CERVICALE DES
 PATIENTES AYANT UN BMI de début de grossesse $\geq 30 \text{ kg/m}^2$

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	MATERNITÉ DE TOURCOING
Service	Salles de naissances
Période de l'étude	Novembre 2015 - Janvier 2016
Modalités de l'étude	Questionnaire <input checked="" type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Recueil de données <input checked="" type="checkbox"/> Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :	Le Gueff Françoise	Christiane Roux
Qualité :	Pr A Gyn Obstétrique	Assesseur Maieutique
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	SANTHIE Isabelle	
Qualité :	Coordinateuse a 1	
Signature :		

Remarques :

Maternité Paul Gellé Roubaix, Service obstétrique

Formulaire de non opposition

Madame, Mademoiselle,

Pour évaluer l'état de santé de votre enfant à naître différents examens sont nécessaires en cours de grossesse ou pendant l'accouchement.

Les résultats de ces examens sont archivés sur support papier ou informatique dans votre dossier médical.

Le caractère universitaire de l'hôpital requiert de pouvoir utiliser les résultats obtenus ou leur interprétation pour l'enseignement ou la recherche.

Cette utilisation se fait dans le respect de la confidentialité des données contenues dans votre dossier médical.

Dans ce cadre, tout ou partie des données pourra être transmis à d'autres organismes de recherche.

Aucun examen ou enregistrement ne sera effectué durant la grossesse à seule fin de recherche.

Cadre réservé au service et au patient

Nom **Prénom** **Nom marital :**
Identifiant de la patiente ou étiquette

Date de délivrance de l'information :

La patiente consent à l'utilisation des données issues des examens clinique, biologiques échographiques, radiologiques, tracés d'enregistrement du rythme cardiaque foetal à des fins de recherche, d'une manière anonymisée.

La patiente s'oppose à l'utilisation des données issues des examens clinique, biologiques échographiques, radiologiques, tracés d'enregistrement du rythme cardiaque foetal à des fins de recherche, d'une manière anonymisée.

Le responsable de la consultation/ du service :

La patiente

Date et signature

Date et signature

Des données médicales seront réunies sur un fichier informatique permettant leur traitement automatisé dans le cadre des recherches. Vous disposez à leur égard d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition conformément à la loi. Les informations portées sur ce document sont confidentielles et couvertes par le secret médical. A aucun moment, les données personnelles qui y figurent n'apparaîtront lors de la publication des résultats des travaux de recherche selon la CNIL modifiée du 6 janvier 1978 concernant la communication des données médicales et biologiques.

