



HAL
open science

Satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2

Alicia Chavarot

► To cite this version:

Alicia Chavarot. Satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02469603

HAL Id: dumas-02469603

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02469603>

Submitted on 6 Feb 2020

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**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**SATISFACTION DES FEMMES CONCERNANT LA PRISE EN
CHARGE DE LEUR DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU
TRAVAIL PAR PROSTAGLANDINES E2**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

CHAVAROT Alicia

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2019

Je tiens à remercier infiniment ...

Mme Stéphanie SUC, sage-femme hospitalière et directrice de ce mémoire pour son encadrement, son aide précieuse et sa disponibilité tout au long de ce travail ;

Mme Séverine TAITHE, sage-femme enseignante et co-directrice de ce mémoire, pour ses corrections et ses conseils avisés ;

L'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand pour leurs enseignements et leur accompagnement ;

Mme Céline LAMBERT, biostatisticienne à la Délégation de la Recherche Clinique et de l'innovation, pour son aide dans la réalisation de la partie statistique de ce mémoire ;

Mme Manuela ASSUNCÃO de CARVALHO, responsable des périodiques et de la documentation à la Bibliothèque Universitaire de Santé de l'Université Clermont Auvergne, pour son aide concernant la bibliographie ;

Noémie, ma grande sœur, pour toutes ses corrections et relectures de chaque partie et son soutien quotidien ;

Jeanne, ma petite sœur, pour avoir toujours cru en moi ;

Mes parents, qui m'ont permis de devenir celle que je souhaitais être ;

Nathael, mon petit neveu, pour avoir décidé de rester au chaud et m'avoir inspiré le sujet ;

Mon beau-frère, mes grands-parents ainsi que le reste de ma famille, pour leur confiance pendant ces six années d'études ;

Mes amies, particulièrement Manon, et les deux Anaïs, pour leur présence infaillible face à chaque épreuve et pour tous ces moments partagés ;

Et enfin, ma promotion, pour ces quatre années où l'on a appris à devenir sages-femmes ensemble.

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction | 2 |
| Revue de la littérature | 4 |
| I- Généralités sur le déclenchement du travail..... | 4 |
| II- Le déclenchement par prostaglandines E2 | 10 |
| III- La satisfaction | 19 |
| Population et Méthodes..... | 25 |
| I- Les objectifs et critères de jugement..... | 25 |
| II- La population | 26 |
| III- La méthode..... | 26 |
| Résultats | 30 |
| I- Le taux de participation..... | 30 |
| II- Les caractéristiques générales et obstétricales de la population | 30 |
| III- La satisfaction générale des femmes et leur ressenti | 32 |
| IV- Les facteurs intrinsèques influençant la satisfaction générale | 33 |
| V- La satisfaction de l'information | 34 |
| VI- La satisfaction de l'accompagnement | 37 |
| VII- La satisfaction de la prise en charge de la douleur..... | 39 |
| Discussion | 41 |
| I- Les points forts et points faibles de l'étude..... | 41 |
| II- La population | 43 |
| III- La satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement..... | 44 |
| IV- Les facteurs intrinsèques influençant la satisfaction générale | 45 |
| V- La satisfaction de l'information | 47 |
| VI- La satisfaction de l'accompagnement | 49 |
| VII- La satisfaction de la prise en charge de la douleur..... | 52 |
| Conclusion | 55 |
| Bibliographie..... | |
| Annexes..... | |

Introduction

Le déclenchement artificiel du travail est défini comme toute intervention médicale visant à provoquer la naissance par voie vaginale dans un délai de 24 à 48 heures en induisant de manière artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée, entraînant l'effacement et la dilatation du col utérin [1,2].

D'après la dernière *enquête nationale périnatale française*, près d'une femme sur cinq bénéficie d'un déclenchement artificiel du travail (20,5%) ce qui en fait l'une des interventions les plus fréquentes chez la femme enceinte. La méthode recommandée en première intention pour cela est le recours à des prostaglandines E2, utilisées dans plus de la moitié des déclenchements artificiels. [3,4].

L'évaluation de la satisfaction est quant à elle un indicateur de qualité de soins essentiel et rendu obligatoire par l'ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 [5]. La place de cette évaluation est d'autant plus importante lorsqu'elle s'intéresse à la périnatalité, par l'impact de la satisfaction et du vécu de la naissance sur la santé des femmes ainsi que sur celle de leur partenaire, mais également sur leur relation avec leur enfant. Une évaluation de cette dernière a donc pour but à terme d'améliorer la prise en charge et ainsi le vécu du couple, pour des bénéfices à court et long terme sur leur parentalité [6,7].

Pourtant, malgré la tendance actuelle des parturientes prônant une moindre médicalisation, ainsi que leur souhait grandissant d'implication dans le processus de la naissance et dans le respect de sa physiologique, et alors que le travail déclenché apparaît comme étant associé à une moins bonne satisfaction que le travail spontané, aucune étude française ne s'est intéressée à la satisfaction et aux attentes des femmes concernant leur prise en charge lors d'un déclenchement par prostaglandines E2 [4,8].

Nous savons par ailleurs que certains facteurs, propres à chacune et ne dépendant pas de l'équipe médicale, tels que la durée du travail, l'intensité des contractions ou l'issue de la naissance peuvent influencer négativement la satisfaction de la femme sur cette période. En parallèle, la prise en charge, tant médicale que physique et psychologique, allouée par l'équipe médicale, semble également avoir une influence sur cette satisfaction. Plusieurs études ont quant à elles mis en avant la place prédominante de la sage-femme dans l'accompagnement et la prise en charge des femmes durant la période périnatale, et son influence sur le vécu de la naissance de l'enfant [9–12].

Outre le fait d'évaluer la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement artificiel par prostaglandines E2, nous voyons ainsi apparaître des points clefs à étudier qui pourraient l'influencer et sur lesquels les sages-femmes et professionnels de santé pourraient intervenir si nécessaire pour permettre d'améliorer le vécu de la naissance de l'enfant en cas de recours à un déclenchement artificiel du travail.

Dans un premier temps, nous aborderons, au travers d'une revue de la littérature, quelques généralités sur le déclenchement artificiel du travail, sur la prise en charge de ce dernier et le rôle de la sage-femme. Puis nous décrirons la place de l'évaluation de la satisfaction, les méthodes disponibles pour cela ainsi que les facteurs pouvant l'influencer.

La seconde partie de cet exposé rapportera quant à elle les résultats de notre enquête. Nous étudierons ainsi la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement par prostaglandines E2 ainsi que les paramètres l'influençant afin d'en déduire les points d'amélioration de la prise en charge par la sage-femme qui pourraient permettre d'augmenter la satisfaction des femmes déclenchées par prostaglandines E2.

Revue de la littérature

I- Généralités sur le déclenchement du travail

1. Physiologie et déterminisme du travail spontané

La littérature actuelle s'accorde à dire que le mécanisme de la mise en travail spontané est un processus complexe et peu connu.

Cette mise en travail spontanée se caractérise par des modifications du col et de la contractilité utérine aboutissant à l'accouchement, le tout sous une régulation à la fois moléculaire et cellulaire. Pour cela, il y a une interaction entre trois entités : la mère, le fœtus, le placenta et ses membranes [13].

Tout d'abord, la maturation du col se produit quelques jours avant le début du travail : le col se centre, devient mou et se raccourcit. Elle est due à l'action de la progestérone et des prostaglandines. Puis le début du travail survient grâce à une diminution de la réponse à la progestérone induite par les estrogènes qui auront également un effet stimulant sur les contractions [14].

A l'heure actuelle, nous savons que la synthèse de prostaglandines joue un rôle déterminant dans le déclenchement du travail : son taux augmente progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un maximum au début du travail. Ces prostaglandines, dont la synthèse et l'action sont augmentées par la surrénale et le poumon fœtal, seraient responsables des contractions utérines en augmentant et activant les récepteurs à l'ocytocine de la couche musculaire de l'utérus appelée myomètre, permettant la contraction involontaire de ce dernier, et induisant indirectement la dilatation du col utérin et la progression fœtale. Les prostaglandines jouent donc un rôle fondamental à tous les niveaux du déclenchement physiologique du travail [13,14].

Cependant, si d'autres phénomènes tels que la sécrétion d'ocytocine maternelle jouent un rôle fondamental et certain dans la progression du travail, certains restent encore incompris tels que le rôle de la relaxine chez l'espèce humaine, l'intervention de la corticotropin releasing hormone (CRH) sur la balance progestérone/estradiol ou la cascade exacte des rétrocontrôles impliqués dans le déclenchement spontané du travail.

2. Définition et épidémiologie du déclenchement artificiel du travail

Le déclenchement artificiel du travail est défini selon *A.Ricbourg et al.* et la *Société des Obstétriciens et Gynécologues Canadiens (SOGC)* comme toute intervention médicale visant à provoquer la naissance par voie vaginale dans un délai de 24 à 48 heures en induisant de manière artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée entraînant l'effacement et la dilatation du col utérin [1,2].

Dans le monde entier, de plus en plus de femmes enceintes ont, d'après l'*Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*, subi un déclenchement artificiel du travail : cela concerne près de 25% des femmes dans les pays développés [15].

En France, d'après la dernière enquête nationale périnatale de 2016, la proportion de femmes ayant eu un déclenchement du travail n'a pas augmenté entre 2010 et 2016, alors qu'elle avait doublé entre 1981 et 1995 passant de 10,4% à 20,5% puis s'était stabilisée. Cela concerne aujourd'hui une femme sur cinq environ, ce qui en fait l'une des interventions les plus fréquentes chez la femme enceinte [3].

3. Indications et contre-indications du déclenchement artificiel du travail

a) Indications du déclenchement artificiel du travail

Le déclenchement artificiel du travail peut être réalisé soit pour indications médicales lorsqu'il est prouvé qu'il existe un bénéfice pour la mère ou l'enfant à mettre fin à la grossesse, ou bien pour indications non médicales aussi appelé déclenchement de convenance [16,17].

Les dernières recommandations de la *Haute Autorité de Santé (HAS)* concernant le déclenchement artificiel du travail reposent sur celles du *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* et du *SOGC* mais datent de 2008. Depuis ces recommandations, l'*OMS* a sorti des nouvelles directives en 2011 et la *SOGC* en a quant à elle publié en 2013. En revanche, même si les dernières recommandations officielles éditées par le *Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)*

concernant le déclenchement artificiel du travail datent de 1995, ces derniers ont publiés de nombreuses recommandations pour la pratique clinique concernant des situations obstétricales particulières telles que le diabète gestationnel en 2010 par exemple, mettant ainsi à jour la prise en charge de ces pathologies en incluant un déclenchement artificiel adapté.

Ainsi, d'après les dernières recommandations de la *HAS* en vigueur en France datant de 2008, les principales indications médicales du déclenchement artificiel du travail à terme, c'est-à-dire au-delà de 37 semaines d'aménorrhée (SA), sont la grossesse prolongée, la rupture prématurée des membranes, la pré-éclampsie et l'hypertension artérielle gravidique, le diabète mal équilibré quel que soit son type, le retard de croissance intra-utérin, et les grossesses gémellaires. D'autres indications maternelles ou fœtales peuvent être discuter au cas par cas, comme une allo-immunisation fœto-maternelle, certaines malformations fœtales, ou la présence d'une pathologie chronique et la nécessité de débiter un traitement toxique pour l'enfant [17,18].

Notons tout de même qu'alors qu'il n'a jamais été démontré de bénéfices à anticiper la naissance lorsqu'une grossesse évolue normalement, le déclenchement artificiel de convenance peut être envisagé sous certaines conditions. Ce dernier peut avoir lieu soit à la demande de la femme, pour des raisons d'éloignement du domicile ou bien pour l'organisation de la maternité et concernerait un déclenchement sur quatre d'après une enquête réalisée par *F.Goffinet et al* sur les pratiques du déclenchement en France. Dans ce cas, il ne peut être réalisé que si la femme a un utérus non cicatriciel, si la grossesse a été datée précisément et que le terme est supérieur ou égal à 39 semaines d'aménorrhées et sur un col favorable. Cependant, les dernières recommandations de l'*OMS* et de la *SOGC* mettent en avant qu'un déclenchement ne devrait pas être mené seulement parce que cela convient à la patiente ou au fournisseur de soins, affirmant également qu'un déclenchement du travail n'est pas recommandé chez les femmes ayant une grossesse non compliquée dont l'âge gestationnel est inférieur à 41 semaines d'aménorrhée [2,15,18,19].

b) Contre-indications générales au déclenchement artificiel du travail

Quelle que soit la méthode employée, toutes les recommandations actuelles contre-indiquent le déclenchement artificiel du travail en cas de présence de contre-indication au travail ou à la voie basse, que cette dernière soit d'origine maternelle telle qu'une disproportion foeto-pelvienne documentée ou une rupture utérine préalable, que fœtale telle qu'un rythme cardiaque fœtal pathologique, une présentation transverse, ou bien d'origine ovulaire telle qu'un placenta praevia ou une procidence du cordon [18].

Dans le cas du déclenchement artificiel de convenance, la maturation cervicale par les prostaglandines est strictement contre-indiquée. De même, la *SOGC* affirme qu'un déclenchement artificiel pour seule suspicion de macrosomie fœtale n'est pas acceptable et n'est pas recommandé par la *HAS* [2].

Pour certaines situations particulières dites « à risque », la contre-indication est relative et dépend surtout de la décision de tentative d'accouchement par voie basse prise conjointement par l'équipe médicale et la femme informée du rapport bénéfices-risques, notamment en cas d'utérus cicatriciel, de présentation fœtale en siège ou de grossesses multiples. En revanche, les recommandations actuelles ne vont pas en faveur d'un déclenchement artificiel par prostaglandines en présence d'un utérus cicatriciel, en raison du risque accru de rupture utérine [18].

4. Les différents moyens de déclenchement artificiel du travail

a) Score de Bishop

Le score de Bishop a été créé par Edward H. Bishop en 1964 à titre de facteur prédictif de la réussite d'un déclenchement, et reste aujourd'hui le guide pour choisir la méthode de déclenchement. Il repose sur une évaluation de l'état de maturité du col réalisée à l'admission de la patiente à l'aide d'un toucher vaginal. Sa cotation dépendra de la description de la position, de la dilatation, de la longueur, de la consistance du col ainsi que du niveau de descente de la tête fœtale dans la filière pelvienne (Annexe I). Le seuil définissant un col favorable reste incertain. Cependant, dans les recommandations françaises, il sera défini par un score de Bishop supérieur ou égal à 7 et il faut tout de même noter que ce score ne prend pas en compte d'autres facteurs influençant l'issue du déclenchement tels que la parité, l'indice de masse corporel, l'âge maternel, le poids fœtal

estimé et l'état des membranes qui peuvent entrer en compte dans la stratégie du déclenchement artificiel du travail [2,20,21].

Depuis sa création, il a été comparé plusieurs fois à la prédiction faite par l'échographie du col ou par des marqueurs biochimiques comme la fibronectine, pourtant une méta-analyse a conclu qu'aucune de ces méthodes n'était supérieure à l'évaluation par le score de Bishop, mais certains facteurs, notamment biochimiques, restent encore à l'étude [22].

b) Moyens non médicamenteux

Divers moyens non médicamenteux sont présents dans les recommandations de la HAS. Parmi eux on voit apparaître le décollement des membranes qui favoriserait la maturation cervicale et la contractilité utérine par relâchement de prostaglandines, mais ce dernier ne sera proposé qu'en cas de déclenchement sans raison médicale urgente en raison de son faible niveau de preuve concernant son efficacité et après une information de la femme à propos des saignements et de la douleur qu'il peut induire [1].

En 2008, le *NICE* et la *HAS* ne recommandent pas la maturation mécanique par insertion d'une sonde de Foley® ou ballonnet de Cook® dans le canal cervical comme moyen de déclenchement artificiel du travail. Néanmoins, pour la *SOGC*, elles constituent une alternative acceptable aux prostaglandines en cas d'antécédent de césarienne et ses bénéfices comparés à l'utilisation de prostaglandines pour les femmes sans antécédent cicatriciel sont encore à l'étude en France [23,24].

D'autres méthodes telles que l'acupuncture, les rapports sexuels, la stimulation mamelonnaire et l'homéopathie n'ont pas été suffisamment évaluées pour conclure à leur efficacité, et ne sont pas citées dans les recommandations de la *HAS* [25].

c) Moyens médicamenteux

Tout d'abord, en présence d'un col favorable, l'équipe médicale proposera un déclenchement artificiel par oxytocine en perfusion intra-veineuse, hormone de synthèse de l'ocytocine, présentant les mêmes propriétés pharmacologiques que l'hormone naturelle : elle permettra l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des contractions utérines et la sécrétion endogène de prostaglandines accentuant ainsi la maturation du col.

Cette hormone de synthèse pourra être combinée à l'amniotomie, c'est-à-dire à une rupture artificielle des membranes ou utilisée après une phase de maturation cervicale par prostaglandines. En cas de col favorable, l'utilisation de prostaglandines E2 est également possible selon la HAS [1].

Une méta-analyse de *Alfirevic Z. et al* comparant l'utilisation de l'oxytocine et des prostaglandines conclut que l'utilisation des prostaglandines engendrerait plus d'accouchements vaginaux dans les 24 heures, avec un recours moins fréquent à la césarienne et à l'anesthésie péridurale pour un score de bishop identique. Ces données restent tout de même à nuancer compte tenu de certains risques imputables aux prostaglandines dans des contextes particuliers, notamment en cas de rupture des membranes induisant un risque infectieux augmenté. De même, certaines études manquent de méthodologie pour être significatives. Ainsi, même si le *NICE* recommande un recours aux prostaglandines E2 en première intention quel que soit la parité en cas de membranes intactes, cette utilisation devrait toujours dépendre du contexte [26].

En revanche, si un col immature est retrouvé à l'examen d'entrée, les recommandations s'accordent à dire que l'équipe médicale proposera tout d'abord une phase de maturation cervicale par prostaglandines E2 dont plusieurs formes galéniques existent. Cela étant appuyé par la littérature scientifique actuelle selon laquelle l'oxytocine ne devrait pas être utilisée sur col non favorable car elle serait à l'origine de plus de césariennes, faisant ainsi apparaître la prostaglandine E2 comme la méthode recommandée pour la majorité des femmes [4,18,20].

Le misoprostol, qui correspond à une prostaglandine E1 synthétique, n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France pour le déclenchement artificiel du travail. Il n'est donc pas recommandé [18].

5. Risques et effets indésirables du déclenchement artificiel du travail

Les risques et effets indésirables du déclenchement artificiel du travail sont assez controversés dans la littérature.

On remarque notamment qu'il est prouvé qu'il existe un risque d'hyperstimulation utérine provoquée par un déclenchement artificiel quelle que soit la méthode et que cela

engendre un risque d'altération du rythme cardiaque fœtal, signe de sa souffrance. Mais la littérature nuance le propos en démontrant que la morbidité fœtale serait plus en lien avec la pathologie nécessitant un déclenchement qu'avec la méthode propre de ce dernier [20].

De ces risques découle un nombre de césariennes augmenté par rapport à une mise en travail spontanée par souffrance fœtale ou échec de déclenchement, dont les facteurs de risques significatifs sont l'indication du déclenchement, la nulliparité et le score de bishop initial défavorable le plus souvent présents dans un déclenchement par prostaglandines E2 [27].

Pour la mère, les principaux risques sont la rupture utérine, majorée en cas d'antécédent cicatriciel, et un accouchement par césarienne en cas d'échec de déclenchement, c'est-à-dire en l'absence d'une mise en travail malgré les moyens artificiels mis en œuvre. On voit également apparaître un temps de travail plus long, majorant le risque d'hémorragie du post-partum, ainsi qu'une douleur augmentée par rapport à la mise en travail spontanée. Un autre effet indésirable notable est la présence d'une dystocie de démarrage ou d'un faux travail, c'est-à-dire de contractions douloureuses n'induisant pas de modifications cervicales [28,29].

II- Le déclenchement par prostaglandines E2

1. Historique et généralités sur les prostaglandines

Si les prostaglandines ont été découvertes en 1937 par Von Euler, il faudra attendre les années 1960 pour que leur rôle dans le déclenchement du travail soit établi [16].

En France, seules les prostaglandines E2 sont utilisées dans le déclenchement artificiel du travail. Ce sont des prostaglandines naturelles biosynthétisées dans de nombreux organes et tissus à partir de l'acide arachidonique.

L'enquête nationale périnatale de 2016 réalisée par l'*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)* et la *Direction des Recherches, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)* sépare le déclenchement du travail en deux

catégories : l'utilisation d'ocytocine seule ou le recours à la maturation cervicale qui concernerait 61,9% des déclenchements. La maturation cervicale est réalisée par utilisation de prostaglandines E2 (propess® ou gel de prostaglandines) dans 90,1% des cas. Cela signifie que plus de la moitié des femmes déclenchées le sont grâce à l'utilisation de prostaglandines E2 (55,77%) [3].

La forme synthétique des prostaglandines E2 est le dinoprostone, qui est actuellement recommandé dans son utilisation sous deux formes exclusivement vaginales car ses formes orales, intra-veineuses et intracervicales ont montré une augmentation des effets indésirables sans augmentation de son efficacité [30].

Les deux formes intravaginales sont le dispositif propess® et le gel de Prostine®. Le dispositif Propess® se présente sous la forme d'un tampon souple contenant 10 mg de dinoprostone mêlé à un hydrogel qui permettra sa diffusion prolongée grâce à son humidification par les sécrétions vaginales. Ce dernier sera placé dans le cul-de-sac vaginal postérieur pour une durée de vingt-quatre heures et la littérature actuelle tend à penser que son utilisation répétée semble augmenter le nombre d'accouchement par voie basse sans augmenter la morbidité maternelle ou fœtale. Le gel de Prostine®, présenté sous forme de gel vaginal de dinoprostone dans une seringue de 1 ou 2 mg, sera lui aussi placé dans le cul-de-sac vaginal postérieur et pourra quant à lui être renouvelé toutes les six heures, au maximum trois fois. Leur efficacité étant jugées similaires, l'utilisation du dispositif vaginal reste tout de même plus fréquente pour des raisons budgétaires et pour sa facilité de retrait qui présente un avantage non négligeable en cas d'hyperstimulation utérine et trouble du rythme cardiaque fœtal, et il serait de même moins douloureux avec un risque d'hyperstimulation moindre [27,31].

Cependant, il est à noter que, selon la dernière enquête sur les pratiques de maturation cervicale en France datant de 2014, les protocoles de chaque maternité divergent selon qu'ils s'appuient sur les recommandations de la HAS, de l'OMS ou même d'autres pays [19].

2. Information, consentement et implication des femmes

D'après la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, art L.1111-2. : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables ». L'information est donc un droit pour le patient et un devoir pour tout professionnel de santé, qui doit mettre systématiquement en avant la balance bénéfices-risques de chaque intervention [32].

A la suite de cette information, « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé [...]. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » d'après l'article L.1111-4 du code de la santé publique. Ce droit des patients est notamment repris par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, et le code de déontologie des sages-femmes est lui-même régi par le Code de Santé Publique. Ainsi, en tant que professionnels médicaux, les sages-femmes sont soumis à ces devoirs d'information et de recueil du consentement libre et éclairé [32,33].

La HAS a notamment publié en 2005 des recommandations pour bien informer la femme enceinte. Dans ces dernières, elle met l'accent sur le fait de consacrer du temps à cette information en favorisant une écoute attentive et en utilisant un langage et un support adapté à chaque femme. Cette information devra être fondée sur les données scientifiques actuelles son but principal sera de mettre en avant la réflexion bénéfices-risques induisant un consentement libre, c'est-à-dire non influencé par le professionnel, et éclairé, donc appuyé sur une information claire appropriée et loyale, adaptée au patient, intelligible et en adéquation avec la littérature scientifique [34].

Une étude australienne a quant à elle démontré qu'une information écrite sous forme de brochure reprenant les points essentiels à connaître par les femmes ne devait pas

empêcher l'information orale, mais qu'elle constituait une aide non négligeable en complément de cette dernière dans la compréhension et l'amélioration des connaissances des femmes en matière de déclenchement artificiel du travail par prostaglandines [35].

Ainsi nous pouvons voir que cela correspond aux recommandations de la *HAS* qui a rédigé une note d'information, qui devra être donnée aux patientes et tracée dans le dossier de la femme. Elle comporte une définition du déclenchement artificiel du travail, les motifs pour lesquels un déclenchement peut être envisagé, le déroulement ainsi que les risques du déclenchement artificiel du travail. Il est stipulé qu'elle sera complétée à l'oral, le professionnel devant toujours répondre au mieux aux interrogations des femmes et cela s'applique tout autant pour le médecin que pour la sage-femme. La sage-femme reste donc un professionnel de choix dans la délivrance de cette information et se doit d'avoir les compétences pour y répondre [18].

Quant au moment où cette information doit être délivrée, aucune recommandation n'est donnée, exceptée par le *NICE* qui suggère que toute femme devrait être informée dès la 38^{ème} semaine d'aménorrhée, lors d'une consultation prénatale par le professionnel en charge de cette consultation, des risques qui incombent à un terme dépassé, c'est-à-dire à une grossesse qui se poursuivrait au-delà de 42 semaines d'aménorrhée, et donc de la proposition de déclenchement artificielle du travail qui lui sera faite au-delà de 41 semaines d'aménorrhées en prévention de ces risques. Dans le même sens, une revue de *Ryan R. et al*, en 2016 met en évidence le fait que les professionnels de santé devraient informer les femmes sur les risques, les bénéfices ainsi que les alternatives aux déclenchement artificiel suffisamment tôt, pour leur permettre un temps de réflexion, incitant ainsi les femmes à poser des questions [4,28].

3. La surveillance du déclenchement artificiel du travail

La littérature discordé quant à la surveillance qui sera effectuée durant un déclenchement du travail par prostaglandines E2.

En France, le déclenchement artificiel du travail n'est réalisé, quelle que soit la méthode, qu'à proximité d'une salle de césarienne et la femme reste donc à la maternité pendant toute la durée de ce dernier. Selon le *NICE*, ce déclenchement devrait être

préférentiellement réalisé le matin ce qui diminuerait le recours à l'oxytocine par la suite selon l'enquête sur les pratiques de maturation cervicale en France [28,30].

Immédiatement avant la mise en place de la méthode de déclenchement, les professionnels de santé doivent évaluer le bien être fœtal à l'aide d'un monitoring d'une durée minimale de trente minutes. Le déclenchement ne devrait être entrepris qu'en cas de rythme cardiaque fœtal jugé normal selon les recommandations en vigueur [18].

Après insertion des prostaglandines intravaginales, un monitoring continu de deux heures doit être réalisé, suivi d'un monitoring intermittent en cas d'absence d'anomalie de la contraction et du rythme cardiaque fœtal. Cependant, aucune recommandation ne précise l'intervalle entre chaque monitoring, et cela est laissé au libre choix de chaque maternité. D'après la dernière enquête sur la maturation cervicale, ces pratiques sont très hétérogènes, allant d'un monitoring toutes les quatre à huit heures ou bien réalisé en fonction de l'activité utérine pour certaines maternités [30].

Concernant les touchers vaginaux pour réévaluer le score de bishop et donc la progression du déclenchement, la *HAS* ne fait apparaître aucune recommandation. Quant au *NICE*, il suggère de proposer une évaluation six heures après l'insertion de gel et vingt-quatre heures après celle de dispositif intravaginal à libération prolongée, c'est-à-dire au moment de décider de mettre en place ou non un nouveau dispositif. L'évaluation est donc laissée libre au professionnel. Elle sera généralement réalisée par la sage-femme et pourra être réitérée à la demande de la femme en cas de contractions utérines douloureuses principalement [18,28].

4. La prise en charge de la douleur

Selon le *NICE*, pendant le déclenchement artificiel du travail qui semble plus douloureux qu'une mise en travail spontanée, les professionnels de santé devraient fournir aux femmes le soulagement de leur douleur approprié à leur souhait. Cela peut aller du simple antalgique à la mise en place d'une analgésie péridurale [28].

La *HAS* informe quant à elle les femmes qu'en attendant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale, d'autres moyens antidouleurs pourront leur être proposés [18].

a) Généralités sur la douleur

Selon l'association internationale pour l'étude de la douleur, la douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » [36].

Dans le code de la santé publique, sa prise en charge apparaît à l'article L1110-5 : « 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 » [32].

b) L'évaluation de la douleur

Une bonne prise en charge de la douleur passe avant tout par son évaluation fréquente afin d'en connaître l'évolution et d'adapter la prise en charge. Cette évaluation devra être renouvelée systématiquement une à deux heure(s) après la mise en place d'une nouvelle technique pour essayer de la diminuer. Pour cela, son évaluation devra être fiable, reproductible et informative.

En obstétrique, l'évaluation de la douleur sera faite par auto-évaluation. La méthode la plus fiable utilisée correspond à l'échelle visuelle analogique de la douleur (EVA) qui mesure l'intensité douloureuse à l'aide d'une réglette graduée. La patiente placera le curseur à l'endroit où se situe sa douleur entre les deux extrémités qui représentent d'un côté l'absence totale de douleur et de l'autre la pire douleur imaginable. Le soignant lira alors de l'autre côté le nombre correspondant sur une échelle de 0 à 100. Néanmoins, si cette méthode est celle recommandée en obstétrique, on voit tout de même utilisée dans certaines maternités l'évaluation numérique de la douleur, moins représentative, qui repose sur une demande du soignant de chiffrer sa douleur entre 0 à 10, avec 0 signifiant l'absence de douleur, et 10 la douleur maximale imaginable [36,37].

c) La douleur obstétricale

En obstétrique, la douleur peut avoir des répercussions à la fois maternelles et fœtales. En effet, elle va induire des modifications ventilatoires et cardiovasculaires chez la mère et ainsi une majoration de la morbidité périnatale par une altération des échanges gazeux avec le fœtus. Ainsi, on retrouvera une augmentation de la souffrance fœtale induite par la douleur maternelle, principalement si le fœtus est à risque du fait de conditions

maternelles ou obstétricales défavorables, ce qui sera retrouvé dans le cas d'un déclenchement pour indication médicale.

Les données scientifiques ont également démontré que la douleur obstétricale, en plus d'être une réaction physique due aux contractions utérines et à la modification du col, était largement conditionnée par des facteurs psychologiques. En effet, si l'on peut dire que la peur, l'ignorance et l'anxiété qui en découlent sont souvent des facteurs aggravants, on retrouve également que la préparation et la motivation peuvent la réduire. Cependant, et quelle que soit l'origine ethnique de la femme, l'expérience sensitive et la perception de la douleur sont les mêmes, mais elles ne seront pas exprimées de la même manière [37].

d) Les différentes méthodes de prise en charge de la douleur

La douleur étant très variable d'une personne à l'autre, l'éventail des techniques analgésiques est très large pour permettre de répondre au besoin de chacune. Afin d'obtenir un meilleur soulagement de la patiente, il semble important d'associer une prise en charge psychologique de la douleur par une équipe pluridisciplinaire à une prise en charge physique.

Tout d'abord, on retrouve dans une revue systématique de la Cochrane qu'un soutien continu de la part d'un faible nombre de sages-femmes différentes réduirait la douleur et le recours à l'analgésie pharmacologique [9].

Parmi les techniques souvent proposées par les sages-femmes et notamment dans le cadre d'un déclenchement, on retrouve la déambulation, l'emploi de ballons ou les différentes positions permettant de soulager la femme. Même si ces méthodes n'ont pas fait l'objet de démonstration scientifique de leur efficacité, elles semblent favoriser la coopération de la femme enceinte et aurait un effet placebo pour les patientes souhaitant y avoir recours. Ajoutons également que cela permet d'accroître la capacité d'aide de la sage-femme et la confiance de la femme en cette dernière [37].

D'après ce qui semblerait fonctionner selon une méta-analyse de *Jones et Al.* publiée en 2012, on retrouve l'immersion dans l'eau, l'acupuncture, la relaxation et les massages. On retrouve les recommandations du *NICE* en adéquation avec cette méta-analyse car

elles suggèrent aux femmes de réaliser des exercices de respirations, de prendre des bains chauds et elles recommandent également les massages pouvant être prodigués par l'accompagnant. Néanmoins, la littérature actuelle ne permet pas de conclure quant à leur efficacité, mais ces méthodes peuvent être utilisées dans le but d'améliorer le confort de la patiente et pourraient avoir un effet placebo non négligeable dans la prise en charge de la douleur obstétricale [28,36,37].

D'autres méthodes telles que l'hypnose ou l'utilisation de papules d'eau stérile et l'aromathérapie ne disposent pas de suffisamment d'études pour conclure à leur efficacité et donc pour être recommandées [9].

En revanche, certaines méthodes pharmacologiques ont prouvé leur efficacité dans le soulagement de la douleur obstétricale, mais ces dernières ne sont pas sans effets indésirables.

On trouve notamment l'utilisation de la nalbuphine (Nubain®), morphinique utilisé en injection intra-veineuse dans le soulagement de la douleur notamment en cas de dystocie du travail ou de faux travail, quand l'analgésie péridurale fait encore sujet à débat quant à son utilisation précoce sur l'augmentation du taux de dystocie mécanique engendrant le recours à une césarienne [37].

L'utilisation d'analgésie inhalatoire par l'intermédiaire du mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) semble également être une bonne alternative dans la prise en charge de la douleur d'un déclenchement artificiel du travail [9].

Enfin, l'utilisation de l'analgésie péridurale est recommandée quand le travail est suffisamment avancé, c'est-à-dire qu'elle ne devrait pas être utilisée pendant la phase de maturation cervicale. Notons tout de même qu'en cas d'échec des autres méthodes pour soulager la patiente, l'analgésie péridurale pourra être discutée [18].

Néanmoins, les recommandations du *NICE* sont basées sur une étude d'ensemble de la littérature réalisée par le *Royal College of Obstetricians et Gynaecologists (RCOG)*, ayant montré que les déclenchements artificiels du travail par prostaglandines demandent une plus grande exigence en matière d'analgésie que le travail spontané, et moins qu'un déclenchement par oxytocine. De même, cette méta-analyse met en avant le fait qu'une

administration tôt, voire avant le travail, d'une analgésie péridurale ne prolongerait pas le temps de travail ou le nombre d'accouchements instrumentaux [28].

Devant cette contradiction dans les études, l'influence de la mise en place d'une analgésie péridurale pendant la phase de latence du travail voire avant reste à évaluer, notamment pour en déduire sa place dans la prise en charge de la douleur en cas de déclenchement artificiel pouvant s'avérer long.

5. L'accompagnement

L'*ACOG* et le *CNGOF* recommandent tous les deux un soutien continu durant le travail, qui s'avèrerait bénéfique pour la femme et le nouveau-né [1].

En effet, une revue systématique de la Cochrane met en avant le fait que le soutien reçu par l'équipe médicale et par l'accompagnant change la perception de la douleur. Un soutien continu induirait par ailleurs une meilleure satisfaction de la naissance pour la femme et augmenterait sa sensation de contrôle [9].

En revanche, aucune des recommandations sur le déclenchement artificiel du travail ne parle du soutien continu par l'équipe médicale ou par un proche de la femme enceinte pendant cette phase.

6. Le rôle de la sage-femme

Certains déclenchements peuvent avoir lieu lorsque la grossesse a été physiologique et donc potentiellement suivie intégralement par une sage-femme, notamment lors d'un déclenchement artificiel pour grossesse prolongée ou pour rupture prématurée des membranes. Ainsi donc, il est du rôle de la sage-femme d'informer la femme de ces possibilités pendant les consultations, ou bien pendant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Il est également rappelé dans les recommandations de la *HAS*, que la sage-femme participe à l'information sur le déclenchement artificiel du travail, et se trouve être un des professionnels de choix dans la réponse aux questions que

peuvent susciter un tel déclenchement. Elle se doit donc d'être à jour dans ses connaissances sur ces moyens, d'où l'importance de sa formation continue [18].

De même, si la décision de déclenchement artificiel du travail doit être prise par un médecin, elle est prise en concertation avec la sage-femme qui aura réalisé l'examen d'entrée et l'évaluation du score de bishop le plus souvent. La mise en place du dispositif de prostaglandines E2 sera également faite par la sage-femme, ainsi que la surveillance du déroulement du déclenchement : sa réévaluation, la prise en charge de la douleur, l'évaluation du bien-être fœtal et l'accompagnement du déclenchement, conformément à une étude commanditée par la HAS. Cette place de la sage-femme est retrouvée de manière systématique dans la brochure du NICE destinée à l'information de la patiente, de son partenaire et de sa famille sur le déclenchement du travail [38].

Enfin, la sage-femme tient une place prépondérante dans la prise en charge de la douleur. En effet, ce rôle est précisé dans le référentiel métier et compétences des sages-femmes du *Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF)* : il décrit que la sage-femme se doit d'aider la femme à gérer la douleur en l'anticipant, en proposant son évaluation et des moyens d'y répondre, en recueillant les perceptions de la femme, son projet de naissance, et en prenant en compte son environnement affectif et culturel notamment en accueillant l'accompagnant, et en sollicitant d'autres professionnels si nécessaire. Elle pourra proposer des moyens non pharmacologiques ou pharmacologiques de prise en charge de la douleur, et elle pourra réaliser la demande d'analgésie péridurale. Son rôle d'accompagnement est également une part non négligeable de sa prise en charge de la douleur chez la femme déclenchée [9,11,39].

III- La satisfaction

1. Définition et place dans le secteur de la périnatalité

D'après *le Petit Robert*, la satisfaction est définie comme étant un « sentiment de bien-être ; plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce qu'on attend, désir, ou simplement une chose souhaitable ». On voit donc apparaître une notion de conformité entre l'attente

et l'accomplissement, mais la définition de la satisfaction reste difficile et dépendante de nombreux facteurs individuels [40].

L'évaluation de la satisfaction est un indicateur de qualité de soins essentiel et rendu obligatoire par l'ordonnance n°96-346 du 24 Avril 1996 [5].

La place de cette évaluation devient de plus en plus importante, avec une préoccupation particulière de cette dernière dans le secteur de la périnatalité car de nombreuses études ont montré qu'elle pourrait avoir des effets à court et long terme sur la santé des femmes, de leur partenaire et de leur relation avec leur enfant. De nombreuses études ont notamment démontré que la satisfaction de la naissance était l'indicateur principal influençant le bien être en post-partum [6,7].

Ainsi, évaluer la satisfaction des femmes dans le secteur de la périnatalité permettrait d'améliorer leur prise en charge et leur ressenti, pour leur permettre un meilleur vécu à court et long terme de la naissance de leur enfant. De même, ces études pourraient permettre aux sages-femmes d'avoir un support sur lequel s'appuyer pour préparer au mieux les femmes qui pourraient avoir besoin d'un déclenchement artificiel [41].

2. Les méthodes de mesure de la satisfaction dans le domaine de la périnatalité

L'évaluation de la satisfaction est difficile car elle est multidimensionnelle. Elle requiert donc de dégager tous les aspects pouvant l'influencer. Au-delà de la satisfaction de l'issue, il semble nécessaire de comprendre les attentes des femmes quant à leur grossesse et la naissance de leur enfant, et ces évaluations doivent être un moyen pour elles de s'exprimer à la fois sur le positif et le négatif de leur expérience.

Pour évaluer la satisfaction des femmes dans le secteur de la périnatalité, il peut être nécessaire de passer par des entretiens semi-dirigés afin de laisser la place aux femmes pour s'exprimer. Cependant, ces études doivent permettre, par la suite, de développer des questionnaires performants afin d'évaluer la satisfaction d'un plus grand nombre de femmes, ou bien l'amélioration et le perfectionnement de certains questionnaires déjà existants.

Dans le domaine de la santé, une échelle de Likert est souvent mise en place dans les enquêtes. Cette échelle en cinq ou sept points permet d'évaluer le degré d'accord ou de désaccord avec une proposition et plusieurs éléments peuvent être étudiés et sortis du score final pour les concepts multidimensionnels tels que la satisfaction des patients. Concernant son analyse, ils ne sont pas parvenus à conclure sur une méthode plus représentative, cela dépendant de chaque étude [42].

En dehors des échelles de Likert, il est également important, d'après beaucoup de chercheurs, de laisser une place à l'expression de la femme sur son ressenti et de ne pas orienter les réponses [43].

Afin de dégager au mieux les facteurs pouvant influencer la satisfaction des femmes, il est intéressant de s'appuyer sur des revues systématiques et des méta-analyses permettant de comparer les études existantes et leurs résultats, et de dégager ainsi les facteurs déterminants et les éventuelles interactions qui peuvent exister entre eux [44].

Si certaines méthodes de mesure de la satisfaction des femmes pour les soins reçus lors de l'accouchement ont fait leur preuve et ont été validées, telles que le questionnaire « Women's Views of Birth Labour Satisfaction » qui a été traduit et validé en français, on peut remarquer que, dans la littérature actuelle, aucune méthode d'évaluation de la satisfaction spécifique au déclenchement artificiel du travail n'existe. On retrouve en effet peu d'études révélant les attentes des femmes concernant leur déclenchement [8,12,45].

3. Les facteurs influençant la satisfaction en péri-partum et la satisfaction du déclenchement dans la littérature

L'expérience du travail et de l'accouchement est complexe, multidimensionnelle et subjective. Elle dépend de facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux, organisationnels. Elle concerne à la fois le résultat, c'est-à-dire la naissance en toute sécurité du bébé, et les processus physiques et cognitifs du travail et de l'accouchement vécus différemment par les femmes [6].

Pour évaluer la qualité des soins, on évaluera surtout les critères sur lesquelles l'équipe médicale a une influence car certains facteurs, notamment sociaux ou d'histoire personnelle peuvent influencer la satisfaction de la femme, mais ces derniers ne sont pas modifiables par l'équipe médicale. De même la durée du travail, l'intensité des contractions et l'inconfort lié aux examens vaginaux répétés semblent faire partie des éléments influençant négativement l'expérience du déclenchement chez les femmes, tout comme l'issue de la naissance, la voie d'accouchement finale ainsi que la santé de l'enfant à la naissance qui peuvent influencer dans les deux sens la satisfaction de la femme. Néanmoins, ces facteurs, tant sur la réponse au traitement que sur l'issue, sont dépendants de facteurs intrinsèques propres à chaque femme et ne dépendent donc pas de l'équipe médicale [12].

La qualité des soins sera donc plutôt évaluée sur la prise en charge de la femme en péri-partum grâce non seulement à une prise en charge médicale et physique mais également une prise en charge psychologique importante. Il apparaît donc comme étant essentiel de considérer la femme comme une personne à part entière et l'un des facteurs principaux influençant sa satisfaction est qu'elle soit respectée, écoutée et qu'elle participe activement à la prise de décisions concernant la naissance de son enfant. L'information, ainsi que l'accompagnement de la femme pendant cette période semblent donc avoir une réelle influence sur leur expérience, en induisant notamment une augmentation de la sensation de contrôle chez la femme, souvent décrite comme étant un élément essentiel à la satisfaction [9,10]. Dans l'argumentaire de la HAS concernant le déclenchement artificiel du travail, les experts précisent que le degré d'implication ressentie par les femmes constitue l'un des indicateurs de qualité selon les femmes [38].

En effet, dans une étude allemande de 2016, outre les issues instrumentales et les césariennes liées au déclenchement et la longueur du travail sur lequel les équipes médicales n'ont pas de possibilité d'amélioration pour l'instant, les femmes déplorent un manque d'information sur les méthodes de déclenchement, leurs effets indésirables et les alternatives. Elles auraient également souhaité être plus impliquées, avec leur partenaire, dans les prises de décisions. Cette étude met donc en avant un besoin d'amélioration de l'information reçue par les femmes qui vont être déclenchées pour contrer des attentes irréalistes et améliorer leur satisfaction : les femmes ont besoin d'une information basée sur l'évidence scientifique actuelle montrant le rapport bénéfices-risques de l'intervention pour les aider avec cette décision et se sentir actrices [46].

Une étude australienne était également arrivée à la même conclusion en 2010. Les femmes estimaient que leur plan de naissance n'avait pas été adapté à leur déclenchement et l'étude attirait donc l'attention des sages-femmes sur l'accompagnement et la mise en place d'un projet de naissance et d'attentes compatibles avec un déclenchement [41].

La douleur a une forte influence sur la satisfaction de la femme. Outre le fait d'un soulagement optimal de la douleur, la satisfaction concernant cette dernière semble plutôt relever de l'accompagnement de la femme. En effet, *Bourdillon et al* suggèrent que l'implication de l'équipe médicale, l'évaluation systématique de la douleur, et la proposition spontanée de dispositions pour la soulager par l'équipe médicale sont les facteurs majoritaires influençant la satisfaction [9,47].

Une revue systématique espagnole publiée en 2016 affirme quant à elle, après comparaison de nombreuses études évaluant la satisfaction maternelle de la naissance, que la présence de douleur ou l'absence d'analgésie, bien qu'important, n'était pas un facteur prédictif de mauvaise satisfaction en lui-même. Cette revue a en revanche mis l'accent sur le rôle primordial d'accompagnement de la sage-femme : une satisfaction significativement meilleure était retrouvée en cas de présence d'une même sage-femme tout au long du travail, mais surtout d'une sage-femme en laquelle la femme avait confiance, et d'une équipe qui prenait en charge la femme certes cliniquement, mais également psychologiquement, en l'impliquant elle ainsi que son partenaire dans les décisions. Le soutien émotionnel de la part de l'équipe soignante apparaît ici comme étant le facteur principal de satisfaction, encore supérieur à celui obtenu auprès du partenaire présent lors du travail, bien que jouant un rôle essentiel. Ce soutien de l'équipe médicale et de l'accompagnant semble nécessaire au sentiment de contrôle et d'accomplissement des attentes du couple, tout cela étant en adéquation avec une autre revue systématique de *Jones et Al* arrivant aux mêmes conclusions sur le rôle clef de soutien de la sage-femme pour améliorer la satisfaction et la sensation de contrôle de la femme [9,44].

Concernant la satisfaction du déclenchement par prostaglandines E2, la seule recommandation actuelle qui en tient compte est celle du *NICE*, qui précise qu'un déclenchement ayant lieu le matin semble être associé à une meilleure satisfaction des femmes [28].

Une étude écossaise comparant cette méthode à la mise en travail spontanée démontre que les femmes ayant été déclenchées par prostaglandines E2 ont un pourcentage de satisfaction moins élevé que celles étant entrées en travail spontanément. Cette différence est notamment due au temps d'attente supérieur, au mode d'administration de l'agent thérapeutique induisant plus d'exams vaginaux, et une issue plus défavorable, facteurs non liés à l'équipe médicale. Mais cette étude met elle aussi l'accent sur la nécessité d'une amélioration de l'information pour palier à ces points inhérents au déclenchement. Les femmes ressentent le besoin de connaître la raison du déclenchement et la balance des bénéfices et des risques pour elle et surtout pour leur bébé, ce qui pourrait primer sur l'inconfort du déclenchement [8].

A l'heure actuelle, alors que le souhait d'implication des femmes et de diminution de la médicalisation de l'accouchement se fait ressentir, aucune étude française épidémiologique ne s'est intéressée spécifiquement à la satisfaction de la prise en charge du déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2.

Population et Méthodes

I- Les objectifs et critères de jugement

1. Les objectifs

a) Objectif principal

Evaluer la satisfaction générale des femmes concernant la prise en charge par l'équipe médicale de leur déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2 dans une maternité de type III.

b) Objectif secondaire

Etudier les paramètres de prise en charge qui influencent la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement par prostaglandines E2.

2. Les critères de jugement

a) Critère de jugement principal

Score lié à la satisfaction générale des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement par prostaglandines E2.

b) Critère de jugement secondaire

Corrélation entre les scores de satisfaction des différents paramètres de prise en charge étudiés et le score de satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement par prostaglandines E2.

II- La population

1. La population cible

La population cible était les femmes déclenchées par prostaglandines E2 dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes entre le 20 Septembre 2018 et le 20 Décembre 2018.

2. Les critères d'inclusion

Femme majeure, informée et volontaire, ayant été déclenchée par prostaglandines E2, à terme ≥ 37 SA, ayant accouché d'un enfant vivant, hospitalisé en secteur de suite de couche avec sa mère.

3. Les critères de non inclusion

Femme non volontaire, et/ou mineure, et/ou ne parlant, ne lisant ou n'écrivant pas le français, et/ou dont l'état de santé de la mère ou de l'enfant a nécessité un transfert en unité de réanimation ou soins intensifs.

III- La méthode

1. Le type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale réalisée dans une maternité de type III de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

2. L'élaboration des outils de recueil

Un questionnaire de satisfaction a été élaboré à partir des données trouvées dans la littérature (Annexe II). Dans ce questionnaire, la satisfaction a été évaluée grâce à une échelle de Likert en 5 critères, établie à partir du questionnaire *Birth Scale Satisfaction-revised* et du *Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire*, traduits et validés en français [6,45]. Les adjectifs de la dernière question ont été choisis en partie à partir du questionnaire *Labour Agency Scale* traduit en français [48]. Ce questionnaire a été testé par trois femmes respectant les critères d'inclusion et d'exclusion, cependant aucune remarque n'a été formulée.

En parallèle, une grille de recueil de données sur dossier a été créée afin de recueillir les données socio-démographiques et obstétricales pertinentes nécessaires à l'analyse des questionnaires (Annexe III).

3. La distribution des questionnaires et le recueil de données

Le recrutement des patientes a été fait lors de leur séjour en suite de couches à partir du logiciel informatique de la maternité, par recherche des femmes déclenchées par prostaglandines E2 présentes à la maternité avec leur bébé et répondant aux critères d'inclusion. Le questionnaire leur a été distribué par la suite, après recueil de leur consentement durant leur séjour en post partum, puis récupéré ; le recueil de données a quant à lui eu lieu en parallèle directement sur le logiciel RedCap. Les questionnaires papiers ont ensuite été saisis sur le logiciel RedCap.

4. L'analyse statistique des données

Une fois les données enregistrées dans le logiciel Redcap, ces dernières ont été exportées sous un fichier excel à partir duquel les analyses statistiques ont été réalisées.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13, StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce

bilatéral de 5%, c'est-à-dire qu'une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0,05 (risque $\alpha = 5\%$).

La population a été décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne \pm écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique.

Par la suite et afin de faciliter les analyses statistiques, les éléments de l'échelle de Likert à cinq modalités, ont été considérés comme une variable quantitative, en attribuant 1 aux réponses « Non pas du tout / Pas du tout satisfaite » et 5 aux réponses « Oui, tout à fait / Tout à fait satisfaite ». Les scores ainsi obtenus ont été présentés sous forme de médianes [intervalle interquartile] au regard de leur distribution statistique.

La relation entre la satisfaction générale et les paramètres qualitatifs a été évaluée par le test de Mann-Whitney ou le test de Kruskal-Wallis, et par coefficient de corrélation de Spearman pour les paramètres quantitatifs. Les liens mis en évidence par les coefficients de corrélation ont été considérés comme étant faibles si compris entre 0,30 et 0,49, modérés entre 0,50 et 0,79 et forts entre 0,80 et 1,00.

5. Les aspects éthiques et réglementaires

a) Les avis des comités consultatifs

L'avis du comité scientifique pour cette étude a été obtenu en Décembre 2017.

Du fait de l'inclusion de questions ouvertes au sein du questionnaire, cette étude a fait l'objet d'une déclaration au Délégué à la Protection des Données (DPD) en Septembre 2018.

L'autorisation de distribution de questionnaires a été validée dans le même temps auprès des autorités compétentes de la maternité dans laquelle a été réalisée l'étude.

b) L'information et le consentement

Les femmes ont reçu au moment de la distribution du questionnaire une information orale sur les objectifs et les modalités de l'étude (notamment sur la possibilité de retrait de l'étude, la possibilité de refus, et le recueil de données non identifiantes sur le dossier

informatique patient), permettant le recueil oral de leur consentement oral. Une fiche d'information écrite a été distribuée avec le questionnaire (Annexe IV), reprenant les éléments oraux et permettant à chacune d'avoir les coordonnées nécessaires en cas de questions concernant l'étude, ou de souhait de retrait de l'étude, comportant également leur numéro d'anonymat à transmettre dans ce cas.

c) L'anonymat

Les questionnaires et les fiches d'information ont été anonymisés avec le même numéro d'anonymat. Le numéro d'anonymat propre à chacune a également été appliqué au recueil d'information sur dossier information, directement réalisé sur la plateforme Redcap.

Aucune donnée identifiante n'a été recueillie (nom, prénom, date de naissance, profession ou adresse).

Résultats

I- Le taux de participation

Nous avons obtenu 105 réponses aux questionnaires, pour 108 femmes éligibles sur la période du 20 Septembre 2018 au 20 Décembre 2018, soit un taux de participation de 97,22%. Nous avons eu deux perdues de vue et un refus de participation.

La distribution du questionnaire a été effectuée pour 47,62% des patientes le lendemain de l'accouchement, pour 40,95% le deuxième jour après l'accouchement et 11,43% le troisième jour.

II- Les caractéristiques générales et obstétricales de la population

Grâce au recueil des données effectué en parallèle de la distribution du questionnaire, il a pu être établi le *tableau I* reprenant les caractéristiques générales de la population interrogée.

Tableau I : Caractéristiques générales de la population

| | moyenne ± écart type n (%) N = 105 |
|---|---|
| Age (années) | 30 ± 5 |
| Mode de vie : en couple | 99 (94,29) |
| Origine géographique | |
| <i>France métropolitaine</i> | 83 (79,05) |
| <i>DOM TOM</i> | 3 (2,86) |
| <i>Europe</i> | 4 (3,81) |
| <i>Afrique</i> | 14 (13,33) |
| <i>Asie mineure</i> | 1 (0,95) |
| Catégorie socio-professionnelle | |
| <i>Artisans, commerçants et chefs d'entreprises</i> | 1 (0,95) |
| <i>Cadres et professions intellectuelles</i> | 16 (15,24) |
| <i>Professions intermédiaires</i> | 26 (24,76) |
| <i>Employés</i> | 37 (35,24) |
| <i>Ouvriers</i> | 4 (3,81) |
| <i>Sans activité professionnelle</i> | 19 (18,10) |
| <i>Non renseigné</i> | 2 (1,90) |

De même, le *tableau II* nous présente les caractéristiques obstétricales de la population. Il est intéressant de noter que toutes les femmes étaient déclenchées pour raison médicale, aucun déclenchement de convenance n'a été relevé.

Tableau II : Caractéristiques obstétricales de la population

| | n (%) médiane [intervalle interquartile] N = 105 |
|--|---|
| Primipares | 61 (58,09) |
| Patiente avec au moins un antécédent de déclenchement | 11 (10,48) |
| Age gestationnel au moment du déclenchement | |
| <i>Entre 37 SA et 37 SA + 6 jours</i> | 13 (12,38) |
| <i>Entre 38 SA et 38 SA + 6 jours</i> | 23 (21,90) |
| <i>Entre 39 SA et 39 SA + 6 jours</i> | 24 (22,86) |
| <i>Entre 40 SA et 40 SA + 6 jours</i> | 13 (12,38) |
| <i>Entre 41 SA et 41 SA + 6 jours</i> | 32 (30,48) |
| Motif du déclenchement | |
| <i>Terme dépassé</i> | 20 (19,05) |
| <i>Rupture prématurée des membranes</i> | 34 (32,38) |
| <i>Diabète</i> | 16 (15,24) |
| <i>Hypertension artérielle / Pré-éclampsie</i> | 19 (18,09) |
| <i>RCIU / PAG</i> | 1 (0,95) |
| <i>Altération du bien être fœtal</i> | 18 (17,14) |
| <i>Macrosome</i> | 15 (14,28) |
| <i>Diminution des mouvements actifs fœtaux</i> | 4 (3,81) |
| <i>Autre</i> | 9 (8,57) |
| Expectative avant le déclenchement : Oui | 23 (21,90) |
| Score de Bishop < 6 | 105 (100,00) |
| Mode de déclenchement | |
| <i>Propess® uniquement</i> | 90 (85,71) |
| <i>Gel uniquement</i> | 9 (8,57) |
| <i>Propess® et gel</i> | 6 (5,72) |
| Ballonnet au cours du déclenchement | 7 (6,67) |
| Analgésie péridurale durant le travail | 96 (91,43) |
| Durée (en h) entre la mise en place du dispositif et l'accouchement | 21,07 [13,88-34,27] |
| Issue de l'accouchement | |
| <i>Voie basse spontanée</i> | 73 (69,52) |
| <i>Voie basse instrumentale</i> | 15 (14,29) |
| <i>Césarienne en urgence pendant le travail</i> | 12 (11,43) |
| <i>Césarienne pour échec de déclenchement</i> | 5 (4,76) |

III- La satisfaction générale des femmes et leur ressenti

On retrouve 85,71% [77,5% - 91,8%] de femmes ayant été plutôt, voire tout à fait satisfaites de la prise en charge de leur déclenchement, soit un score de satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement à **4,0 [4,0 - 5,0]**. La répartition de cette satisfaction est décrite dans la *figure 1*.

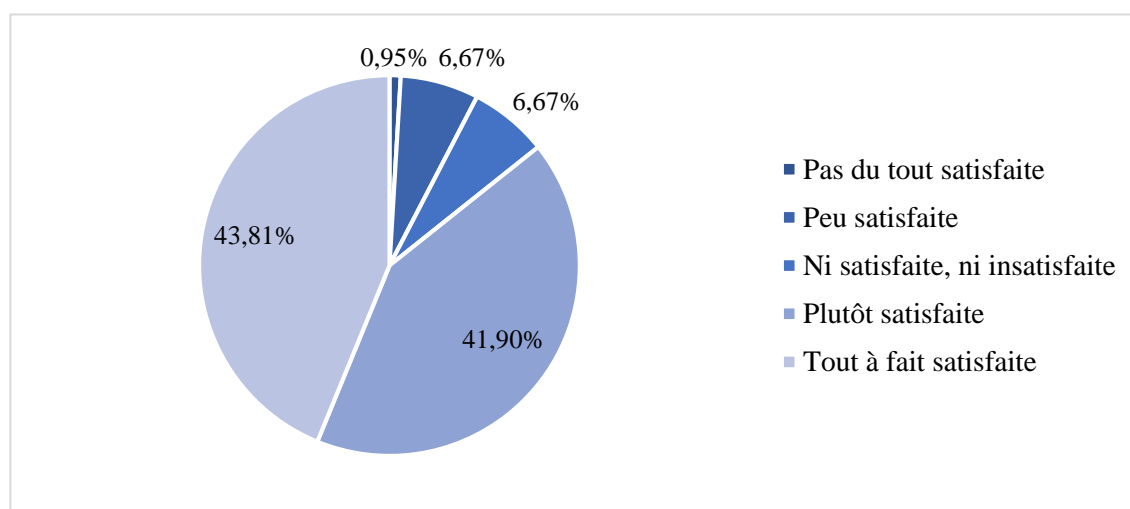


Figure 1 : Répartition de la satisfaction générale des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement par prostaglandines E2

Pour confirmer cette satisfaction plutôt élevée de leur prise en charge, à la question ouverte concernant les points à améliorer, plusieurs femmes ont souhaité conforter leur satisfaction, en appuyant leurs réponses par des propos positifs : « En ce qui me concerne, tout a été parfait, des équipes à l'écoute, agréables, professionnelles. Je n'ai donc pas de points qui me semblent être à améliorer » ; « les sages-femmes qui m'ont accompagnées pendant et après le déclenchement ont été formidables, je garde un excellent souvenir de mon accouchement et aucune angoisse concernant un prochain éventuel déclenchement » ; « Très bonne prise en charge des sages-femmes ». D'elles-mêmes, les femmes ont ainsi mis en avant la relation soignant-soignée avec la sage-femme comme un élément déterminant dans la prise en charge de leur déclenchement.

La *figure 2* nous montre quant à elle que parmi les adjectifs permettant de qualifier leur ressenti pendant le déclenchement, les femmes ont majoritairement choisi « accompagnée », même si elles se décrivaient également comme ayant été algiques et épuisées.

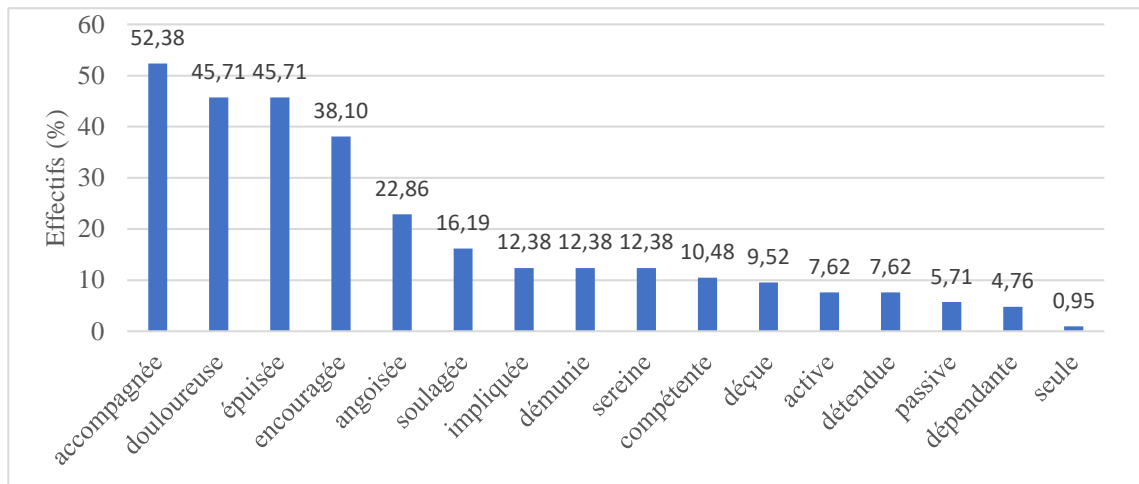


Figure 2 : Les adjectifs qualifiants au mieux le ressenti des femmes pendant le déclenchement par prostaglandines E2

IV- Les facteurs intrinsèques influençant la satisfaction générale

Afin d'étudier les éléments corrélés à une meilleure satisfaction de la prise en charge, il était nécessaire d'analyser les facteurs intrinsèques ne dépendant pas de la prise en charge mais ayant une influence sur la satisfaction générale.

Ainsi, parmi les caractéristiques générales et obstétricales de la population présentées dans les *tableaux I et II*, certaines ont été étudiées quant à leur éventuelle influence sur la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement par prostaglandines. Ces données sont décrites dans le *tableau III*, où on retrouve par exemple le fait que les femmes ayant accouché par voie basse spontanée ont significativement eu un meilleur score de satisfaction générale concernant leur prise en charge de leur déclenchement. En revanche, la durée entre la mise en place du dispositif et l'accouchement ne paraît quant à elle que faiblement avoir influencé la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement. L'âge gestationnel au moment du déclenchement n'était pas significativement corrélé à la satisfaction générale ($p = 0,76$), tout comme l'expectative avant le déclenchement artificiel du travail ($p = 0,22$).

Tableau III : Lien entre les caractéristiques de la population interrogée et la satisfaction générale

| | | Satisfaction générale * | p-value |
|---|---------------------------|--------------------------------|-------------------|
| Age | | 0,17 | 0,07 |
| Mode de vie | <i>Seule</i> | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,19 |
| | <i>En couple</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | |
| Voie basse spontanée | <i>Oui</i> | 4,0 [4,0 - 4,5] | 0,01 |
| | <i>Non</i> | 5,0 [4,0 - 5,0] | |
| Parité | <i>Primipare</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,16 |
| | <i>Multipare</i> | 5,0 [4,0 - 5,0] | |
| Antécédent de déclenchement | <i>Non</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,01 |
| | <i>Oui</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | |
| Moyens de déclenchement | <i>Propess uniquement</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,54 |
| | <i>Gel uniquement</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | |
| | <i>Propess et gel</i> | 4,0 [4,0 - 4,0] | |
| Ballonnet | <i>Non</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,07 |
| | <i>Oui</i> | 4,0 [2,0 - 4,0] | |
| Analgesie péridurale | <i>Non</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,7 |
| | <i>Oui</i> | 4,0 [4,0 - 5,0] | |
| Durée entre la mise en place du dispositif et l'accouchement | | -0,33 | < 0,001 |

* Les données sont présentées sous forme de médiane [intervalle interquartile] ou de coefficient de corrélation.

V- La satisfaction de l'information

Tout d'abord, la *figure 3* a pour but de mettre en évidence le moment où les femmes ont reçu pour la première fois une information concernant la possibilité et l'existence d'un déclenchement artificiel du travail. Elle décrit également si ce moment leur a semblé trop tôt ou trop tard pendant leur grossesse, ou s'il avait eu lieu au bon moment.

On remarque ainsi que parmi les 12 femmes ayant répondu « trop tard », 75,00% d'entre elles ont reçu cette information à la fin de la grossesse ou au moment de la décision. Aucune femme n'a trouvé que l'information lui avait été donnée trop tôt.

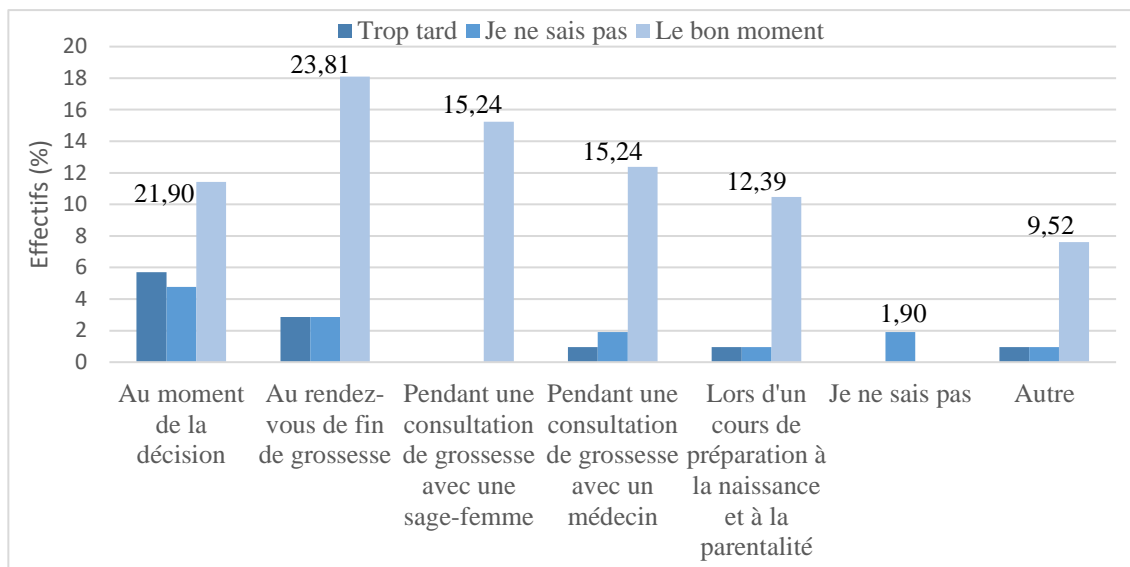


Figure 3 : Histogramme descriptif du moment où les femmes ont reçu la première information concernant la possibilité d'un déclenchement, et avis sur la temporalité de ce moment au cours de la grossesse

De plus, comme l'indique le *tableau III*, parmi les femmes interrogées, moins de la moitié ont considéré que l'information concernant les effets indésirables avait été suffisante. Cependant, la corrélation mise en avant entre ce sujet et la satisfaction générale était significativement très faible. Ce qui semble le plus avoir influencé la satisfaction de cette information était le fait que cette dernière ait été adaptée à la réalité.

Tableau IV : Scores concernant l'information et leurs corrélations au score de satisfaction générale

| | Score * | Satisfaction générale** | p-value |
|--|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Explications sur le(s) motif(s) / les risques | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,25 | 0,01 |
| Explications sur les effets indésirables | 3,0 [2,0 - 4,0] | 0,34 | < 0,001 |
| Accord demandé | 5,0 [3,0 - 5,0] | 0,36 | < 0,001 |
| Explications sur la méthode | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,27 | 0,005 |
| Explications sur la surveillance | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,31 | 0,001 |
| Information adaptée à la réalité | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,44 | < 0,001 |
| Satisfaction globale de l'information | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,61 | < 0,001 |

* Les données sont présentées sous forme de médiane [intervalle interquartile]

** Les données sont présentées sous forme de coefficient de corrélation

Enfin, au sein de notre population et d'après le *tableau IV*, la relation entre la satisfaction globale de l'information et la satisfaction générale était significativement

modérée. Nous pouvons donc en déduire que plus les femmes étaient satisfaites de leur information, plus elles étaient satisfaites de leur prise en charge générale.

Pour conclure, les femmes qui n'étaient pas tout à fait satisfaites de l'information, soit 49,52%, avaient la possibilité à l'aide d'une question ouverte de décrire les points à améliorer à ce propos. Parmi leurs réponses, présentées dans le *tableau V*, on retrouve majoritairement une volonté d'information concernant la durée possiblement longue d'un déclenchement, et la douleur que cela peut engendrer. On note également une volonté de connaître le risque d'échec du déclenchement et de dystocie de démarrage ou de faux travail. Enfin, les femmes auraient souhaité des informations plus précoces et plus précises sur le déroulement de leur déclenchement.

Tableau V : Propos recueillis concernant les axes d'amélioration de l'information selon les femmes

| Thème | Propos des femmes |
|--|---|
| La durée | <ul style="list-style-type: none"> « Dire qu'un déclenchement peut durer des heures » « Informer précisément des délais » « Préciser que le temps peut être long avant de donner la péridurale » « Communication sur les timing possibles ou impossibles » |
| La douleur | <ul style="list-style-type: none"> « Il manquait l'information douleur, avec l'information au préalable de pouvoir soulager, afin de baisser le risque anxiogène » « Dire plus clairement que le tampon peut déclencher des douleurs permanentes et des contractions fortes » « Bien préciser que les contractions peuvent être très rapprochées et douloureuses » « Préciser que le toucher vaginal pour replacer le tampon peut être douloureux » |
| Le faux travail, la dystocie de démarrage | <ul style="list-style-type: none"> « Dire que le tampon peut déclencher des contractions complètement inefficaces sur le col » « Nous ne savions pas que les premières contractions pouvaient être de fausses contractions » |
| La possibilité d'échec | <ul style="list-style-type: none"> « Evoquer que cela puisse ne pas fonctionner » « Manque de communication sur le fait que cela puisse ne pas fonctionner. Ils nous rassurent tout le temps que du côté positif, malheureusement nous ça n'a pas fonctionné et on s'est senti incompris » « Explications plus détaillées sur les échecs possibles » « Explications anticipées en cas de non réponse au traitement » |

| | |
|--|--|
| La mise en place et le fonctionnement | « Plus d'informations concernant la mise en place et le fonctionnement du déclenchement peuvent être données » « Explications plus détaillées du processus, des examens » « Un peu plus d'explications sur les risques et le déroulement » « Être plus détaillant sur le process et ses facultés » « Le matin, évocation plusieurs fois d'un déclenchement, sans plus d'explications » « Les effets, le temps, les conditions » |
| Informations plus précoces | « Les choses vont vite, elles sont expliquées juste avant la mise en place » « J'ai été informée le jour J, sans m'expliquer quoi que ce soit » |

Pour permettre l'amélioration de l'information et afin que le personnel puisse vérifier la compréhension de la femme, l'une d'entre elles a proposé de faire reformuler à la patiente ce qu'elle a compris après lui avoir donné l'information.

VI- La satisfaction de l'accompagnement

Tout d'abord, nous retrouvons au sein la population 86,67% des femmes qui étaient accompagnées par leur conjoint pendant le déclenchement, alors que 9,52% étaient seules. Les autres femmes étaient accompagnées par un membre de leur famille ou par un(e) ami(e). Aussi, parmi les 95 femmes accompagnées, 81,05% d'entre elles considéraient que leur accompagnant avait été plutôt voire tout à fait suffisamment impliqué.

D'après le *tableau VI*, le score le moins élevé était celui concernant le temps de prise en charge. En effet, 49,53% des femmes ont trouvé le délai entre leur arrivée et la mise en place du dispositif un peu, voire trop long. Cependant, ce temps d'attente n'apparaît pas significativement corrélé à la satisfaction générale de leur prise en charge.

En revanche, alors que nous retrouvons une corrélation significativement modérée entre le sentiment d'implication de la femme dans la prise de décision et sa satisfaction

générale concernant son déclenchement par prostaglandines E2, ce score paraît, en comparaison aux autres scores, l'un des plus faibles.

Tableau VI : Scores concernant l'accompagnement et leurs corrélations au score de satisfaction générale

| | Score * | Satisfaction générale** | p-value |
|---|-----------------|-------------------------|-------------------|
| Accueil | 5,0 [5,0 - 5,0] | 0,22 | 0,02 |
| Temps avant la prise en charge | 3,0 [2,0 - 4,0] | 0,25 | 0,01 |
| Personnel présent | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,46 | < 0,001 |
| Personnel répondant aux questions | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,43 | < 0,001 |
| Vocabulaire compréhensible | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,29 | 0,003 |
| Implication de la femme | 4,0 [3,0 - 5,0] | 0,56 | < 0,001 |
| Satisfaction globale de l'accompagnement | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,55 | < 0,001 |

* Les données sont présentées sous forme de médiane [intervalle interquartile]

** Les données sont présentées sous forme de coefficient de corrélation

Enfin, la relation entre la satisfaction globale de l'accompagnement et la satisfaction générale était significativement modérée. Nous pouvons donc en déduire que plus les femmes étaient satisfaites de leur accompagnement, plus elles étaient satisfaites de leur prise en charge générale.

Quant aux femmes qui n'étaient pas tout à fait satisfaites de l'accompagnement, soit 40,00%, elles avaient la possibilité à l'aide d'une question ouverte, de décrire les points à améliorer. Parmi les réponses, on note notamment le fait que le personnel ne semblait pas toujours en accord sur la prise en charge de la femme : « Jamais la même version », « changement de tour de garde du personnel, les informations ne sont pas les mêmes ». D'autres femmes auraient souhaité un personnel plus présent sur le versant psychologique du déclenchement : « venir voir plus souvent les patientes, et s'intéresser réellement à ce qu'elles ressentent (douleur, angoisse, stress) », « visites plus fréquentes après le déclenchement », « plus de communication avec le patient » de la part du personnel. Concernant l'implication de la femme, une femme a déploré le fait qu' « on ne [lui] a rien demandé, mais du fait de la situation, il n'y avait pas le choix », une autre aurait « souhaité attendre un peu avant son déclenchement ». Enfin on retrouve également cité trois fois dans les questionnaires, le fait que les femmes déclenchées auraient préféré avoir une chambre simple pendant leur déclenchement.

VII- La satisfaction de la prise en charge de la douleur

Afin d'évaluer la prise en charge de la douleur, les femmes ont pu décrire quels moyens leur avaient été proposés pendant leur déclenchement, présentés dans la *figure 4*. Si on ne retrouve qu'une seule femme qui a dit ne pas avoir eu de prise en charge de sa douleur pendant le déclenchement, la majorité d'entre elles (85,71%) ont bénéficié notamment d'une prise en charge médicamenteuse et plusieurs méthodes de prise en charge de la douleur ont été le plus souvent associées.

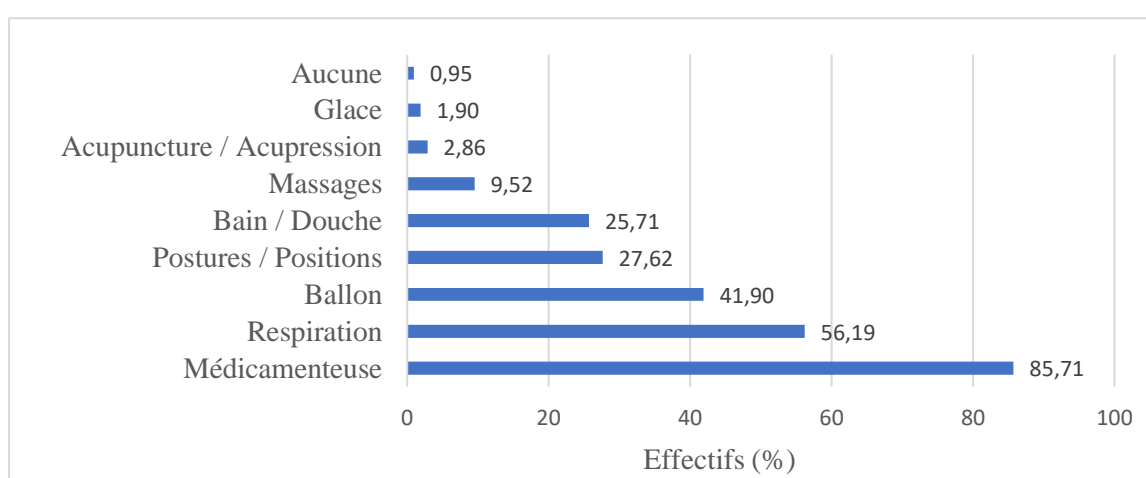


Figure 4 : Les méthodes de prise en charge de la douleur proposées aux femmes

En parallèle, d'après le *tableau VII*, nous voyons apparaître le fait que la prise en charge de la douleur a été très majoritairement adaptée, mais cette adaptation n'était significativement pas corrélée à la satisfaction générale de leur prise en charge. A l'inverse, l'évaluation et l'écoute de cette douleur par l'équipe médicale paraît davantage significativement avoir influencé la satisfaction générale de la prise en charge.

Tableau VII : Scores concernant la prise en charge de la douleur et leurs corrélations au score de satisfaction générale

| | Score * | Satisfaction générale** | p-value |
|---|-----------------|-------------------------|----------------|
| Evaluation de la douleur | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,52 | < 0,001 |
| Ecoute de la douleur | 5,0 [4,0 - 5,0] | 0,51 | < 0,001 |
| Prise en charge adaptée de la douleur | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,33 | < 0,001 |
| Satisfaction globale de la prise en charge de la douleur | 4,0 [4,0 - 5,0] | 0,49 | < 0,001 |

* Les données sont présentées sous forme de médiane [intervalle interquartile]

** Les données sont présentées sous forme de coefficient de corrélation

Ces données mettent en avant le fait que même si le score de satisfaction globale de la prise en charge de la douleur s'est avéré élevé, avec notamment une écoute de la douleur par l'équipe médicale qui semblait optimale, le lien entre la satisfaction de la prise en charge de la douleur et la satisfaction générale des femmes, était quant à lui significativement faible. Une prise en charge satisfaisante de la douleur de la femme se révélerait donc comme influençant moins la satisfaction générale de la femme.

Enfin, les femmes qui n'étaient pas tout à fait satisfaites de la prise en charge de la douleur, soit 56,19%, avaient la possibilité à l'aide d'une question ouverte, de décrire les points à améliorer. Parmi les réponses, l'élément le plus présent était le délai de prise en charge de la douleur qui était trop important pour certaines femmes : une femme a suggéré de « ne pas attendre que sa patiente ait trop mal », une autre d' « agir contre la douleur avant, plus rapidement ». De même, une femme aurait souhaité « plus de réactivité pour avancer dans le protocole de la douleur », une autre nous a informé que « 12h de souffrance plus tard, soulagement par de la morphine : rien d'autre ne m'a été proposé ».

Discussion

I- Les points forts et points faibles de l'étude

1. Les points forts de l'étude

Parmi les femmes répondant aux critères d'inclusion, nous avons obtenu un taux très élevé de participation (97,22%). Cela est certainement dû à la méthode de distribution et de réception des questionnaires effectuée par la même personne, limitant ainsi les pertes de vue. De plus, du fait de ce taux très élevé, le biais concernant le fait que généralement les femmes les plus satisfaites sont celles répondant le plus aux questionnaires a pu être contrôlé.

L'enquête a également été bien accueillie par les femmes, ce qui peut être prouvé par le fait qu'une seule femme ait refusé de répondre, ainsi que par le fait que nous ayons obtenu de nombreux éléments de réponses aux questions ouvertes du questionnaire, montrant ainsi leur implication pour le sujet.

Les critères d'inclusion de l'étude ont permis de limiter le facteur confondant prépondérant de la satisfaction concernant la santé de l'enfant. En effet, en n'incluant pas les femmes dont les enfants étaient nés prématurément ou avaient nécessité un transfert dans une autre unité de soins, toutes les femmes étaient avec leur enfant en secteur de maternité lors de la distribution du questionnaire. La morbidité néonatale n'a donc pas été prise en compte.

2. Les limites de l'étude

L'étude a concerné une seule maternité de type III or il aurait pu s'avérer intéressant de la réaliser dans plusieurs maternités, pour ainsi limiter le biais pouvant être attribué aux habitudes de service et pour pouvoir généraliser ses conclusions.

De même, il n'a pas été relevé d'intensité d'activité selon les jours de déclenchement des femmes, ce qui a pu modifier la disponibilité du personnel et donc sa prise en charge. Aussi il aurait pu être utile de comparer la satisfaction de la prise en charge des femmes avec le nombre de patientes prises en charge par une même équipe.

Cependant, il est intéressant de noter que *Goffinet et al*, dans leur enquête ayant comparé plusieurs types de maternité, dans des régions différentes, ne mettent pas en avant de différence selon le statut, la taille ou la région de la maternité sur la satisfaction des femmes déclenchées, même si cela n'était pas spécifique au déclenchement par prostaglandines E2 [19].

On peut également noter un biais lié au moment de la distribution car les femmes sont préoccupées par la santé de leur enfant, et du fait des critères d'exclusion, soulagées que leur bébé soit en bonne santé, ce qui peut influencer positivement la satisfaction. De plus, elles sont dans une période émotionnelle dense, notamment liée à la chute hormonale de ces quelques jours, et leur satisfaction peut être influencée par leur état de santé physique et psychologique au moment de la distribution [7].

Nous voyons aussi apparaître un biais de mémorisation du fait que les questionnaires aient été distribués jusqu'à trois jours après l'accouchement. Cependant, les contraintes institutionnelles ne nous permettaient pas de réaliser l'étude à un autre moment.

Enfin, malgré le pourcentage de participation élevé, il aurait été judicieux de poursuivre l'étude afin d'obtenir plus de réponses et ainsi avoir plus de puissance, mais cela paraissait difficile dans le calendrier de réalisation de l'étude. En effet, il n'a pu être de ce fait mis en évidence que des corrélations faibles à modérées. De même, cela nous a contraints à décrire les scores de satisfaction sous forme de médianes et d'intervalles interquartiles car les résultats sous forme de pourcentages ou de moyennes auraient été faussés par le faible pourcentage de réponses parfois retrouvé dans certaines catégories. Cependant, la plupart des résultats restent significatifs.

II- La population

Le tableau des caractéristiques sociodémographiques des femmes de métropole de l'enquête nationale périnatale de 2016 de l'*INSERM* et de la *DREES* met en avant un âge moyen de la population de $30,3 \pm 5,2$ ans, qui est similaire à celui retrouvé dans notre population de femmes interrogées. De même, les origines géographiques ainsi que les catégories socio-professionnelles semblent correspondre à celles de l'enquête nationale périnatale [3].

De plus, dans l'enquête de *Shetty et al*, parmi la population des femmes interrogées et déclenchées par prostaglandines E2, 58% des femmes étaient des primipares, ce qui est tout à fait similaire à notre enquête, bien que ces deux enquêtes n'aient pas eu lieu dans les mêmes pays [8].

Quant à la proportion de femmes ayant accouché par césarienne dans notre population (16,19%), cette dernière semble moins élevée que dans l'enquête nationale périnatale de 2016 où 29,4% des femmes déclenchées à un terme au-delà de 37 SA avaient accouché par césarienne. Cette différence peut être liée au fait que l'enquête nationale périnatale n'a pas séparé les pourcentages de femmes déclenchées par prostaglandines E2 de celles ayant eu recours à d'autres moyens de déclenchement [3].

Enfin, *Goffinet et al* met en évidence un délai moyen entre l'administration des prostaglandines et l'accouchement lorsque le déclenchement a lieu pour raison médicale, comme c'est le cas dans notre étude pour toutes les femmes, de 20 heures et 29 minutes. Nous retrouvons quant à nous un délai moyen de 21 heures et 4 minutes que l'on peut juger identique, compte tenu des facteurs de variabilités influençant ce temps d'action [19].

Ainsi, tous ces éléments, tant sur les données socio-démographiques que sur les caractéristiques obstétricales, nous permettent d'en déduire que les femmes ayant répondu à notre enquête étaient tout à fait représentatives de la population générale.

III- La satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement

Le score de satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement artificiel par prostaglandines E2 était de **4,0 [4,0 - 5,0]**. Ce score s'avérant élevé, il n'est cependant pas maximal. En effet, on voit apparaître le fait que plus de la moitié des femmes n'étaient pas entièrement satisfaites de leur prise en charge, nous laissant penser que certains points peuvent être améliorés, ce qui justifie la corrélation entre la satisfaction de chaque point de prise en charge et la satisfaction générale pour en déduire les axes sur lesquels les professionnels de santé ont un rôle à jouer afin d'améliorer cette satisfaction.

Les résultats trouvés dans cette enquête paraissent difficilement comparables car aucune autre étude ne s'est intéressée spécifiquement à la prise en charge du déclenchement artificiel en France, ni particulièrement au déclenchement par prostaglandines E2. De plus, les protocoles divergeant d'un pays à l'autre, il paraît donc difficile de comparer les moyens de prise en charge avec les études des autres pays. Une seule enquête française s'intéressant à la satisfaction des femmes déclenchées, celle de *Goffinet et al.*, a été retrouvée : ils obtiennent un score de satisfaction (sur 100) allant de $87,1 \pm 21,3$ jusqu'à $92,1 \pm 20,1$ pour les femmes ayant un score de Bishop inférieur à 6 comme c'est le cas pour toutes les femmes de notre étude. Mais la comparaison avec notre enquête semble peu adéquate car l'étude citée s'intéresse au déclenchement artificiel général, prenant en compte également les femmes déclenchées par ocytocine, ce qui peut faire varier considérablement la satisfaction de la femme, notamment car l'intensité des contractions, et la durée du déclenchement est significativement différente. De plus, le moyen d'étude de la satisfaction est différent de celui que nous avons utilisé, et ce dernier ne s'intéresse pas seulement à la prise en charge par l'équipe médicale des femmes mais au déclenchement dans sa globalité [19].

En outre, pour confirmer la satisfaction qui demeure élevée des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement, les phrases positives notées dans les questions ouvertes ont mis en lumière le rôle clef de la sage-femme en tant qu'accompagnante : en effet, les femmes citent d'elles-mêmes la place des sages-femmes dans la prise en charge de leur déclenchement. Nous savons également que dans cette maternité et conformément à leur protocole de déclenchement artificiel, la surveillance, l'accompagnement ainsi que la prise en charge de la douleur sont laissées à la charge des sages-femmes, l'obstétricien n'intervenant qu'en cas de problème, tout comme le décrit l'argumentaire de la HAS concernant le déclenchement artificiel à terme sur lequel sont basées les recommandations en vigueur en France [38].

Du fait de l'absence d'études françaises s'intéressant spécifiquement à la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement artificiel, l'importance de la sage-femme en France dans cet accompagnement est peu décrite. Cependant, une revue systématique de *Macpherson et al* décrit la sage-femme comme étant le facteur principal influençant la satisfaction des femmes en période périnatale, la plaçant comme un professionnel de confiance qui prend en charge l'aspect clinique mais aussi émotionnel et social associé à la naissance. C'est ce soutien qui s'avère le plus impactant sur la satisfaction autour de la naissance dans la littérature [44].

IV- Les facteurs intrinsèques influençant la satisfaction générale

Afin d'étudier l'impact de différents paramètres de prise en charge sur la satisfaction globale de la femme, il était nécessaire d'éliminer les facteurs intrinsèques pouvant participer à cette variation de la satisfaction, comme décrit dans la *revue systématique d'Alfaro Blazquez et al*.

En effet, certains facteurs ne dépendent pas de la prise en charge des femmes mais de leurs caractéristiques socio-démographiques ou obstétricales. Parmi ceux cités par *Alfaro Blazquez et al* comme ayant un impact sur la satisfaction des femmes pendant la période périnatale, l'étude de l'influence de l'âge et du mode de vie sur la satisfaction n'apparaît pas comme étant significative dans notre étude [6].

En revanche, dans notre enquête, les facteurs influençant la satisfaction générale étaient plutôt d'ordre obstétrical.

En effet, on retrouve notamment une satisfaction significativement meilleure dans le cas où la femme a accouché par voie basse spontanée (p -value = 0,01), ce qui était également mis en évidence par l'étude de *Schwarz et al.* Comme décrit précédemment, la santé de la mère et de son fœtus semblent avoir une réelle influence sur la satisfaction de la femme pendant la période du péri-partum. Si nous avons réussi à éliminer en partie le paramètre de la santé de l'enfant au sein de nos critères d'inclusion, celui de la santé de la mère se retrouve dans l'issue de l'accouchement. Cependant, les études fiables et avec un nombre de sujets suffisamment important pour permettre de conclure quant à cette influence tendent à manquer dans la littérature actuelle, comme nous le rapporte *Spaich et al.*, qui eux ne mettent pas en évidence de lien entre le mode d'accouchement et la satisfaction globale autour de la grossesse, de l'accouchement et du péri-partum. Dans notre étude, il est tout de même important de garder les femmes ayant accouché par césarienne malgré cette influence car nous pouvons également imputer cette variation de la satisfaction dans ce cas à la prise en charge du déclenchement face à l'échec de la méthode utilisée plutôt qu'à l'échec en lui-même [46,49].

Par ailleurs, il n'a été mis en évidence qu'une relation significativement très faible entre la durée entre la mise en place du dispositif et l'accouchement et la satisfaction générale de la prise en charge, alors que cela semblait être le principal facteur confondant de la satisfaction générale concernant le déclenchement artificiel d'après *Shetty et al.* Cela va dans le sens que l'objectif principal de l'enquête, qui était d'évaluer la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement par l'équipe médicale et non celle du mode de déclenchement a été compris par les femmes [8].

L'antécédent de déclenchement quant à lui ne semble significativement pas influencer la satisfaction générale, puisqu'on retrouve le même score chez les femmes avec et sans antécédent de déclenchement (p -value = 0,01). Chaque accouchement étant unique, nous pouvons en déduire que chaque prise en charge est différente et que cela est généralisable au déclenchement artificiel du travail. De même, la parité ne semble pas avoir eu d'influence sur la satisfaction générale.

Enfin, si l'enquête de *Goffinet et al* met en évidence un score de satisfaction plus élevé pour les femmes ayant eu recours à un déclenchement artificiel pour convenance personnelle, ce facteur n'a pas été retrouvé dans notre étude puisque toutes les femmes ont été déclenchées pour raison médicale, que ce soit pour la santé de la mère ou celle de leur enfant [19].

Ainsi, nous retrouvons dans notre étude peu de facteurs confondants ayant induit une variation de la satisfaction générale et qui n'étaient pas liés à la prise en charge du personnel, le seul apparaissant comme étant notable était l'issue de l'accouchement.

V- La satisfaction de l'information

Tout d'abord, 45,71% des femmes ont été informées pour la première fois de la possibilité du recours à un déclenchement artificiel au rendez-vous de fin de grossesse ou bien au moment de la décision. Si l'on peut se douter qu'un biais de mémorisation peut être présent dans cette question, nous pouvons tout de même en déduire que cette information apparaît tard pendant la grossesse. Même si parmi elles 64,58% pensaient que ce moment était « le bon moment » pour être informée, cela ne correspond pas à la littérature préconisant une information suffisamment tôt pour permettre un temps de réflexion des femmes. *Shetty et al* en arrivent quant à eux à la conclusion qu'une information plus précoce et pendant les cours de préparation à la naissance serait plus adéquate et renforcerait le sentiment d'implication de la femme, or seulement 12,39% des femmes ont reçu l'information à ce moment-là ce qui paraît peu, même si pour être entièrement évaluée il aurait fallu connaître le nombre de femmes ayant participé à ces cours. Ainsi, un consensus quant au terme approprié pour délivrer cette information aux femmes serait souhaitable, compte tenu de la demande des femmes à avoir accès à ces données de manière plus précoce apparaissant dans les axes d'amélioration concernant l'information [4,8].

A propos de la satisfaction globale de l'information, le score retrouvé dans notre étude était de 4,0 [4,0 - 5,0], ce qui paraît plutôt élevé. On peut noter que les femmes ont considéré que les informations concernant le motif du déclenchement, la balance

bénéfice-risque ainsi que la méthode et la surveillance nécessaires avaient été suffisantes, car nous avons obtenu un score de 5,0 [4,0 - 5,0] pour chacun de ces critères.

Pourtant, l'information est ce qui a suscité de la part des femmes le plus de réponses concernant les axes d'amélioration. En effet, alors que nous décrivons un score seulement de 3,0 [2,0 - 4,0] concernant une explication suffisante sur les effets indésirables, on en déduit que plus de la moitié des femmes n'étaient pas satisfaites de cette information, ce qui est confirmé par le fait que, lorsqu'elles se sont exprimées sur les axes d'amélioration, les femmes déploraient le manque d'information concernant la durée, la douleur, la possibilité d'échec ainsi que la présence de faux travail ou de dystocie de démarrage.

Or ces effets indésirables imputables au déclenchement artificiel par prostaglandines E2 font partie intégrante de l'information qui devrait être donnée de manière systématique pour permettre le consentement libre et éclairé de la femme ; certains sont d'ailleurs détaillés dans la note d'information de la HAS comme par exemple les contractions pouvant être plus douloureuses qu'en cas de travail spontané, ou l'échec amenant à une césarienne, qui rappelle également que les obstétriciens, tout comme les sages-femmes sont les professionnels devant donner cette information et répondre aux questions des parturientes.

Néanmoins, il est intéressant de noter que ces données sont uniquement basées sur les propos des femmes, avec un biais de mémorisation non négligeable, ainsi que le fait que la distribution ou non de la note d'information n'a pas été relevée dans le questionnaire. Il pourrait être utile de réaliser une nouvelle étude en confrontant ces résultats aux connaissances et à l'information donnée selon les professionnels de santé (sages-femmes et obstétriciens) concernant le déclenchement artificiel, et d'évaluer si l'information qu'ils apportent aux femmes est conforme aux données scientifiques basées sur les preuves présentes dans la littérature. En effet, il est important de rappeler ici que les professionnels pouvant donner cette information, conformément à la loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, doivent perfectionner leurs connaissances par l'obligation de développement professionnel continu tout au long de leur carrière, afin de répondre au mieux aux attentes et besoins des parturientes [4,18,50].

Malgré ce score relativement bas, le lien entre la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement et l'information suffisante concernant les effets indésirables du

déclenchement, est significativement faible. Ainsi, même si les effets indésirables ne paraissent pas toujours avoir été détaillés dans l'information faite aux femmes, l'adaptation à la réalité a d'avantage influencé la satisfaction générale des femmes (p -value $< 0,001$), d'où l'importance de se rapprocher au mieux des données scientifiques pour permettre une information plus réaliste.

Nous pouvons donc en arriver aux mêmes conclusions que l'enquête écossaise de *Shetty et al* et que l'enquête allemande de *Schwarz et al* : améliorer l'information faite aux femmes, en l'adaptant au mieux à la réalité, permettrait de contrer les attentes irréalistes des femmes et ainsi améliorerait leur satisfaction générale. Nous proposons donc, afin d'améliorer la satisfaction générale de la prise en charge des femmes, de vérifier que cette dernière soit basée sur les faits scientifiques prouvés en évaluant les connaissances et les informations données selon les professionnels [8,46].

VI- La satisfaction de l'accompagnement

Les femmes interrogées étaient majoritairement tout à fait satisfaites de leur accompagnement par l'équipe médicale. En effet, on retrouve un score de satisfaction de 5,0 [4,0 - 5,0]. Cela est confirmé par le fait que, lors de la question concernant les adjectifs qualifiants au mieux le ressenti des femmes, celui qui est le plus ressorti était « accompagnée » (52,38%), suivi de près par « encouragée » (38,10%). Nous en déduisons donc que bien plus de la moitié des femmes se sont senties suffisamment accompagnées.

De plus, le lien entre la satisfaction globale concernant cet accompagnement et la satisfaction générale du déclenchement a été établi : nous retrouvons une corrélation significativement modérée entre ces deux paramètres. Cela signifie donc que conformément à la revue systématique de *Jones et al*, le soutien semble influencer positivement la satisfaction autour de la naissance. Une revue systématique de *Macpherson et al* met elle aussi en évidence le fait que la relation soignant-soigné et la confiance en l'équipe soignante, tant les sages-femmes que les obstétriciens tout au long

de la grossesse et de la naissance, et même après, étaient déterminantes dans la sensation de contrôle et l'accroissement de la satisfaction de la femme, et prenaient le dessus sur les éventuelles complications, interventions médicales et sur la douleur [9,44].

Au sein de cet accompagnement, ce qui semble le plus significativement augmenter la satisfaction de la femme est la sensation d'implication suffisante de la femme. Cette dernière est retrouvée comme étant un élément essentiel de la prise en charge dans plusieurs études car cela permettrait aux femmes d'avoir un sentiment de contrôle et de se sentir actrices dans leur déclenchement [9,12,46].

Néanmoins, c'est également cette implication de la femme qui a été le plus difficile à mettre en avant pour les professionnels de santé avec un score de 4,0 [3,0 - 5,0], tout comme c'était le cas pour la majorité des femmes de l'enquête de *Schwarz et al* où les femmes demandaient plus d'informations concernant les alternatives au déclenchement artificiel par moyen médicamenteux. On note d'ailleurs seulement 12,38% des femmes qui ont choisi l'adjectif « impliquée » pour décrire au mieux leur ressenti face au déclenchement artificiel du travail, ainsi qu'une notion d'absence de choix dans leurs réponses aux questions ouvertes.

Une revue systématique anglaise d'études qualitatives a également mis en relief ce besoin d'implication de la femme dans les décisions autour du déclenchement artificiel. Ce résultat est conforme aux données de l'argumentaire de la *HAS*, qui cite que l'« un des indicateurs de la qualité de l'interaction avec les professionnels de santé jugés du point de vue de la femme, pourrait être le degré d'implication ressentie par les femmes dans de telles décisions », mettant ainsi en avant la difficulté de faire un choix concernant le déclenchement [38,46,51].

En effet, il apparaît comme étant difficile pour les femmes d'avoir le choix, leur déclenchement étant médicalement nécessaire pour leur bien-être et celui de l'enfant, ce qui est souvent déploré dans les commentaires aux questions ouvertes. Cela met en évidence le fait que l'information pour ces femmes n'ait pas été optimale quant aux options s'offrant à elles et le peu d'alternatives scientifiquement prouvées comme étant efficaces pour déclencher le travail.

Ces résultats nous permettent également de nous interroger sur l'influence d'une proposition de décollement des membranes lorsque cela est possible sur la satisfaction et le sentiment d'implication, car cela pourrait donner un sentiment de choix aux femmes. En effet, conformément aux recommandations de la HAS : « un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé (grade A) », même s'il apparaît comme étant difficile compte tenu du col immature des femmes de l'étude. Ce facteur n'ayant pas été pris en compte dans l'étude, son influence ne reste qu'une hypothèse pour permettre l'amélioration de la satisfaction [18].

De la même manière, nous pouvons nous interroger sur la place de la proposition de ballonnet pour la maturation cervicale comme alternative aux moyens médicamenteux, leur laissant ainsi le choix et améliorant peut-être leur sentiment d'implication dans les décisions. De plus, *Boyon et al* en arrivent à la conclusion que, outre l'efficacité identique aux prostaglandines, ce dernier pourrait être plus confortable pour les patientes et favoriserait la satisfaction des femmes. Néanmoins, ce moyen étant encore à l'étude, il ne fait pas partie pour l'instant des recommandations françaises [52].

Cela démontre également que les études sur les méthodes alternatives telles que l'acupuncture devraient être poursuivies afin d'offrir plus de choix aux femmes si ces dernières s'avéraient efficaces et sûres [18,25].

Quant au fait que les femmes aient été parfaitement accueillies, que le personnel se soit montré présent et ait répondu clairement aux questions des femmes, cela a influencé de manière significativement faible la satisfaction générale des femmes.

Le temps d'attente entre l'arrivée et la mise en place du dispositif a été selon les femmes plutôt long car on retrouve un score de 3,0 [2,0 - 4,0]. Il semble néanmoins significativement n'avoir que très peu d'influence sur la satisfaction générale de la prise en charge. Nous pouvons nous douter que ce temps était plus long pour les femmes ayant eu un temps d'expectative avant leur déclenchement, notamment lorsque ces dernières étaient déclenchées pour rupture prématurée des membranes, ce qui confirme que cette attente n'a pas de lien avec la satisfaction car nous ne retrouvons pas de différence significative de la satisfaction générale en présence ou non d'un temps d'expectative.

Les femmes ont tout de même insisté sur le fait que, lorsqu'elles n'étaient pas tout à fait satisfaites de leur accompagnement, elles déplorait des visites trop peu fréquentes et un personnel pas assez présent sur le plan psychologique. Cependant, cela aurait été intéressant pour évaluer cet axe de le mettre en lien avec l'activité du service au moment de leur déclenchement, pouvant influencer la disponibilité du personnel.

De plus, la concertation inter-professionnelle apparaît comme étant essentielle : en effet, si les bienfaits d'un soutien continu par la même personne ont été démontrés dans plusieurs pays, cela ne paraît pour l'instant pas possible en France compte tenu du temps de travail de la sage-femme imposant, lorsque le déclenchement est long, un changement d'équipe. En revanche, limiter les informations contradictoires dans l'accompagnement est réalisable par concertation entre les équipes et fait partie intégrante d'un accompagnement satisfaisant et d'une amélioration de la sensation de contrôle de la femme [9].

VII- La satisfaction de la prise en charge de la douleur

Alors que 45,71% des femmes de notre étude se décrivaient comme étant douloureuses pendant leur déclenchement artificiel du travail, et malgré le fait que les femmes déplorait un manque d'informations concernant l'intensité des contractions en cas de déclenchement artificiel et la douleur qui en découle, nous avons obtenu un score de satisfaction plutôt élevé quant à la prise en charge de leur douleur, de 4,0 [4,0 – 5,0], démontrant ainsi que même si ce score n'est pas maximal, moins d'un quart des femmes n'étaient pas satisfaites de cette dernière.

On remarque notamment que la plupart des femmes ont eu plusieurs moyens de prise en charge de leur douleur qui leur ont été proposés, ce qui a induit le fait qu'une évaluation de la satisfaction selon le moyen de prise en charge ne s'avérait pas faisable.

En parallèle, on retrouve dans l'enquête nationale périnatale de 2016 88,3% des femmes qui étaient plutôt satisfaites voire très satisfaites de la méthode reçue pour gérer la douleur et les contractions. Même si la position neutre n'a pas été évaluée dans l'enquête nationale périnatale, si on met cette question en lien avec le fait que les femmes

aient décrit un score de « prise en charge adaptée de la douleur » de 4,0 [4,0 – 5,0], nous en déduisons le fait que moins d'un quart des femmes de notre étude n'étaient pas ou peu en accord avec cela, ce qui laisse penser que les méthodes proposées par les équipes médicales françaises pour gérer la douleur et les contractions semblent adaptées, même si l'enquête nationale ne s'est pas intéressée spécifiquement au déclenchement artificiel du travail [3].

Concernant le paramètre de la satisfaction de la prise en charge de la douleur, l'évaluation et l'écoute étaient les plus significativement en lien avec leur satisfaction générale, ce qui montre une fois de plus l'importance de l'accompagnement par un personnel attentif aux besoins des femmes. Cette évaluation et cette écoute de la douleur ainsi que sa prise en charge étant laissée au libre choix des sages-femmes, cela montre une fois de plus un rôle déterminant de ces dernières dans la prise en charge du déclenchement des femmes.

D'après les questions ouvertes, ce qui paraît en revanche influencer négativement la satisfaction de cette prise en charge était le temps d'attente avant d'être écoutée et soulagée, qui n'a pas été relevé dans l'étude et où la connaissance de la charge de travail au moment de leur déclenchement aurait pu être informatif sur la disponibilité du personnel. Cela peut, une fois de plus, être mis en lien avec le fait qu'un soutien continu pourrait permettre de limiter ce temps d'attente comme décrit par *Jones et al* et améliorerait donc la satisfaction. Cependant, compte tenu des limites françaises, nous pouvons penser que des visites plus fréquentes des sages-femmes, comme déplorées également par les femmes, pourraient permettre de palier à ce mécontentement des femmes. Il serait également opportun de connaître l'avis des sages-femmes sur leur disponibilité pour accompagner au mieux les femmes dans ce contexte et sur les points qu'il pourrait être intéressant de développer pour améliorer cela [9].

Enfin, même si une relation faible a pu significativement être mise en avant entre la satisfaction de la prise en charge de la douleur et la satisfaction générale de la prise en charge du déclenchement artificiel par prostaglandines E2, on peut noter que parmi tous les paramètres évalués (satisfaction de l'information, de l'accompagnement et de la prise en charge de la douleur), la satisfaction de la prise en charge de la douleur est le paramètre

semblant avoir le moins d'influence sur la satisfaction générale de la prise en charge : nous avons obtenu une corrélation faible, contre une corrélation modérée pour les autres paramètres globaux. Cela est similaire à la conclusion d'une revue systématique de *Hodnett et al* qui affirme que l'influence de la douleur et de son soulagement n'est pas aussi évidente et aussi puissante que le comportement et l'accompagnement des soignants sur la satisfaction de la femme lors de la naissance [53].

Aussi, une prise en charge psychologique de la femme lors d'un déclenchement par prostaglandines E2 par le biais de l'information et de l'accompagnement semble primer sur la prise en charge physique de cette dernière.

Conclusion

Dans notre étude, les femmes se sont révélées plutôt satisfaites de la prise en charge de leur déclenchement par prostaglandines E2. Cependant, leur score de satisfaction n'étant pas maximal, il a été mis en relief quelques points dépendants de la prise en charge par l'équipe médicale pouvant permettre de l'optimiser. En effet, si l'issue de l'accouchement est un facteur influençant la satisfaction générale mais sur lequel l'équipe médicale peut difficilement agir, l'information, l'accompagnement ainsi que la prise en charge de la douleur sont quant à eux modulables en les adaptant aux besoins des femmes.

Nous avons pu remarquer que l'accompagnement par l'équipe médicale, qui s'est avéré satisfaisant, tant au travers de l'information donnée que par sa présence et son écoute auprès des femmes, semble prioritaire sur le soulagement de la douleur dans son impact sur la satisfaction des femmes : la satisfaction générale des femmes tient donc plus à une prise en charge psychologique et émotionnelle que physique, dans laquelle la sage-femme joue un rôle déterminant.

Cependant, parmi les points à améliorer, nous notons qu'il serait intéressant d'évaluer l'information donnée selon les sages-femmes et les obstétriciens pour permettre de l'adapter au mieux à la réalité et aux preuves scientifiques, notamment concernant l'information sur les effets indésirables inhérents au déclenchement qui semble avoir manqué aux femmes.

En outre, l'un des paramètres qui a le plus influencé la satisfaction est l'implication de la femme dans le processus de déclenchement, ce qui laisse penser que, par exemple, trouver des alternatives au déclenchement par prostaglandines E2 afin de donner un sentiment de choix à la femme pourrait permettre d'accroître sa sensation de contrôle lors de la naissance de son enfant.

Enfin, même si l'équipe médicale a été relativement présente et attentive aux besoins des femmes, la disponibilité des sages-femmes et leur prise en charge psychologique semblent parfois avoir manqué. Aussi, compte tenu de leur rôle clef dans la prise en charge des femmes déclenchées par prostaglandines E2, une enquête auprès des sages-femmes concernant leur vision de cette prise en charge pourrait également permettre de dégager des axes à mettre en place pour améliorer la satisfaction des femmes, et n'a, à ce jour, jamais été réalisée.

Bibliographie

1. Ricbourg A, Brugier C, Mezzadri M, Desfeux P, Delpech Y, Madzou S, et al. Déclenchement artificiel et direction du travail. EMC, Obstétrique [Internet]. 2012 [cité 16 oct 2017];5-049-D-28:1-17. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/694102>
2. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J, Corbett T, Leduc D, et al. Déclenchement artificiel du travail. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2013 [cité 4 avr 2018];35(9):858-63. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30843-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30843-4)
3. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Direction de la recherche des études des évaluations et des statistiques (DREES). Les naissances et les établissements : situation et évolution depuis 2010, enquête nationale périnatale, rapport 2016 [Internet]. epopé-inserm.fr. 2017 [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
4. Ryan R, McCarthy F. Induction of labour. Obstet Gynaecol Reprod Med [Internet]. 2016 [cité 6 avr 2018];26(10):304-10. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogrm.2016.07.005>
5. Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. JORF n°98 (1996).
6. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth : Systematic review. Midwifery. 2017;55:103-12.
7. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. Midwifery. 2002;18(4):260-7.
8. Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2005;123(1):56-61.
9. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour : an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [cité 8 avr 2018];3(CD009234):1-163. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
10. Fleming SE, Donovan-Batson C, Burduli E, Barbosa-Leiker C, Hollins Martin CJ, Martin CR. Birth Satisfaction Scale/Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS/BSS-R) : A large scale United States planned home birth and birth centre survey. Midwifery. 2016;41:9-15.

11. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF). Les compétences des sages-femmes [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2015 [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>
12. Beckmann M, Thompson R, Miller Y, Prosser SJ, Flenady V, Kumar S. Measuring women's experience of induction of labor using prostaglandin vaginal gel. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;210:189-95.
13. Ceccaldi P-F, Lamau M-C, Pujade O, Mougel L, Ducarme G, Davitian C, et al. Physiologie du déclenchement spontané du travail. EMC, Obstétrique [Internet]. 2013 [cité 27 oct 2017];5-049-D-22:1-12. Disponible sur: <https://www.em-premium.com/article/767449>
14. Lansac J, Descamps P, Goffinet F, Benachi A, Benoist G, Beucher G, et al., éditeurs. Mécanisme de déclenchement spontané. In: *Pratique de l'accouchement*. 6e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 10-1.
15. World Health Organization (WHO). Recommendations for induction of labour [Internet]. Geneve: WHO; 2011 [cité 2 avr 2018]. Disponible sur: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241501156/en/
16. Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 [cité 4 avr 2018];6(CD003101):1-398. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003101.pub3>
17. Lansac J, Descamps P, Goffinet F, Benachi A, Benoist G, Beucher G, et al., éditeurs. Déclenchement artificiel du travail. In: *Pratique de l'accouchement*. 6e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 337-44.
18. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations pour le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2008 [cité 4 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668174/fr/recommandation-declenchement-artificiel-du-travail
19. Goffinet F, Dreyfus M, Carbonne B, Magnin G, Cabrol D. Enquête des pratiques de maturation du col et de déclenchement du travail en France. *La Revue Sage-Femme*. 2004;3(1):32-40.
20. Boyon C, Deruelle P. Déclenchement du travail : facteurs d'échec, morbidité maternelle et foetale. *La Lettre du gynécologue*. 2011;(366):20-26.
21. Bishop EH. Pelvic Scoring for Elective Induction. *Obstet Gynecol*. 1964;24(2):266.
22. Crane JMG. Factors Predicting Labor Induction Success : A Critical Analysis. *Clin Obstet Gynecol*. 2006;49(3):573.

23. Vaknin Z, Kurzweil Y, Sherman D. Foley catheter balloon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction : a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(5):418-29.
24. Jozwiak M, Rengerink KO, Benthem M, van Beek E, Dijksterhuis MG, de Graaf IM, et al. Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term : an open-label, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2011;378(9809):2095-103.
25. Smith CA, Armour M, Dahlen HG. Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [cité 10 mars 2019];10(CD-002962):1-129. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002962.pub4>
26. Alfirevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2009 [cité 5 avr 2018];4(CD003246):1-322. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003246.pub2>
27. Barbitch MP, Gnisci A, Marcelli M, Capelle M, Guidicelli B, Cravello L, et al. Maturation cervicale à terme par utilisation répétée du dispositif intravaginal de dinoprostone. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013;41(6):346-50.
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Inducing labour : clinical guideline [Internet]. nice.org.uk. 2008 [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://nice.org.uk/guidance/cg70>
29. Harper LM, Caughey AB, Odibo AO, Roehl KA, Zhao Q, Cahill AG. Normal Progress of Induced Labor. *Obstet Gynecol*. 2012;119(6):1113-8.
30. Bel S, Gaudineau A, Zornotti L, Sananes N, Fritz G, Langer B. Enquête sur les pratiques de maturation cervicale en France. *Gynecol Obstet Fertil*. 2014;42(5):301-5.
31. 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. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2005;34(1):62-8.
32. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Code de la santé publique (2002).
33. CNOSF. Droit des patients [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2015 [cité 6 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/vos-droits/droit-des-patients/>
34. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2005 [cité 7 avr 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_268522/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes-recommandations

35. Cooper M, Warland J. Improving women's knowledge of prostaglandin induction of labour through the use of information brochures. *Women Birth*. 2011;24(4):156-64.
36. Société Française d'Etude et du Traitement de la douleur (SFETD). La douleur [Internet]. [sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org). 2016 [cité 7 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur>
37. Pottecher J, Benhamou D. Douleur et analgésie obstétricales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2004;33(3):179-91.
38. HAS. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée : argumentaire [Internet]. [has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). 2008 [cité 11 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_668178/fr/argumentaire-declenchement-artificiel-du-travail
39. CNOSF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2010. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
40. Robert P. Satisfaction : définition. In: *Le Petit Robert*. Paris: Le Robert; 2015. p. 2312.
41. Gatward H, Simpson M, Woodhart L, Stainton MC. Women's experiences of being induced for post-date pregnancy. *Women Birth*. 2010;23(1):3-9.
42. Sullivan GM, Artino AR. Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *J Grad Med Educ* [Internet]. 2013 [cité 10 mars 2019];5(4):541-2. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
43. Redshaw M. Women as consumers of maternity care : measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*. 2008;35(1):73-76.
44. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget, BN FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariant analysis of maternal satisfaction. *Midwifery*. 2016;41:68-78.
45. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. Traduction et validation en langue française d'une échelle multidimensionnelle évaluant le degré de satisfaction lors de l'accouchement. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2010;58(1):13-22.
46. Schwarz C, Gross MM, Heusser P, Berger B. Women's perceptions of induction of labour outcomes : Results of an online-survey in Germany. *Midwifery*. 2016;35:3-10.
47. Bourdillon F, Tézenas du Montcel S, Collin E, Coutaux A, Lébeaupin E, Cesselin F, et al. Determinants of patient satisfaction regarding pain care. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2012;60(6):455-62.

48. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The labour agency scale: Psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health*. 1987;10(5):301-10.
49. Spaich S, Welzel G, Berlit S, Temerinac D, Tuschy B, Sütterlin M, et al. Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;170(2):401-6.
50. CNOSF. La formation continue : le DPC [Internet]. [ordre-sages-femmes.fr](http://www.ordre-sages-femmes.fr). 2018 [cité 3 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
51. Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*. 2019;69:17-28.
52. Boyon C, Monsarrat N, Clouqueur E, Deruelle P. Maturation cervicale : y a-t-il un avantage à utiliser un double ballonnet pour le déclenchement du travail ? *Gynecol Obstet Fertil*. 2014;42(10):674-80.
53. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5, Supplement):S160-72.

Annexes

Annexe I : Tableau présentant le 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 fœtale 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) |

**EVALUATION DE LA SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE
DES FEMMES DECLENCHEES PAR PROSTAGLANDINES E2**

Par étudiante sage-femme (5^{ème} année), sous la direction de Mme
Sage-femme.

I- L'information

1. Pendant cette grossesse, à quel moment le personnel médical (sage-femme, médecin, interne, étudiant sage-femme) vous a-t-il informé pour la première fois de la possibilité d'avoir recours à un déclenchement artificiel ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pendant une consultation de grossesse avec une sage-femme | <input type="checkbox"/> Pendant un cours de préparation à la naissance et à la parentalité |
| <input type="checkbox"/> Pendant une consultation de grossesse avec un médecin/interne | <input type="checkbox"/> Au moment de la décision |
| <input type="checkbox"/> A mon rendez-vous de fin de grossesse | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| | <input type="checkbox"/> Autre (complétez) : ... |

2. Ce moment vous a-t-il semblé :

- Trop tôt Le bon moment Trop tard Je ne sais pas

3. Pour quelle raison avez-vous été déclenchée ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dépassement de terme | <input type="checkbox"/> Retard de croissance fœtale | <input type="checkbox"/> Diminution des mouvements fœtaux |
| <input type="checkbox"/> Rupture des membranes | <input type="checkbox"/> Anomalie à l'échographie (quantité de liquide, bien être fœtal...) | <input type="checkbox"/> Grossesse gémellaire |
| <input type="checkbox"/> Diabète | | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> Cholestase gravidique | <input type="checkbox"/> « Gros » bébé estimé | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle ou pré-éclampsie | | |

4. Considérez-vous que le motif de déclenchement artificiel ainsi que les risques de la poursuite de la grossesse vous aient-été clairement expliqués ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

5. Considérez-vous que les effets indésirables d'un déclenchement artificiel du travail vous aient-été clairement expliqués ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

6. Considérez-vous que votre accord vous ait-été demandé pour mettre en place le déclenchement ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

N° d'anonymat :

7. Considérez-vous que la méthode de déclenchement artificiel vous ait-été clairement expliquée ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

8. Considérez-vous que la surveillance nécessaire après la pose du dispositif (tampon et/ou gel) vous-ait-été clairement expliquée ? (monitoring, examens vaginaux non systématiques)

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

9. Considérez-vous que l'information reçue sur le déclenchement artificiel ait-été adaptée à la réalité ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

10. Globalement, concernant l'information qui vous a été donnée, êtes-vous :

- Pas du tout satisfaite Peu satisfaite Ni satisfaite, ni insatisfaite Plutôt satisfaite Tout à fait satisfaite

11. Si vous n'êtes pas tout à fait satisfaite de l'information reçue, quel est selon vous le point à améliorer ? (réponse libre)

.....
.....
.....

II- L'accueil et l'accompagnement

12. A votre arrivée, considérez-vous que vous ayez été bien accueillie ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

13. Le délai entre votre arrivée et la mise en place du dispositif vous a-t-il semblé :

- Très long Plutôt long Ni long, ni court Plutôt court Très court

14. Etiez-vous accompagnée ?

- Oui, par mon conjoint Oui, par un membre de ma famille Oui, par un(e) ami(e) Non, j'ai été seule pendant mon déclenchement

N° d'anonymat :

15. Considérez-vous que votre accompagnant ait-été suffisamment impliqué par l'équipe médicale ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait
 Je n'avais pas de partenaire présent

16. Considérez-vous que le personnel ait été présent et attentif à vos souhaits et besoins ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

17. Considérez-vous que le personnel ait répondu clairement à vos questions ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

18. Le vocabulaire employé vous a-t-il semblé compréhensible ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

19. Vous êtes-vous sentie impliquée dans les décisions de prise en charge de votre déclenchement ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

20. Globalement, concernant l'accompagnement, êtes-vous :

- Pas du tout satisfaite Peu satisfaite Ni satisfaite, ni insatisfaite Plutôt satisfaite Tout à fait satisfaite

21. Si vous n'êtes pas tout à fait satisfaite de l'accompagnement, quel est selon vous le point à améliorer ? (réponse libre)

.....
.....
.....

III- La prise en charge de la douleur

22. Considérez-vous que votre douleur ait-été suffisamment évaluée ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

23. Votre douleur a-t-elle été écoutée et prise en charge par la sage-femme ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

24. Quelle prise en charge de votre douleur vous a été proposée ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Respiration | <input type="checkbox"/> Bain | <input type="checkbox"/> Massages |
| <input type="checkbox"/> Médicamenteuse (péridurale, gaz hilarant, morphiniques...) | <input type="checkbox"/> Ballon <input type="checkbox"/> Positions/postures | <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Autre : |

25. Cette dernière vous a-t-elle semblée adaptée ?

- Non pas du tout Plutôt non Ni oui, ni non Plutôt oui Oui tout à fait

26. Globalement, concernant la prise en charge de votre douleur, êtes-vous :

- Pas du tout satisfaite Peu satisfaite Ni satisfaite, ni insatisfaite Plutôt satisfaite Tout à fait satisfaite

27. Si vous n'êtes pas tout à fait satisfaite de la prise en charge de votre douleur, quel est selon vous le point à améliorer ? (Réponse libre)

.....
.....
.....

IV- Le déclenchement global

28. Globalement, concernant la prise en charge de votre déclenchement, êtes-vous :

- Pas du tout satisfaite Peu satisfaite Ni satisfaite, ni insatisfaite Plutôt satisfaite Tout à fait satisfaite

29. Quel(s) est (sont) selon vous, le(s) point(s) à améliorer ? Avez-vous des remarques ?

.....
.....
.....

30. Choisissez les 3 adjectifs qui qualifient au mieux votre ressenti pendant le déclenchement :

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Encouragée | <input type="checkbox"/> Passive | <input type="checkbox"/> Sereine |
| <input type="checkbox"/> Angoissée | <input type="checkbox"/> Seule | <input type="checkbox"/> Dépendante |
| <input type="checkbox"/> Dououreuse | <input type="checkbox"/> Soulagée | <input type="checkbox"/> Epuisée |
| <input type="checkbox"/> Accompagnée | <input type="checkbox"/> Impliquée | <input type="checkbox"/> Détendue |
| <input type="checkbox"/> Déçue | <input type="checkbox"/> Démunie | <input type="checkbox"/> Autre : |
| <input type="checkbox"/> Compétente | <input type="checkbox"/> Active | |

Annexe III : Masque de recueil de données

N° d'anonymat :

RECUEIL DE DONNEES

1. Nombre de jour d'hospitalisation en suite de couches au moment de la distribution du questionnaire :
2. Age :
3. Mode de vie :
 seule en couple non renseigné
4. Origine géographique
 France métropolitaine Afrique subsaharienne
 DOM/TOM Asie mineure
 Europe du nord Asie
 Europe du sud Autre
 Afrique du nord
5. Niveau d'études :
 Non scolarisée
 Primaire
 Collège, CAP et BEP
 Lycée
 Enseignement supérieur
 Non renseigné
6. Catégorie socio-professionnelle :
 Agriculteurs, exploitants
 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
 Cadres et professions intellectuelles supérieures
 Professions intermédiaires
 Employés
 Ouvriers
 Sans activité professionnelle (étudiant, RSA...)
 Non renseigné
7. Gestité :
Parité :
8. Antécédent de déclenchement :
 Oui Non Non renseigné

N° d'anonymat :

9. Motif du déclenchement :

- Terme dépassé
- Rupture prématurée des membranes
- Diabète
- Cholestase gravidique
- Hypertension artérielle ou pré-éclampsie
- Retard de croissance intra-utérin / Petit poids pour l'âge gestationnel
- Altération du bien être fœtal
- Diminution des mouvements fœtaux
- Grossesse gémellaire
- Choix de la patiente
- Autre :

10. Le motif du déclenchement renseigné dans le dossier était il le même que celui décrit par la femme dans le questionnaire ?

- Oui Non

11. Age gestationnel au moment du déclenchement (en SA) :

- Entre 37 et 37+6
- Entre 38 et 38+6
- Entre 39 et 39+6
- Entre 40 et 40+6
- Entre 41 et 41+6
- 42 ou plus

12. Expectative avant le déclenchement ?

- Oui Non

13. Score de bishop :

14. Déclenchement par :

- Tampon uniquement Gel uniquement Tampon et gel

15. Nombre de tampons :

16. Nombre de gels :

17. Utilisation d'un ballonnet pendant le déclenchement :

- Oui Non

N° d'anonymat :

18. Date et heure de mise en place du premier dispositif de déclenchement : (JJ/MM/AA et HH:MM)

19. Date et heure d'accouchement : (JJ/MM/AA et HH:MM)

20. Date et heure de prise en charge du travail (passage en salle de naissance) : (JJ/MM/AA et HH:MM)

21. Analgésie péridurale :

Oui

Non

22. Issue de l'accouchement :

Accouchement par voie basse spontanée

Accouchement par voie basse instrumentale

Accouchement par césarienne en urgence pendant le travail

Accouchement par césarienne pour échec de déclenchement

Calcul à partir des données rentrées dans le questionnaire de :

- la durée entre la mise en place du dispositif et l'accouchement
- la durée entre la mise en place du dispositif et la prise en charge du travail
- la durée entre la prise en charge du travail et l'accouchement

Annexe IV : lettre d'information

Numéro d'anonymat :

LETTRE D'INFORMATION

LE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL PAR PROSTAGLANDINES E2 : SATISFACTION DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES

Investigateurs :

- ' étudiante sage-femme à
 - sous la direction de Madame , Sage-femme
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à me contacter par mail :

Madame, Monsieur,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "Déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2 : satisfaction de la prise en charge des femmes".

Une étude sur le déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2 : satisfaction de la prise en charge des femmes, est engagée au sein de la maternité du . Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame , sage-femme.

1. Pourquoi cette étude

Cette étude a pour objectif d'évaluer la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2, et de mettre en place, si nécessaire, des outils afin de l'améliorer.

2. L'étude en pratique

Pour cela, un questionnaire est distribué aux femmes ayant eu recours à un déclenchement artificiel du travail par prostaglandines E2 durant leur séjour à la maternité du CH de . En parallèle, un recueil de données non identifiantes est réalisé sur votre dossier informatique.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions du Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

Conformément au RGPD et à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée (par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018), vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à

Numéro d'anonymat :

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter le responsable principal pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : . étudiant(e) sage-femme :

Pour toute question relative la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données,

RESUME

Introduction : En France, lors d'une indication de déclenchement artificiel, les prostaglandines E2 sont recommandées en première intention, pourtant elles semblent influencer négativement le vécu de la naissance.

Objectifs : Evaluer la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de leur déclenchement par prostaglandines E2 et décrire les paramètres influençant positivement leur satisfaction afin de l'optimiser.

Population et méthode : Etude épidémiologique descriptive transversale auprès de 105 femmes déclenchées par prostaglandines E2 dans une maternité de type III, à l'aide de questionnaires.

Résultats : Le score de satisfaction général était de 4,0 [4,0 - 5,0]. L'information et l'accompagnement avaient un impact significativement modéré sur la satisfaction générale, alors que celui de la prise en charge de la douleur était significativement faible. L'adaptation de l'information à la réalité et l'implication des femmes, ainsi que la disponibilité des sages-femmes semblaient être les points clefs de cette satisfaction.

Discussion : Pour optimiser cette satisfaction, il paraît nécessaire d'évaluer l'information donnée aux femmes selon le personnel médical et de l'adapter si besoin aux données scientifiques mais aussi d'étudier l'efficacité d'alternatives afin d'accroître le sentiment d'implication des femmes. Connaître la vision des sages-femmes sur cette prise en charge pourrait aussi permettre de dégager des axes d'amélioration.

Conclusion : Les femmes étaient satisfaites de la prise en charge de leur déclenchement, mais des études supplémentaires pourraient permettre d'améliorer le vécu de la naissance de leur enfant dans le contexte d'un déclenchement, où la prise en charge psychologique par la sage-femme semble primer sur la prise en charge physique.

Mots clefs : déclenchement artificiel ; prise en charge ; satisfaction ; prostaglandines E2 ; sage-femme

ABSTRACT

Introduction : In France, prostaglandins E2 are the first recommended method when an induction of labour is needed, while it seems to negatively influence the experience of birth.

Objectives : To evaluate the satisfaction of women about the management of their induction of labour by prostaglandins E2, and to deduce items that can positively influence it, in order to improve satisfaction.

Population and method : A descriptive transversal survey was realized thanks to questionnaires given to 105 women who experienced an induction of labour by prostaglandins E2 in a type III maternity.

Results : The general satisfaction score was 4,0 [4,0 - 5,0]. The information and the support they received had a significant moderate impact on their general satisfaction, whereas the link between general satisfaction and the satisfaction with the management of the pain was poor. An information adapted to reality, the involvement of women such as midwives' availability looked like being key items on general satisfaction.

Discussion : To improve this satisfaction, it is necessary to evaluate the information given to women according to medical caregivers and to adjust it to evidence based medicine and midwifery; such as to study the efficiency of alternatives with the intention of improving women's feeling of involvement. Knowing the vision of midwives about that management should allow to develop ideas in order to improve women's satisfaction.

Conclusion : Women were satisfied about the management of their induction of labour, but further studies should help to improve the experience of birth in a context of induction, where the psychological management by midwives seems to take precedence over physical management.

Key-words : induction of labour ; prostaglandins E2 ; satisfaction ; midwife ; management