



HAL
open science

Vécu des femmes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf : analyse qualitative menée auprès de huit femmes en Occitanie

Manon Poujade

► To cite this version:

Manon Poujade. Vécu des femmes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf : analyse qualitative menée auprès de huit femmes en Occitanie. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03455062

HAL Id: dumas-03455062

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03455062>

Submitted on 29 Nov 2021

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.

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

<p>VECU DES FEMMES CONCERNANT LE DECOLLEMENT DU POLE INFERIEUR DE L'ŒUF</p>
--

Analyse qualitative menée auprès de huit femmes en Occitanie

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

POUJADE Manon

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

<p>VECU DES FEMMES CONCERNANT LE DECOLLEMENT DU POLE INFERIEUR DE L'ŒUF</p>
--

Analyse qualitative menée auprès de huit femmes en Occitanie

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

POUJADE Manon

DIPLOME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2021

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser mes remerciements, à toutes les personnes qui m'ont aidé, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie tout d'abord Mme Chloé DESMARTIN, sage-femme coordinatrice en GHR, directrice de mémoire, pour son aide et ses conseils avisés.

Je remercie Mme Inès PARAYRE, sage-femme enseignante, co-directrice de mémoire, de m'avoir guidée dans la méthodologie et la réalisation de ce mémoire. Merci pour sa réactivité et sa disponibilité.

Merci à l'équipe pédagogique de l'école, pour la transmission de leur savoir durant ces quatre années d'étude.

Merci aux sages-femmes ayant contribué à la réalisation de ce mémoire et en particulier, Mme Nathalie DUGAST, sage-femme libérale, pour sa gentillesse, son dévouement et ces précieux enseignements. Un parcours professionnel qui me laisse admirative et me sert d'exemple.

Merci aux femmes ayant accepté de participer à mon mémoire.

Je remercie mes amies pour leur soutien tout au long de mes études, pour tous les moments partagés et tous ceux qui sont à venir.

Enfin, je remercie ma famille ainsi que mon conjoint pour leur présence et leur soutien sans faille depuis toutes ces années.

ABRÉVIATIONS

APD : Analgésie Péridurale

AVB : Accouchement Voie Basse

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CSP : Code de la Santé Publique

DPIO : Décollement du Pôle Inférieur de l'Œuf

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EVA : Echelle Visuelle Analogique

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

SFL : Sage-Femme Libérale

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
INTRODUCTION	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE	4
I. LE DÉCOLLEMENT DES MEMBRANES	5
II. LA SATISFACTION	15
III. ÉTAT DES LIEUX	19
POPULATION ET MÉTHODE	23
I. POPULATION	24
1. Description de l'échantillon de l'étude	24
2. Modalités de recrutement	24
II. MÉTHODE	25
1. Type d'étude	25
2. Rappel des objectifs	25
3. Le mode de recueil des données	25
4. Le déroulement de l'étude	26
5. Le mode d'analyse des données	26
6. Les aspects éthiques et réglementaires	27
RÉSULTATS	29
I. DESCRIPTION DE LA POPULATION	30
II. VÉCU ET DÉROULEMENT DU GESTE	31
1. Ressenties lors du geste	31
2. Sentiments d'utilité et d'efficacité du geste	32
3. Attentes des patientes	32
III. DÉTERMINANTS DE LA SATISFACTION DES PATIENTES	34
1. Suivi global et continuité du suivi proposé par la sage-femme	34
2. Qualité de l'accès à l'information	36
3. Etre patient-acteur	39
4. Importance de l'expérience positive passée sur le DPIO	40
5. Qualité et influence de l'entourage familial ou de l'accès à l'éducation au sujet du DPIO	40
6. Le DPIO : une alternative aux thérapeutiques	41
DISCUSSION	42
I. RAPPELS ET ATTEINTES DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	43
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE	43
III. ANALYSE DES RÉSULTATS	45
1. Les attentes des femmes concernant le DPIO	45
2. Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le DPIO	46
3. Le moment de l'information à propos du DPIO	49
4. Les informations délivrées à propos du DPIO	51
IV. PROJET D'ACTION	52
CONCLUSION	54
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

INTRODUCTION

Le déclenchement artificiel du travail est défini comme toute intervention médicale visant à provoquer la naissance par voie vaginale, en induisant de manière artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée, entraînant l'effacement et la dilation du col utérin. Il peut être envisagé soit pour une indication médicale maternelle et/ou fœtale, soit pour une cause non médicale, également appelé « déclenchement de convenance » (1,2).

D'après la dernière enquête nationale périnatale française réalisée par l'INSERM, plus d'une femme sur cinq bénéficie d'un déclenchement artificiel du travail (22%), ce qui en fait l'une des interventions obstétricales les plus courantes. Les femmes sont de plus en plus soucieuses d'une diminution de la médicalisation de leur accouchement. Aussi, la pratique du décollement des membranes peut représenter une solution alternative envisageable afin de réduire le recours aux méthodes thérapeutiques de déclenchement (2,3).

Aux vues de ces données, il paraît important d'évaluer la satisfaction des femmes concernant ce geste, qui est décrit comme tel depuis le XIX^{ème} siècle, afin de proposer des pistes d'amélioration de leur satisfaction vis-à-vis de celui-ci.

Dans ce travail de recherche, il a été choisi de s'entretenir avec les patientes pour recueillir au plus juste le ressenti de leur expérience de décollement du pôle inférieur de l'œuf. L'objectif principal de cette étude qualitative, descriptive et interprétative était d'évaluer la satisfaction maternelle concernant le décollement des membranes au sein d'un échantillon de huit mères de la région Occitanie. Les objectifs secondaires étaient de connaître les déterminants de cette satisfaction ainsi que de décrire les attentes maternelles par rapport au décollement des membranes.

Afin de répondre à ces interrogations, une revue de la littérature a été réalisée afin d'aborder successivement quelques généralités sur le décollement des membranes, les données historiques, les recommandations en pratique clinique ainsi que l'état des lieux sur la pratique du DPIO. Dans un deuxième temps, la méthode et les résultats obtenus ont été présentés. Enfin, les données recueillies ont été discutées et comparées aux données de la littérature à notre disposition.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. LE DÉCOLLEMENT DES MEMBRANES

1. Définition du décollement des membranes

Tout d'abord, la technique du décollement des membranes, consiste, lors d'un toucher vaginal, à insérer l'index le plus loin possible dans l'orifice intra-cervical et à séparer les membranes amniotiques du segment inférieur par un ou plusieurs mouvements circulaires de 360°. Ainsi, la pratique du décollement des membranes requiert une dilatation minimale du col utérin afin que l'examineur puisse insérer son doigt à travers celui-ci. Si cette dilatation du col le permet, l'examineur peut tout à fait effectuer le décollement à l'aide de ses deux doigts (index et majeur) (4,5).

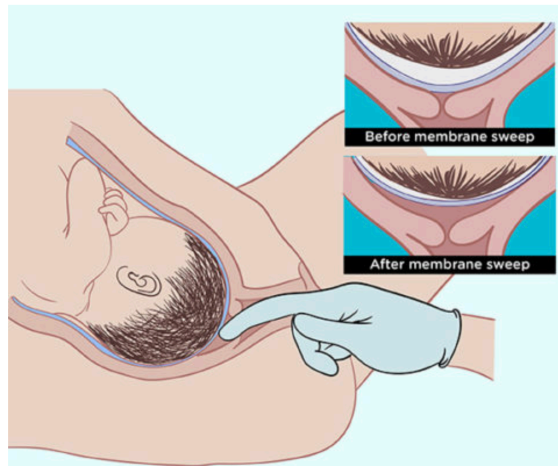


Figure 1: What is the membrane sweep ?, Mom Junction, Shreeja Pillai, Janvier 2020.

Il est bien évident que cette technique n'est réalisable que si le col de l'utérus est ouvert sur toute la longueur, c'est-à-dire à la fois au niveau de l'orifice externe et interne.

Ce geste est également appelé décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO) ou encore balayage des membranes, hors hexagone.

2. Distinction entre décollement des membranes et massage cervical

A la lecture de la littérature, notamment anglophone, plusieurs auteurs citent le massage cervical et le décrivent comme étant une technique de maturation du col utérin lorsque celui-ci est fermé ou ne permet pas suffisamment à l'examineur d'introduire son doigt afin de procéder au décollement des membranes. Il s'agit alors d'étirer et de masser vigoureusement le col avec le doigt. Le but étant la libération de prostaglandines afin de ramollir le col et de pouvoir y admettre un doigt. Cette technique peut être préalable au décollement des membranes (4–8).

3. Définition du réflexe de Ferguson

A la suite d'un décollement des membranes, peut se produire le réflexe de Ferguson, également appelé réflexe d'éjection fœtale. C'est un réflexe neuroendocrinien, se produisant chez les mammifères, que P. Raynal et E. Houdeau décrivent chez la brebis (9). Il comprend le cycle autosuffisant de contractions utérines initiées par une pression au niveau du col ou des parois vaginales. En effet, lors de l'application d'une pression à l'extrémité interne du col de l'utérus, l'ocytocine, hormone agissant principalement sur la contraction des muscles lisses utérins lors du travail, est libérée et entraîne ainsi une augmentation des protéines contractiles stimulant les contractions utérines, augmentant à son tour la pression sur le col de l'utérus (qui augmente ainsi la libération d'ocytocine, etc). Cela agit donc comme un rétrocontrôle positif sur le réflexe. Celui-ci peut être déclenché notamment à la suite d'un décollement des membranes initiant alors des contractions utérines et pouvant démarrer le travail.

4. Score de Bishop

Le score de Bishop, à l'issue d'un toucher vaginal, permet de donner une idée chiffrée sur la maturation cervicale, qui peut être répété, permettant ainsi une surveillance précise de l'évolution du travail.

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)

Figure 2 : Evaluation de la maturation du col selon le score de Bishop, HAS, 2008.

Les valeurs du score vont de 0 à 13 ; si le score est supérieur ou égal à 7, le pronostic est considéré comme favorable avec un travail de moins de 4 heures chez les multipares.

Lors d'un décollement des membranes, le col doit être ouvert sur toute la longueur afin de le réaliser et ce score peut se voir nettement amélioré à la suite de ce geste.

5. Historique et mécanisme d'action du décollement des membranes

5.1 Historique du décollement

De 460 à 360 avant JC, en Grèce, des méthodes manuelles d'induction du travail furent utilisées depuis qu'Hippocrate écrivit sur la dilatation manuelle du col de l'utérus et la stimulation des mamelons.

C'est alors qu'il commença à s'effectuer une dilatation manuelle du col de l'utérus au II^{ème} siècle après JC. Ces méthodes d'induction manuelles, persistèrent en tant que méthodes d'induction du travail du II^{ème} au XVII^{ème} siècle.

C'est en 1810, en Angleterre, que la description du balayage des membranes amniotiques utilisée pour provoquer le travail, a été documentée pour la première fois par le professeur J. Hamilton (5,6). Ainsi, depuis son introduction au XIX^{ème} siècle, le décollement des membranes fait partie de la pratique obstétricale.

5.2 Découverte du mécanisme d'action

En 1977, Mitchell et al, découvrent une augmentation significative des prostaglandines F (13,14-dihydro-15-céto-prostaglandines F = PGFM) dans le plasma maternel périphérique, 5 minutes après un décollement des membranes (7).

En 1983, Keirse et al, mettent en évidence que la synthèse des prostaglandines PGFM augmente proportionnellement à la surface de membranes amniotiques décollées (8). Cette découverte fut confirmée plus tard par Kramer, en 1995 (6).

En 1993, McColgin et al mettent en évidence que le décollement entraîne une augmentation de l'activité de la phospholipase A2 et que celle-ci permet de libérer l'acide arachidonique, qui est le principal précurseur des prostaglandines. De plus, ils signalent une augmentation de l'activité contractile utérine dans les trois à quatre heures suivant le décollement (10).

Pour résumer, ces données suggèrent que le décollement des membranes entraîne une augmentation de l'activité de la phospholipases A2 par la création de lésions locales. Ces dernières sont des enzymes catalysant l'hydrolyse des phospholipides en acide arachidonique, principal précurseur des prostaglandines. Par conséquent, suite à l'altération des membranes, les phospholipases A2 viennent agir sur les cellules déciduales contenant des phospholipides, ce qui induit la synthèse de prostaglandines.

En outre, les forces de cisaillement exercées lors du décollement peuvent entraîner une dilatation mécanique du col. Ces effets combinés conduisent alors à des modifications biochimiques du col et à des contractions utérines ultérieures.

En conclusion, il semblerait qu'une augmentation de la synthèse des prostaglandines, due au décollement des membranes, peut être responsable non seulement de la contractilité utérine, mais aussi de l'induction de la maturation cervicale. Par conséquent, la libération de prostaglandines pourrait bien être le médiateur reliant ces événements et fournit une base commune pour les diverses manifestations du travail à terme (8).

5.3 Les prostaglandines

Les prostaglandines sont des hormones produites à partir de l'acide arachidonique grâce à la voie de la cyclo-oxygénase. Elles sont synthétisées dans de nombreux tissus de l'organisme notamment dans les membranes ovulaires (amnios et chorion), le placenta, l'endomètre et le myomètre. De nombreux scientifiques attribuent ainsi aux membranes un rôle capital dans le déclenchement spontané du travail par la synthèse de prostaglandines notamment PGE₂ et PGF_{2α}. Leur rôle dans la maturation cervicale et l'induction du travail a été démontré dans de nombreuses études (3–5,8,10,11) .« Ces substances sont actuellement admises comme étant la clef de voûte des modifications rencontrées dans le déclenchement spontané du travail. » (12).

6. Buts et avantages du décollement des membranes

Le décollement des membranes, de par son induction de libération de prostaglandines, a une action sur la maturation du col et l'augmentation de l'activité contractile du myomètre. En effet, il a été démontré que le décollement des membranes permet de libérer des prostaglandines endogènes ainsi que d'augmenter les niveaux de phospholipases A3 et d'ocytocine entraînant le réflexe de Ferguson. Ainsi, la fréquence des contractions utérines est augmentée après le décollement des membranes. Il a également été démontré qu'un col de l'utérus dilaté et perturbé mécaniquement après le décollement des membranes peut offrir moins de résistance à une dilatation supplémentaire pendant l'induction du travail (13).

De plus, si celui-ci a persisté comme moyen de déclenchement du travail en obstétrique moderne, c'est en partie en raison de son accessibilité et de sa rentabilité. En effet, c'est un geste facilement reproductible et il est important de tenir compte de son faible coût, car notre système de soins en santé essaie de tendre à la réduction des coûts tout en essayant de garder des stratégies efficaces et en assurant des soins de qualité avec les meilleurs résultats possibles (6). Tout d'abord, ce geste lorsqu'il est réalisable, se pratique lors d'une consultation obstétricale et ne nécessite pas d'hospitalisation. Aussi, si le décollement des membranes s'avère efficace, il permet de réaliser des économies à plusieurs niveaux : il permet effectivement de réduire la durée de la grossesse et le nombre de dépassement de terme, il permet donc de diminuer le nombre de consultations de fin

de grossesse, d'examens complémentaires associés tels que les échographies et les enregistrements du rythme cardiaque fœtal (ERCF) ainsi que de limiter les hospitalisations dans le cadre d'un déclenchement par prostaglandines ou par ocytocine qui sont des techniques plus onéreuses (11,14).

7. Indications

7.1 Déclenchement sans indication médicale

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2008 et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) de 2011, dans la grossesse prolongée et terme dépassé, « *un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé.* » La plupart du temps, les indications médicales non urgentes sont les grossesses prolongées (entre 41⁺⁰ et 41⁺⁶ SA) et les termes dépassés ($\geq 42^{+0}$ SA) (2,14).

Par ailleurs, le décollement des membranes peut être pratiqué seulement à partir de 37 semaines d'aménorrhées.

7.2 Déclenchement de convenance

« *Dans ce cas, il n'y a aucune pathologie maternelle ou fœtale justifiant de déclencher l'accouchement. Les avantages du déclenchement sont alors d'ordre social, psychologique ou organisationnel pour le couple ou pour la maternité. Un antécédent de travail rapide (< 2h) ou l'éloignement de l'hôpital peuvent aussi être des motifs pour proposer un déclenchement de convenance.* » (15).

8. Contre-indications

Il s'agit de contre-indications évidentes comme des contre-indications obstétricales à un accouchement par voie basse que ce soit d'origine maternelle, à savoir, une disproportion fœto-maternelle, un obstacle prævia ou bien d'origine fœtale comme un rythme cardiaque fœtal (RCF) pathologique, une présentation transverse ou encore un placenta prævia.

Egalement, cela peut être une contre-indication liées à des conditions locales défavorables comme le statut cervical ou une infection cervico-vaginale sévère (15).

Cependant, la technique du décollement des membranes ne présente aucune contre-indication liée à la technique elle-même comme il pourrait y avoir avec d'autres méthodes de déclenchement, mais il faut avoir en tête que, selon les recommandations de la HAS et du CNGOF, cet acte ne doit pas être utilisé pour déclencher le travail chez une patiente présentant une indication urgente de déclenchement, car il ne peut garantir une mise en travail rapide et certaine.

Le refus explicite de la patiente fait évidemment partie des contre-indications.

Par ailleurs, dans certaines situations et en l'absence d'études scientifiques prouvées, la pratique du geste est laissée à l'appréciation du professionnel de santé, notamment concernant la pratique du décollement chez des patientes présentant un utérus cicatriciel, lors d'une grossesse multiple, ou lors d'un portage chronique à streptocoque B.

9. Effets secondaires et sécurité du décollement des membranes

Lors de la réalisation du geste, il est fréquemment reporté par les patientes certains désagréments mineurs tels qu'un inconfort voire une douleur significative. Après la réalisation du geste, les patientes évoquent une grande fréquence de métrorragies ainsi que des contractions utérines irrégulières et douloureuses s'apparentant à un « faux travail ». Ces effets secondaires ont été rapportés dans les études de Boulvain. (4) C'est pourquoi il est impératif d'en informer les patientes avant la réalisation du décollement des membranes (2,16,17). Cependant, aucun désagrément maternel majeur n'a été rapporté dans les différentes études.

Le CNGOF, selon ses recommandations de 2005, précise que le décollement des membranes « *n'augmente ni le risque de rupture des membranes, ni les risques infectieux maternels et néonataux (grade B), mais ses désagréments (contractions, métrorragies, douleurs) doivent être clairement exposés et acceptés avant son éventuelle réalisation* ». En effet, selon plusieurs études, et notamment celle de la méta-analyse Cochrane (4), le

décollement des membranes ne serait pas associé à une augmentation de la morbi-mortalité maternelle et néonatale, à une augmentation du risque de césarienne, à une augmentation du recours à l'ocytocine, à l'analgésie péridurale, ni à un accouchement instrumental. Elle ne serait pas non plus associée à une augmentation du risque de rupture prématuré des membranes, d'infection ou de fièvre maternelle, ni d'infections néonatales. L'émission de méconium, le score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes et l'admission en unités de soins intensifs néonatales étaient également similaires.

Les résultats concernant certains risques étaient les suivants : rupture des membranes (RR 1.14 ; 95 % IC 0.89-1.45), infections et fièvres maternelles (RR 1.05 ; 95 % IC 0.68-1.65), infections néonatales (RR 0.92 ; 95%IC 0.30-2.82), césarienne (RR 0.90 ; 95 % IC 0.70-1.15). Ainsi, aucune différence n'a été notée entre les deux groupes (groupe décollement et groupe témoin) concernant la sécurité maternelle ou périnatale.

En outre, le décollement du pôle inférieur de l'œuf est décrit, dans plusieurs études, comme étant une méthode sûre pour réduire la durée de la grossesse à terme et l'incidence d'une gestation prolongée dans une population à faible risque. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une méthode fiable pour déclencher le travail dans un délai de 24 à 48 heures, son utilisation en obstétrique pour prévenir les naissances post-matures semble justifiée et mérite une attention particulière (6,18,19).

10. Efficacité du décollement des membranes

Encore aujourd'hui et parmi les professionnels de santé, peu connaissent l'efficacité réelle du décollement des membranes. Cette incertitude est certainement due aux contradictions que l'on peut relever dans la littérature.

Tout d'abord, dans la méta-analyse de la Cochrane datant de 2005 et regroupant 2389 femmes incluses dans 19 études comparant le décollement des membranes à l'absence d'intervention, les résultats de Boulvain sont les suivants :

- Le décollement des membranes chez les femmes à terme permet de réduire le délai entre la randomisation et le début spontané du travail ou entre la randomisation et l'accouchement, en moyenne de 3 jours. Cependant les auteurs mentionnent une

suspicion de biais de publication dû à un effet plus apparent de la réduction du délai dans les petites études par rapport aux plus grandes.

- La probabilité d'un travail spontané dans les 48h après un décollement des membranes ou d'un accouchement dans la semaine suivant le décollement augmente. La fréquence des grossesses post-terme, définies comme des grossesses se prolongeant au-delà de 41 semaines d'aménorrhées (RR 0.59 ; IC 95 % 0.46-0.74) et au-delà de 42 semaines d'aménorrhées (RR 0.28 ; IC 95 % 0.15-0.50), est diminuée, si un décollement des membranes est effectué entre 38 et 40 semaines d'aménorrhées.
- La fréquence d'utilisation d'autres méthodes d'induction du travail, chez les femmes ayant eu un décollement, est diminuée. La réduction globale du risque dans les essais disponibles était de 14%. Environ huit femmes doivent avoir un décollement des membranes pour éviter un déclenchement artificiel du travail. Les auteurs précisent que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, car une hétérogénéité importante a été trouvée dans les résultats des études (4).

En comparaison, dans l'étude menée par Crane en 1997, incluant 150 femmes randomisées, comparant un groupe ayant eu un décollement des membranes et l'autre non, les résultats obtenus sont en contradiction avec les précédents concernant le taux de mise en travail spontané puisqu'il a été mentionné que la proportion de femmes entrant spontanément en travail dans les 7 jours suivants le décollement n'était pas différente entre les deux groupes (33% dans le groupe décollement, 38% dans le groupe contrôle). Cependant, Crane met en avant le fait que ces résultats peuvent effectivement différer car la fréquence à laquelle le décollement des membranes était effectué, variait. En effet, dans son étude le décollement du pôle inférieur de l'œuf n'était fait qu'une seule fois à partir de 40 semaines d'aménorrhées, alors que dans l'étude de Berghella et al. par exemple, celui-ci a été réalisé chaque semaine dès 38 semaines d'aménorrhées. Par conséquent, il est probable qu'un décollement des membranes répété soit plus efficace qu'un décollement unique. (20).

Il en est de même pour l'étude de Wong datant de 2002, où 120 patientes ont été randomisées pour cette étude. Il s'agissait de 60 nullipares et de 60 multipares ayant acceptées de participer à l'étude, et dont 60 d'entre elles ont été affectées au groupe du décollement et les autres au groupe témoin. Le décollement avait échoué chez neuf

femmes affectées au décollement des membranes et un massage du col a été effectué. Le décollement a été involontairement effectué chez une femme randomisée dans le groupe témoin. Cette étude a donc révélé que l'intervalle entre le recrutement et l'accouchement était significativement plus court chez les femmes ayant subi un décollement des membranes (3,2 contre 4,2 jours, $P < 0,05$), tout comme dans l'étude de Boulvain. Néanmoins, une contradiction se fait remarquer : les incidences de déclenchement artificiel du travail étaient comparables (groupe décollement 35% contre groupe contrôle 38%). Il n'y avait aucune différence dans l'analyse des sous-groupes (nullipares et multipares) ou après l'exclusion des femmes dont on n'avait pas réussi à décoller les membranes (19).

Concernant l'étude de Miranda et al, en 2006, les auteurs se sont intéressées au décollement des membranes lorsque celui-ci est effectué chez les patientes ayant atteint un terme de 41SA, puisque dans la revue Cochrane, Boulvain et al, mentionnent que rien ne justifie l'utilisation systématique du décollement entre 37 et 40SA. Ainsi, dans cette étude, où 742 patientes étaient randomisées et voulant évaluer l'efficacité du décollement dans la prévention des termes dépassés chez les grossesses à bas risque, il a été démontré que le décollement des membranes a significativement réduit la proportion de grossesses post-terme : 23% chez les femmes affectées au décollement, contre 41% chez les patientes n'ayant pas eu de décollement. L'effet a été observé à la fois chez les femmes nullipares et les femmes multipares. En conclusion de cette étude, les auteurs ont mentionné : *« Même en supposant la plus faible incidence de grossesse post-terme de 4%, le balayage des membranes à 41 semaines réduira considérablement la proportion de femmes ayant une grossesse post-terme. Il s'agit d'une méthode simple et efficace qui peut être appliquée en dehors des hôpitaux dans le monde entier. »* (21).

Ainsi, il semblerait qu'au fil du temps et des études, la méthode du décollement des membranes se révèle comme étant une pratique relativement intéressante quant au déclenchement du travail, particulièrement dans la prévention des termes dépassés.

Cependant certains paramètres concernant l'efficacité, tels que la parité, le score de Bishop, la répétition du geste, restent aujourd'hui encore peu certains. En effet, la littérature ne permet pas à l'heure actuelle de savoir si ces facteurs ont une influence

avérée sur la réussite du décollement ; les auteurs de la méta-analyse Cochrane, au moment de leur conclusion, expliquent que les études futures devraient classer les participantes en fonction de l'état cervical et/ou de la parité, afin de déterminer si le décollement des membranes est plus efficace dans certains sous-groupes. Par ailleurs, la sécurité d'un décollement des membranes répété n'a pas été démontrée. Ainsi, ces risques n'ayant pas été clairement évalués, il semblerait préférable d'opter pour un décollement unique à partir de 40SA, étant donné les résultats similaires de ces études.

Par expérience, nous savons que le décollement des membranes favorise la mise en travail sans toutefois l'induire systématiquement. D'ailleurs, la HAS mentionne dans ces recommandations, que « *cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement de l'accouchement* », (2) sans pour autant fournir des données chiffrées. Cela montre combien il est difficile d'évaluer l'efficacité de cette méthode.

Pour conclure, au regard de la littérature, l'efficacité du décollement est non nulle puisque la méta-analyse de la Cochrane, notamment, lui reconnaît des effets et le CNGOF a fondé ces recommandations sur celle-ci. Cependant, même si une efficacité du décollement est admise, son utilité clinique reste controversée, puisque celle-ci est jugée incertaine et imprévisible.

II. LA SATISFACTION

1. Satisfaction maternelle

1.1 Définition

Selon le dictionnaire Larousse, la satisfaction est définie comme une « *action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance* » ou bien, un « *consentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait* » (24).

Selon la HAS, dans le rapport de l'expérience du patient de 2011, « *la satisfaction est l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore, le sentiment de bien-être qui résulte de cette action.* » (25).

La notion de satisfaction est liée à celle de qualité des soins selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.* » (25).

Ainsi, satisfaction et qualité des soins sont sans aucun doute, liées ; un patient sera satisfait si la qualité des soins obtenue est conforme à la qualité de ses attentes. La démarche qualité est l'ensemble des actions que mène un établissement pour développer la satisfaction de ses clients.

1.2 Evaluation de la satisfaction

La définition de la qualité des soins selon l'OMS, mentionnée précédemment, intégrait déjà en 1988, la notion de satisfaction du patient. Cependant, l'amélioration de la qualité des soins a longtemps été centrée sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles évalué par les professionnels. D'autres aspects, comme l'information du patient sur sa prise en charge, le soutien émotionnel ou la planification de la sortie, ainsi que les résultats pour patient étaient peu évalués jusqu'à présent.

Le plan périnatalité 2005-2007 a eu pour principaux objectifs d'améliorer la sécurité, la qualité et la proximité des soins obstétricaux, tout en organisant simultanément une meilleure écoute des femmes et de leurs partenaires, utilisant ainsi le terme de « plus d'humanité ». (26)

C'est alors, que dans le système de soin français, l'évaluation de la satisfaction des patients est une priorité actuellement. Il en est la preuve avec la publication par la HAS en 2019, du guide méthodologique du dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients, où celle-ci mentionne que « *la prise en compte du point de vue des patientes est incontournable* » (27).

La satisfaction des usagers dans le système de soins est de plus en plus recherchée, notamment dans le contexte actuel, avec un système de santé de plus en plus compétitif et des usagers ayant de plus en plus d'attentes et de besoins. L'élévation du niveau de

connaissances des femmes conduit à une volonté accrue de participation active aux décisions médicales les concernant et impose une amélioration quasi permanente de la qualité des soins (28–30).

Une revue de la littérature de 2013 sur la satisfaction des femmes par rapport aux soins reçus pendant la grossesse et au moment de l'accouchement, montre que la satisfaction d'une femme lors de ces périodes-là, peut avoir des effets immédiats et à long-terme sur sa santé et sa relation avec son enfant (y compris la dépression du post-partum, un syndrome de stress post-traumatique, des avortements, des difficultés à reprendre les rapports sexuels, des sentiments négatifs envers son enfant, des problèmes d'allaitement). Une connaissance de la satisfaction des mères pourrait donc permettre aux professionnels de santé d'ajuster les soins et services proposés aux femmes enceintes (28).

Dans ses recommandations de 2017, concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive, l'OMS rappelle que, l'ensemble des actes et interventions proposés auprès des femmes doivent répondre et respecter les points suivants :

- Préserver l'intégrité physique et socioculturelle
- Vivre une grossesse saine pour la mère et l'enfant (notamment par la prévention et la prise en charge des risques, des maladies et des décès)
- Bien vivre le travail et l'accouchement
- Avoir une expérience positive de la maternité (concept couvrant notamment la confiance en soi, les compétences et l'autonomie des mères) (31).

La satisfaction est une notion très subjective, qualitative et relative, influencée par les expériences passées des personnes, ce qui la rend difficile à mesurer et à interpréter. La mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans le contexte global de respect de la place du patient dans l'organisation du système de santé, qui se traduit notamment par l'évolution réglementaire, aboutissant au plan de périnatalité 2005-2007, mentionné plus haut.

Afin de mesurer cette satisfaction, de multiples méthodes peuvent être employées telles que les plaintes, les questionnaires de sortie, les enquêtes spécifiques, les enquêtes

généralistes ou encore les appréciations qualitatives (à l'aide d'échelles) décrits par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (32).

D'après plusieurs études, la satisfaction d'un patient dépend d'un très grand nombre de déterminants qui peuvent servir à la mesurer. Parmi ces déterminants, on retrouve : l'accessibilité aux ressources, la continuité des soins, l'efficacité, les qualités humaines de l'intervenant, les informations fournies, les compétences de l'intervenant et les attentes des parents (28–30).

Ainsi, la mesure de la satisfaction des patientes s'avère utile afin d'évaluer la qualité des services et des soins, en vue de l'améliorer. Plusieurs chercheurs pensent que la satisfaction d'un patient n'est pas simplement une mesure de qualité mais plutôt l'objectif même du système de soins (29).

1.3 Satisfaction des patientes vis-à-vis du décollement du pôle inférieur de l'œuf

De manière générale, il revient fréquemment que le décollement des membranes est vécu comme un geste désagréable, voire douloureux par les patientes. Par ailleurs, la satisfaction générale des patientes reste bonne car la plupart d'entre elles le recommanderaient ou seraient prêtes à y avoir recours une nouvelle fois.

Quelques auteurs se sont intéressés à la satisfaction et au ressenti des patientes :

- Dans une première étude de Boulvain en 1998 (33), la douleur a été évaluée par la forme abrégée du questionnaire sur la douleur de McGill, qui comprend trois échelles : une échelle visuelle analogique (0 à 10 cm), l'indice actuel de la douleur (0 à 5) et un ensemble de 15 descripteurs de la douleur ayant un score de 0 à 3 (34). Les scores médians pour chacun des items étaient significativement plus élevés chez les femmes affectées au balayage des membranes : 31% ont décrit le décollement comme désagréable et 21,8% comme douloureux. De plus, davantage de femmes ayant eu un décollement des membranes, présentaient des saignements vaginaux et des contractions douloureuses n'entraînant pas un début de travail dans les 24 heures suivant l'intervention. Cependant, la plupart des patientes (86,8%) recommanderaient l'intervention à un ami nécessitant un

déclenchement du travail, et une proportion importante estimait que les avantages étaient supérieurs aux inconvénients (77,3%).

- Dans le deuxième essai de Wong en 2002, les auteurs rapportent que 70% des femmes ont rapporté que la procédure était associée à un inconfort significatif et un tiers à une douleur significative (19).
- En 2006, De Miranda, confirme les dire des auteurs précédant. Elle releva que, 51% des femmes ont jugé que le décollement était « quelque peu douloureux », 17% comme « douloureux » ou « très douloureux ». Cependant le décollement n'était « pas douloureux » selon 31% des femmes et en aucun cas la procédure n'a dû être interrompue à cause de la douleur. En outre, la satisfaction générale maternelle reste tout de même bonne puisqu'après l'accouchement 88% ont indiqué qu'elles choisiraient un balayage des membranes lors d'une prochaine grossesse même parmi les femmes qui ont décrit le balayage comme douloureux (21).
- Plus récemment, en 2013, Adeniji, dans une étude incluant 100 femmes randomisées, comparant l'administration orale de misoprostol et le décollement des membranes dans l'induction du travail après terme, releva que 43% des femmes ont indiqué qu'elles étaient favorables au décollement des membranes pour une éventuelle prochaine grossesse post-terme. (35)

III. ÉTAT DES LIEUX

1. Pratique du décollement des membranes et attitude du professionnel

1.1 Information de la patiente

Comme pour tout acte médical et selon les consignes de la HAS et du CNGOF, toute patiente, doit être clairement informée par le professionnel de santé, avant la réalisation du décollement des membranes. L'information délivrée doit aborder la pratique du geste et ses conséquences afin que la patiente puisse participer aux décisions concernant sa santé et celle de son enfant. De même que le consentement doit être recueilli (2,12).

Une étude réalisée en 2015 par Heilman, mentionne que le décollement est mieux toléré si la patiente est bien conseillée et l'accepte (6).

1.2 Traçabilité dans le dossier obstétrical

Le décollement des membranes doit être rapporté dans le dossier obstétrical de la patiente, autant pour la transmission des informations entre les membres de l'équipe médicale, que pour des raisons médico-légales comme le mentionne F.Thomas dans son mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme (22).

Dans son mémoire, S.Cuzon, relève que « *la presque totalité des sages-femmes déclarent toujours retranscrire le DPIO dans le dossier obstétrical. Les raisons invoquées par les sages-femmes qui ne retranscrivent pas le DPIO dans le dossier sont : l'efficacité incertaine du DPIO, l'absence d'impact du DPIO sur la conduite à tenir pour le pronostic obstétrical et le fait que le DPIO soit la demande d'une patiente à terme.* » (23).

2. Place du décollement parmi les autres méthodes de déclenchement du travail

Aujourd'hui en France, le déclenchement du travail est une des interventions obstétricales les plus courantes. Il concerne une femme sur cinq dans la plupart des pays développés avec des taux qui se sont stabilisés en France depuis 2010 : 22,1% en 2010 et 22% en 2016 d'après les données des enquêtes nationales périnatales (36).

Une méthode de maturation cervicale est employée dans près de deux tiers des cas lors d'un déclenchement et ce sont les prostaglandines qui sont utilisées dans la plupart des cas : l'enquête nationale périnatale de 2016 rapporte ce taux à 90,1%. A contrario l'utilisation de méthodes mécaniques, telles que les lamineuses ou encore le ballonnet supra-cervical, est observée pour 8% des maturations cervicales (3).

Selon les recommandations de la HAS et du CNGOF(2), le décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente n'est envisagé, cela étant dû à son effet non prévisible et de ce fait à une impossibilité de prévoir la mise en travail et son délai après le geste. C'est pourquoi la pratique du déclenchement artificiel du travail fait en grande majorité appel à des méthodes pharmacologiques. Les molécules de synthèse utilisées sont l'oxytocine et les

prostaglandines ; ces dernières peuvent être administrées sous différentes formes et posologies suivant le score de Bishop. Ces méthodes ont un délai d'action rapide et des effets prévisibles, leur usage est donc privilégié.

Le décollement des membranes ne permet pas toujours d'induire le travail d'accouchement et donc d'éviter un déclenchement artificiel, mais il peut néanmoins nettement le faciliter en améliorant le score de Bishop. En effet, les gynécologues obstétriciens peuvent prendre la décision d'induire le déclenchement en administrant directement une perfusion d'ocytocine, sans l'étape de maturation du col par des prostaglandines, si celui-ci est déjà favorable.

Dans la revue Cochrane, une réduction de la fréquence d'utilisation d'autres méthodes pour induire le travail, chez les femmes ayant eu un décollement, a tout de même été signalée, rendant cette méthode particulièrement intéressante (4). Effectivement, l'utilisation du décollement des membranes en amont de tout déclenchement non urgent, pourrait être envisagé et ce d'autant plus chez les patientes désireuses de méthodes plus physiologiques. Cela permettrait alors d'éviter certains effets secondaires liés à la prise médicamenteuse des méthodes habituelles de maturation cervicale.

Par ailleurs, une étude publiée dans le Journal d'Obstétrique et de Gynécologie du Canada, a montré que le décollement des membranes au moment de l'induction du travail, soit par prostaglandines avec l'utilisation de gel vaginal lorsque le col était défavorable (Bishop ≤ 4), soit par amniotomie lorsque le col était plus favorable (Bishop > 4 ou col > 3 cm), entraînait une induction plus courte jusqu'au délai d'accouchement, une utilisation plus faible d'ocytocine et un taux plus élevé d'accouchements par voie basse spontanés (16).

Ainsi, le décollement des membranes pendant le déclenchement du travail augmenterait les taux de réussite.

Pour finir, le CNGOF énonça en 2011 dans ces recommandations concernant les grossesses prolongées et termes dépassés, que « le décollement des membranes peut réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant en travail spontanément dans la semaine suivant le décollement (grade B) » et « réduit le

recours au déclenchement de 41% à 41⁺⁰ SA et de 72 % à 42⁺⁰ SA (grade B). » Ainsi, le décollement pourrait être utilisé plus fréquemment afin de limiter le taux de grossesses prolongées et de termes dépassés et, de ce fait, d'éviter toutes les complications qui leur sont liées.

Ainsi, c'est dans cet univers médical où la prise en charge des patientes est souvent associée à une médicalisation, que la place donnée à la patiente dans ses choix et ses attentes concernant sa grossesse et son accouchement s'avère fondamentale pour le développement d'un sentiment de sécurité et de confiance envers l'équipe professionnelle, de même qu'un sentiment d'accompagnement dans le processus d'enfantement. C'est dans ce contexte, et au regard de la littérature, qu'il paraît intéressant de se pencher sur le vécu et la satisfaction maternelle concernant le décollement des membranes et dans relever les critères pouvant influencer cette satisfaction.

POPULATION ET MÉTHODE

I. POPULATION

1. Description de l'échantillon de l'étude

Les femmes ayant accouchée quel que soit leur parité, ayant eu une expérience de décollement du pôle inférieur de l'œuf durant leur grossesse ont été sollicitées pour participer à l'étude.

Ont été incluses dans l'étude :

- les femmes maîtrisant la langue française,
- les femmes ayant eu un ou plusieurs décollement(s) des membranes, à un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhées,
- les femmes ayant accouchées par voie basse instrumentale ou non, avec une issue maternelle et néonatale favorables et sans complications.

Ont été exclus de l'étude :

- les femmes mineures,
- les femmes ayant une contre-indication à l'accouchement par voie basse,
- toutes les femmes dont le nouveau-né a nécessité des gestes de réanimation, présentant un score d'Apgar < 7 à 5 minutes,
- toutes les femmes affectées par une mort fœtale in utéro ou néonatale,
- toutes les femmes présentant une pathologie maternelle anté ou perinatale ou une hémorragie du post-partum.

2. Modalités de recrutement

Le recrutement des femmes volontaires pour l'étude a été réalisé avec l'appui d'une sage-femme exerçant en libéral et l'aide d'un établissement de santé de la région Occitanie.

Les femmes consultant au sein du cabinet ou de l'établissement de santé, répondant aux critères d'inclusion ont été informées de l'existence de l'étude lors de la période post-natale.

Une fois les femmes informées et favorables pour participer à l'étude, les femmes volontaires ont été contactées par l'enquêteur pour convenir d'un rendez-vous téléphonique en vue d'un entretien semi dirigé d'une durée d'environ 30 minutes.

Afin de limiter le biais de mémorisation, l'entretien a eu lieu dans un délai maximum de 6 mois suivant l'accouchement.

Il s'agissait d'un échantillon de convenance dans le sens où les contraintes d'ordre pratique, d'accessibilité et financières ont été prises en compte, ainsi le recrutement s'est fait sur les lieux de stage de l'investigateur.

Il s'agissait également d'un échantillon raisonné car seules les femmes volontaires et remplissant les critères d'inclusion recevaient une lettre d'information.

II. MÉTHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive, visant à étudier le vécu et la satisfaction des patientes ayant eu recours à un ou plusieurs décollement(s) des membranes durant leur grossesse. L'orientation méthodologique choisie pour ce travail de recherche était de type phénoménologique.

2. Rappel des objectifs

Le but de ce travail de recherche était d'étudier le ressenti et l'opinion des patientes ayant bénéficié de ce geste et d'en extraire des possibles améliorations dans la prise en charge des femmes.

3. Le mode de recueil des données

Le recueil des données a été réalisé par des entretiens semi-dirigés afin de répondre au mieux à l'objectif.

Les entretiens ont été réalisés par téléphone afin de respecter les mesures sanitaires concernant la période de pandémie traversée, après avoir convenu d'un rendez-vous

téléphonique par mail. Au cours de ce premier échange avec les participantes, il leur a été rappelé les objectifs et buts de l'étude.

Une grille d'entretien a été élaboré à partir de la revue de la littérature (cf Annexe I). Celle-ci a pu être testée lors d'une phase d'entretiens exploratoires auprès des femmes accouchées ayant bénéficié d'un DPIO.

Lors de chaque entretien, une rapide introduction rappelait les conditions de participation à l'étude, le résumé du projet de l'étude et demandait la confirmation du consentement à l'enregistrement.

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'une application dictaphone sur ordinateur, celui-ci protégé par un code secret. Ils étaient ensuite anonymisés et retranscrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte. Les formulations et les termes employés ont été retranscrits tels quels, sans modification. Les réactions orales des patientes durant l'entretien ont été relevés, notamment des hésitations, silences, rires et intonations, complétant alors leurs discours.

Le recueil a été fait sur le principe de saturation, mettant fin au relevé des données.

4. Le déroulement de l'étude

La conduite des entretiens s'est déroulée entre Juillet et Décembre 2020.

Les patientes ont été recrutés au sein de la région Occitanie. Treize femmes ont été contactées parmi lesquelles dix ont accepté de participer à l'étude, trois femmes n'ayant pas donné suite. Deux entretiens parmi les dix effectués, ont ensuite été écartés de l'étude puisque les femmes avaient bénéficié d'un DPIO en travail, et non comme méthode de déclenchement.

5. Le mode d'analyse des données

Suite à leur retranscription, l'analyse des données a été conduite grâce à la méthode de l'analyse thématique du contenu.

Dans un premier temps, la rédaction des verbatim de chaque entretien a été réalisée et une attention particulière a été portée au vocabulaire et langage non-verbal utilisé, qui ont été recueillis. Puis, chaque partie a été classée dans une catégorie

thématique, en appliquant l'analyse thématique verticale à l'aide d'un surlignage. Cela a permis d'étudier chaque entretien de manière individuelle et d'en tirer les thèmes abordés. Cette analyse a tenu compte de la singularité de chaque entretien.

Dans un second temps, de l'analyse thématique du contenu, a pu émerger les thèmes et des sous-thèmes, qui étaient soit guidée par la littérature (analyse descendante), soit issue directement de la spontanéité des discours (analyse ascendante).

De ce fait, une analyse descendante était appliquée pour chaque entretien puisque la grille d'entretien était construite initialement à partir des seules données de la littérature.

Ensuite, une analyse ascendante a été appliquée, laissant émerger des thèmes nouveaux issus du discours des femmes.

Ainsi, les données de la littérature ont servi de guide à l'élaboration de la grille d'entretien et à l'émergence des thèmes. Elles ont été complétées par les données issues des discours proposant de nouveaux thèmes.

Les thèmes retenus ont été les suivants : le vécu et le déroulement du geste, le suivi global et continuité du suivi proposé par la sage-femme, la qualité de l'information, l'importance de l'expérience positive passée du DPIO, la qualité et l'influence de l'entourage familial ou de l'accès à l'éducation ou l'information prénatale (PNP) au sujet du DPIO, et le DPIO : une alternative aux thérapeutiques,

Enfin, dans un troisième temps, les contenus des différents entretiens ont été confrontés dans une analyse horizontale. Les données recueillies ont été classées dans un tableau en fonction de grands thèmes structurant l'entretien et regroupées en sous catégories de façon à ordonner les données de manière organisée. Ce tableau a ainsi permis de mieux représenter et d'analyser plus facilement le contenu des entretiens afin de pouvoir repérer les similitudes et les divergences par thèmes.

6. Les aspects éthiques et réglementaires

6.1 Avis de comités consultatifs

Une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD), a été obtenue. Le consentement écrit des patientes participantes à l'étude a été obtenu par

courriel après avoir reçu une information. Un avis favorable de la sage-femme libérale et des responsables de pôle de l'établissement concerné ont également été obtenus.

6.2 Informations et consentements

Une lettre d'information a été jointe par mail lors du contact des patientes recrutées. Elles ont été informées de leurs droits et les coordonnées de l'investigatrice leur ont été communiquées.

La participation des femmes à cette étude était entièrement libre et volontaire. Les patientes étaient libres de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à leur implication à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, les patientes avaient le droit d'avoir communication des données les concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si elles décidaient d'arrêter leur participation à l'étude.

Le consentement oral des patientes a été recueilli au début de chaque entretien.

6.3 Anonymat

L'anonymat a été conservé par la protection des données contenues dans les entretiens, les enregistrements ont été sauvegardés et cryptés sur ordinateur. Les entretiens ont été anonymisés lors de la retranscription en utilisant des lettres pour les femmes et de faux prénoms pour les uniques personnes qu'elles nommaient parfois : leur sage-femme, leur médecin, leur(s) enfants(s), leur conjoint.

RÉSULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION

Treize femmes ont été contactées parmi lesquelles dix ont accepté de participer à l'étude, trois femmes n'ayant pas donné suite. Huit entretiens ont été retenus.

Les entretiens ont été réalisés entre la première semaine et les trois premiers mois du post-partum pour les dix femmes participantes. A l'issue du dixième entretien, une saturation des données a été observé.

Les participantes présentaient un âge compris entre 27 et 37 ans (tableau I).

La durée des entretiens réalisés était comprise entre 12 et 35 minutes, pour une durée totale d'enregistrement vocal de 186 minutes, intégralement retranscrits par l'enquêtrice. Les entretiens ont pris fin lorsque l'ensemble des questions et des réponses avait été formulé. Aucun entretien n'a été interrompu.

L'échantillon comportait cinq primipares, quatre deuxième pares et une troisième pare. Neuf d'entre elles ont accouché par voie basse et une, ayant eu un accouchement par césarienne. Deux d'entre elles avaient bénéficié du DPIO en cours de travail, elles ont donc été écartées de l'étude. L'ensemble des caractéristiques des participantes de l'études ont été rassemblées dans le tableau I.

Tableau I : Tableau regroupant les caractéristiques des répondantes de l'étude

Patiente	Age	Primipare / Multipare	Age gestationnel au moment du DPIO (en SA)	Nombre de DPIO durant la grossesse	Temps entre le DPIO et l'accouchement (en heures)	Expérience passée de DPIO	PNP	APD	Voie d'accouchement	Durée d'entretien (en minutes)
Mme A	33	Multipare	38 et 40	2	13	Oui	Non	Oui	AVB	12
Mme B	33	Multipare	41+2 et 41+4	2	20	Non	Oui	Oui	AVB	15
Mme C	28	Primipare	41 et 41+2	2	24	Non	Oui	Oui	AVB	16
Mme D	35	Multipare	41	1	28	Non	Non	Oui	AVB	14
Mme E	32	Primipare	40+4	1	22	Non	Oui	Oui	AVB	13
Mme F	37	Multipare	41+2	1	28	Non	Non	Oui	AVB	16
Mme G	27	Primipare	40	1	120	Non	Oui	Oui	Césarienne	35
Mme H	30	Primipare	41+2	1	48	Non	Oui	Oui	AVB	27

DPIO : Décollement du Pôle Inférieur de l'Œuf

SA : Semaine d'Aménorrhée

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

APD : Analgésie Péridurale

II. VÉCU ET DÉROULEMENT DU GESTE

1. Ressenties lors du geste

Tout au long des différents entretiens, une grande disparité dans le ressenti de la douleur a pu être remarqué, rappelant que celle-ci est avant tout un phénomène individuel, propre à chacun, d'un point de vue de sa sensibilité et de sa tolérance. Certaines femmes décrivaient le décollement des membranes comme une gêne plutôt qu'une réelle douleur en utilisant les termes « *pas insupportable du tout* », « *c'était quand même supportable* », « *C'est de la gêne que j'ai ressentie, pas de la douleur* ». Certaines femmes n'ont pas perçu de douleur au moment du DPIO, comme Madame H nous confie : « *j'ai vraiment eu aucune douleur, comme le toucher et encore parfois, le toucher était un peu plus gênant que ça* ». Cependant, le décollement s'est avéré douloureux pour quelques-unes d'entre elles comme Madame B « *je trouvais ça assez douloureux* » cotant une EVA à 7 sur 10, « *Vraiment mal. C'est pas que c'est limite désagréable, ça fait vraiment mal... Ça dure pas longtemps, c'est que le temps du décollement mais c'est vrai que pfiouuu, c'est assez puissant quand même.* » déclarera Madame D.

Parmi toute les patientes interrogées, cinq ont donné une évaluation chiffrée de leur douleur au moment du geste. Respectivement, Mesdames B, C, D et F avaient qualifié leur douleur sur l'échelle numérique allant de 0 à 10.

Il est cependant intéressant de rappeler que ces variations de perception de la douleur entre individus peuvent s'expliquer par un lien étroit avec leurs vécus, leurs contexte psycho-sociaux ou encore l'environnement dans lequel ils se trouvent, lesquels n'ont pas été relevé dans cette étude.

Selon la définition officielle de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. La douleur reposant donc avant tout sur le ressenti du patient, cela la rend difficile à quantifier et à qualifier. Ici, la variabilité inter opérateur, l'état de maturation et de dilatation cervicale, l'âge gestationnel, sont autant d'éléments qui interviennent en addition à la subjectivité de chaque patiente, certaines d'entre elles l'ayant mentionné dans leur récit :

- Madame G : « *J'ai eu plus mal aux urgences alors qu'elle n'y est pas arrivée, qu'avec la sage-femme libérale. Alors est-ce parce que c'est une sage-femme jeune, j'imagine que ça faisait pas trop trop longtemps qu'elle l'était. Alors est-ce que ça vient de l'expérience, je sais pas.* »
- Madame H : « *j'ai vraiment eu aucune douleur, [...] mais je crois que j'étais à 3 cm quand elle me la fait.* »
- Madame B : « *Pffff, alors le premier ça m'a pas fait mal du tout. Par contre le deuxième, sur une échelle de 10, je dirais 7. Moi, je trouvais ça assez douloureux.* ».

2. Sentiments d'utilité et d'efficacité du geste

Comme décrit dans de nombreuses études, l'efficacité de la méthode est un déterminant crucial de la satisfaction des patients. Dans cette étude, la totalité des femmes ont jugé la méthode du décollement des membranes comme utile à leur mise en travail ou accélération de la mise en travail, en répondant toutes positivement à la question « *Avez-vous le sentiment que ce geste a participé ou a été utile à votre mise en travail ?* » comme en témoignent Madame G et H : « *Oui moi je pense (rires), oui à 100%. Parce que j'avais aucun signe le matin en partant, j'en suis sûre.* », « *Même si ça n'a pas marché dans les 48h, j'ai senti plus de contractions (...) je pense que ça a participé au travail.* ». Cependant, même si toutes les femmes ont un sentiment d'efficacité du geste, certaines ne se disent pas forcément prêtes à en bénéficier lors d'une éventuelle grossesse ultérieure, et ce notamment à cause de la douleur engendrée, dépendant du contexte dans lequel il est possible de le faire ou encore, certaines préférant un accouchement le moins interventionniste possible.

3. Attentes des patientes

Toutes les femmes interrogées présentaient de réelles attentes en acceptant d'effectuer ou en demandant un décollement des membranes, influençant indirectement leur vécu au sujet du DPIO. En effet, pour la plupart d'entre-elles, le geste a été fait lors des consultations obligatoires en cas de grossesses prolongées (âge gestationnel supérieur à 41 semaines d'aménorrhées). L'objectif visé était de faciliter la survenue d'un travail

spontané avant le recours à des moyens pharmacologiques de déclenchement du travail. L'ensemble des femmes répondantes avaient retenu ce motif comme raison principale de réalisation du DPIO. En voici quelques propos représentatifs :

- Madame C : « *ça a sûrement évité que je sois déclenché autrement et c'est ce que je souhaitais. [...] J'avais pas trop envie d'être déclenché comme on le prévoit là, souvent médicalement.* »
- Madame H : « *c'est pas comme un déclenchement comme j'aurais pu avoir si j'étais arrivé au-delà.* »

Notons que lors de ces entretiens, pour la plupart des femmes, le geste leur a été proposé par un professionnel de santé, cependant trois l'ont-elles-même demandé.

Pour deux d'entre-elles, elles avaient été à l'initiative de la réalisation du geste car selon leurs dires, leur futur enfant étant estimé avec un poids conséquent, celles-ci espéraient fortement déclencher le travail afin de ne pas atteindre le terme présumé de la grossesse, comme l'expriment respectivement Madame H et Madame E : « *du fait qu'il était prévu gros, (...) j'ai préféré le faire.* », « *j'avais un bébé qui était annoncé bon gabarit et donc moi c'était ma peur depuis le début d'avoir un bébé de plus de 4kg et ça s'est avéré que ça allait être le cas et c'est pour ça que j'avais demandé à ma sage-femme.* ».

Deux des femmes interrogées ont, elles, été décollées, alors que celles-ci ressentait quelques contractions de fin de grossesse mais n'étaient pas encore en travail. En effet, le geste a été proposé par les professionnels et à la fois sollicité par les femmes à l'occasion de leur fin de grossesse, afin de démarrer ou d'accélérer la venue de leur mise en travail spontané. Celles-ci présentaient déjà quelques contractions utérines de fin de grossesse. En voici des témoignages :

- Madame A : « *Et là, ça a accéléré les contractions x100. J'avais déjà quelques contractions avant le décollement mais après des contractions à fond, l'ouverture du col à fond, et après tout a été très vite.* »
- Madame F : « *J'avais des contractions avant mais pas autant, très irrégulières et vraiment pas autant.* »

Parmi elles, une femme l'ayant elle-même demandé au professionnel de santé à 38 puis 40 semaines d'aménorrhées pour convenance, afin de pouvoir assurer ses obligations professionnelles le plus rapidement possible. Il s'agit de Madame A : « *en fait, je voulais accoucher, j'étais à mon compte à ce moment-là, j'avais un salon de coiffure et je voulais pas m'arrêter longtemps* ».

La globalité des femmes incluses présentait un accueil favorable quant à la réalisation du geste et voyaient le décollement des membranes comme un moyen efficace et rapide d'avoir leur bébé auprès d'elle, le plus rapidement possible. Elles éprouvaient ainsi de fortes attentes envers celui-ci, se disant « *prête à tout* » pour provoquer l'arrivée de leur bébé : « *Et puis comme je vous dis, moi je voulais qu'il arrive donc j'étais prête à tout.* », « *j'avais tellement envie qu'il sorte que (rires) que n'importe quelles solutions je l'aurais essayé !* », « *Donc, on nous a conseillé de le faire, et j'étais prête à tout faire donc (rires), j'ai pas hésité.* », ont déclaré Madame E, Madame D et Madame G respectivement.

III. DÉTERMINANTS DE LA SATISFACTION DES PATIENTES

1. Suivi global et continuité du suivi proposé par la sage-femme

1.1 Des compétences médicales synonymes de sécurité et confiance

Si la plupart des femmes interrogées ont été satisfaites de leur expérience de DPIO, c'est en partie grâce aux compétences des sages-femmes reconnues par celles-ci, qui accordent ainsi toute leur confiance à ces professionnels de santé, comme nous confie Madame E : « *On se connaît [avec sa sage-femme libérale], elle me suit depuis le début [de la grossesse], donc, j'avais confiance.* ».

1.2 Les qualités personnelles de l'intervenant

La notion d'accompagnement de la part des professionnels de santé durant la grossesse et le travail, a contribué, selon leurs dires, d'une façon évidente à la satisfaction de toutes les patientes incluses dans l'étude, durant le geste, comme le dit Madame D : « *elles [les sages-femmes] m'ont vraiment très bien encadré, elles m'ont vraiment*

accompagné au moment du geste, après le geste, même après quand je suis revenue de voir le gynécologue ».

Par ailleurs, la notion de respect souvent associée à la douceur du praticien, était également des vertus très remarquées, et contribuant totalement à la satisfaction des patientes. En voici quelques témoignages :

- Madame C : *« Puis moi ce que j'ai aimé, c'était à chaque fois de me demander « c'est bon ? je peux y aller ? », c'est tout en douceur et dans la communication j'ai beaucoup apprécié. »*
- Madame G : *« Par contre, la sage-femme libérale a été beaucoup plus douce. J'ai eu beaucoup moins mal avec elle. »*
- Madame H : *« Le truc que j'ai apprécié le plus, c'est à chaque fois lors d'un monitoring ou d'un toucher vaginal : « est-ce que je peux vous toucher ? est-ce que je peux y aller ? est-ce qu'on peut vous examiner ? » Toujours le respect de la personne, pas à mettre les doigts vites comme ça, toujours avec douceur. [...] Elle a vraiment été toute douce, elle m'a demandé si j'acceptais de le faire. Très doux, je ne garde pas un mauvais souvenir de ça, du tout. ».*

1.3 La pudeur de la femme et la présence d'un accompagnant

A contrario d'un accompagnement de la part des professionnels, selon les femmes, la présence d'un accompagnement voire de leur conjoint à ce moment-là, ne semblait pas être un élément déterminant de la satisfaction des patientes à cette occasion. Plusieurs femmes l'ont décrit :

- Madame E : *« Il m'a attendu dehors parce que voilà, on savait que ça allait être rapide et puis c'était pas la peine qu'il vienne. C'est vrai qu'à chaque fois il venait aux rendez-vous mais là cette fois-ci j'ai dit « c'est bon, j'y vais toute seule c'est pas la peine que tu m'accompagnes ». »*
- Madame D : *« Qu'il soit là ou pas pour le geste, c'est pas ça qui m'aurait le plus rassurée, j'avais confiance aux filles, enfin aux sages-femmes que j'avais donc ça c'était pas un problème. J'avais pas forcément peur. »*
- Madame H : *« Mais c'est vrai qu'il [son conjoint] était plus à l'aise de sortir par rapport à la sage-femme. Non ça m'a pas du tout dérangé et comme ça s'est très*

bien passé... c'est vrai que pour les contractions je lui serrais bien les mains (rires), et j'étais contente qu'il soit là mais pas pour le décollement. »

Certaines jugeaient l'accompagnement par les professionnels de santé, suffisant « *Non, il n'y était pas. Vous étiez suffisamment rassurantes.* » et d'autres vont même jusqu'à regretter la présence de leur conjoint à ce moment-là, comme le dit Madame F : « *Mon conjoint était avec moi. Peut-être limite j'aurais préféré qu'il soit pas là (rires gênés) parce que bon c'est pas génial, plutôt par rapport à la pudeur, même si il était à mon niveau donc je veux dire qu'il a pas vu quoi que ce soit.* ».

Lorsque la notion de pudeur était abordée, la totalité des femmes incluses dans l'étude jugeaient celle-ci respectée de la part du professionnel, notamment Mesdames A, B et H : « *Oui oui, et puis dans ces moments-là la pudeur ... (rires). Non non mais sinon ça été très bien, il n'y pas de soucis.* », « *Ah oui oui, en plus elle m'a demandé si elle pouvait y aller, si c'était bon pour moi. Non non, tout a été respecté, je ne me suis pas sentie brusquée.* », « *Ah oui, vraiment 10 sur 10 même 20 sur 10 (rires).* ».

2. Qualité de l'accès à l'information

2.1 Un intervenant qui explique bien et qui prend le temps

L'information des patientes et des couples de la part des professionnels de santé, apparaît comme primordiale dans le suivi et la prise en charge d'une grossesse. Si les patientes se disent extrêmement satisfaites lors du décollement des membranes, c'est principalement en rapport avec le fait qu'elles aient été informées en amont de la réalisation du geste, c'est-à-dire durant leur grossesse, comme Madame F l'a exprimé : « *Vu que ça avait été bien expliqué, je savais à quoi m'attendre, donc il n'y avait pas de mauvaises surprises entre guillemets.* ».

Egalement, les patientes se sont dit relativement satisfaites lorsque le professionnel prenait son temps, et restait disponible à tout moment, portant une attention, une rassurance et une écoute particulière ; Madame H a exprimé son ressenti : « *Ce que j'ai vraiment apprécié c'est que tout ce qu'elles faisaient, elles ont tout expliqué. C'était très rassurant, c'est des petites phrases qui m'ont vraiment rassurées. C'est vrai qu'on ne se sent pas une femme là... pouff, vite vite, en plus on voyait avec les autres monitorings*

qu'il y avait du monde partout, mais elles ont toujours expliqué, toujours pris le temps, je les ai jamais sentis pressées. », « Et ce que j'ai apprécié aussi, [...] chaque fois ils expliquaient, « là on va faire si, là on va faire ça », tout nous a été expliqué alors qu'on voyait qu'il y avait du boulot mais elles ont toujours pris les temps d'être là, de rassurer, d'écouter. Vous faites un travail, qui doit pas être facile, vous devez tout surveiller. Mais c'est tellement beau quand on donne la vie. »

Les effets indésirables et les motifs de consultations en urgences étaient rappelés après le geste, ainsi aucune des patientes n'a été surprise des désagréments qu'elle a pu rencontrer. À la question « *Avez-vous eu des saignements de sang rouge au cours des 48h suivant le décollement ? Si oui, vous ont-ils amenés à consulter ?* », aucune patiente n'a été surprise de cet effet indésirable et donc aucune n'a consulté pour ce motif. Respectivement, Madame G et Madame H ont cité : « *J'ai saigné un petit peu après le décollement, mais on le savait, on nous avait prévenu. J'ai pas été inquiétée.* », « *Pas du tout. Elle m'avait expliqué la comparaison avec la pièce de 2€, mais j'ai rien eu du tout.* ».

Pour autant, à la question « *Pour vous, qu'est-ce qu'un décollement des membranes ?* », six des patientes interrogées ne savaient donner une description concrète au geste qu'elles ont reçu et son mécanisme d'action. Voici des témoignages :

- Madame C : « *Alors, du coup c'est pour décoller entre guillemets la poche des eaux de l'utérus et pour (hésitation), accélérer, je sais pas comment on dit, déclencher un petit peu le travail, de façon assez mécanique, c'est naturel, voilà.* »
- Madame E « *Je sais plus ... c'est décoller le col je crois, enfin je sais plus trop... ce que c'est exactement.* »
- Madame F : « *Alors de ce que j'ai retenu, c'est le décollement de la membrane, on passe le doigt entre l'utérus et le placenta pour enlever les adhérences et donc pour stimuler l'émission d'une hormone qui favorise les contractions.* ».
- Madame H : « *Non... (longue hésitation). Non c'est quoi ? C'est une membrane ? Soit ça perce la poche des eaux, soit ça accélère les contractions ? Non c'est vrai c'est quoi au juste.. je sais pas trop. Mais c'est vrai que j'ai vu que ça aidé pour la fin d'accouchement mais je me suis pas posé plus de question.* » [explications de la part de l'enquêteur] « *Ah oui c'est vrai l'histoire des hormones, ça favorise le travail. Elle me l'avait expliqué, oui c'est vrai.* »

2.2 Le moment de l'information donnée au sujet du DPIO

Cinq des patientes et des couples, ont évoqué l'intérêt de bénéficier d'une information en amont durant la grossesse, le plus souvent par les sages-femmes et, à l'occasion de la réalisation du geste, tandis que d'autres, ne trouvaient pas pertinent voire anxiogène d'avoir une information au cours de la grossesse. Ainsi, quelques fois, cela était perçu comme bénéfique, ne provoquant alors pas d'inquiétude supplémentaire durant la grossesse, selon leurs dires. En effet, sur les huit femmes incluses dans cette étude, deux ont exprimé que le fait de demeurer dans l'ignorance de l'existence du décollement des membranes durant leur grossesse, et de ce fait, de ne pas aborder en amont la prise en charge en cas de dépassement de terme ou de stagnation de la dilatation cervicale durant le travail, paraissait moins angoissant, comme le décrivent respectivement, Madame F et Madame H : « [...] je pense que ça peut être un peu anxiogène, de parler de au-delà du terme. Moi ça m'allait très bien qu'on m'informe au moment voulu, au moment où on me l'a proposé. », « [...] vu que je suis quelqu'un qui panique vite ça aurait pu me faire stresser je pense. [...] Parce que pendant la grossesse, j'ai stressée à chaque fois pour un rien, donc est-ce que du coup ça aurait pas été anxiogène de le savoir ? ».

Une seule femme a plutôt suggéré l'intérêt d'avoir une information ciblée selon les besoins de la femme et les moments de la grossesse, et ne pas forcément recevoir une information systématique sur le DPIO à l'occasion de la grossesse. Elle a alors mentionné le fait qu'il serait utile de dispenser une information suivant le contexte de la grossesse pour chaque patiente. Il s'agit de Madame E, qui résumait bien cette opinion : « C'est difficile de se mettre dans la peau des autres parce que le contexte est à chaque fois différent. Je pense que la sage-femme devrait donner une information s'il y a besoin, par rapport à la maman. Si elles ne sont pas en demande de savoir, non. ».

Durant les différents entretiens, plusieurs des patientes interrogées nous ont déclaré qu'elles auraient souhaité avoir une information au cours de leur grossesse. L'absence d'information en particulier sur le décollement des membranes a été décrit : « Je savais pas du tout que ça existait, je ne savais même pas ce que c'était, on m'en avait jamais parlé. » déclara Madame G, « Non, je n'avais jamais eu d'informations à ce sujet. » exprima Madame D. Notons que parmi ces femmes, sept ont bénéficié de séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et seulement deux d'entre elles ont reçu l'information à cette occasion à propos du DPIO. De plus, trois des femmes n'avaient jamais reçu d'information à ce sujet et quatre jugeaient les informations qu'elles avaient eu incomplètes.

La plupart du temps, ce manque d'information en amont créait des incompréhensions, des appréhensions et des questionnements allant même, parfois, jusqu'à des refus de réalisation du geste comme le dit Madame H : « *Elle m'a pris un peu de court, parce que moi je connaissais pas du tout donc du coup je lui ai dit non [...].* ». Madame D a accepté le geste ne sachant pas vraiment de quoi il s'agit : « *Alors quand elles me l'ont expliqué, elles me l'ont bien expliqué hein, mais c'est vrai que moi sur le moment, j'avais pas la tête totalement claire, donc elles m'ont expliqué un peu, [...] mais après j'en sais pas plus.* »

3. Etre patient-acteur

Les femmes sont aujourd'hui désireuses d'être pleinement actrice de leur grossesse et de leur accouchement. C'est pourquoi elles doivent être concertées avant tout geste ou toute intervention la concernant ou concernant son fœtus. Tout au long des entretiens, toutes les femmes interrogées ont confirmé leur participation au choix de réalisation du DPIO par les professionnels. En voici des témoignages :

- Madame A : « *Avant de faire le décollement, en salle d'observation, du moins en salle de pré-travail, elle m'a dit, si vous êtes d'accord, on peut faire le décollement. Les informations ont été claires et compréhensibles.* »
- Madame B : « *Ah oui oui, elle m'a demandé mon accord, elle m'a expliqué le geste auquel elle allait procéder et si j'étais d'accord pour le faire, que c'était pas une obligation, que ça peut peut-être enclencher le travail, donc voilà, ils m'ont laissé le choix quand même, ça ne m'a pas été imposé. Et donc j'ai accepté au vu du terme auquel j'étais.* »
- Madame C : « *Oui, l'accord m'a toujours été demandé et c'est ce que j'ai apprécié.* »
- Madame D : « *Alors d'abord on en a parlé, elles m'ont demandé, elles m'ont dit « Est-ce que ça vous intéresse ? » Alors, bien évidemment parce qu'en étant arrivée à terme, je commençais un peu à en avoir marre donc du coup j'ai dit oui de suite, j'ai approuvé de suite et elles me l'ont fait dans la foulée.* »
- Madame E : « *On en avait parlé ensemble et vu que c'était ma demande, je savais que c'était moi qui lui avait demandé donc voilà.* »

4. Importance de l'expérience positive passée sur le DPIO

Parmi les patientes interrogées, une avait déjà eu recours au décollement du pôle inférieur de l'œuf durant une précédente grossesse. Ainsi, celle-ci a été influencée dans son choix de demander ou d'accepter à nouveau ce geste. En voici son récit :

- Madame A : *« j'en ai eu un aussi pour ma seconde fille, vu que je savais comment ça se passait, j'ai pas hésité, j'ai dit oui. », « J'avais donc eu un décollement pour ma deuxième grossesse, et j'en garde un bon souvenir, c'est pourquoi pour la dernière grossesse j'ai pas hésité à accepter quand on me l'a proposé. »*

5. Qualité et influence de l'entourage familial ou de l'accès à l'éducation au sujet du DPIO

Par ailleurs, lors des entretiens, pour la moitié des femmes interrogées, elles s'étaient renseignées auprès de leur entourage concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf. Effectivement, beaucoup ont éprouvé un besoin de parler et de se renseigner auprès de personnes en qui elles ont entièrement confiance ; notamment auprès de leur cercle familial, de figures maternelles expérimentées, ou auprès d'amies, elles-mêmes déjà mères. C'est pourquoi, plusieurs d'entre elles avaient déjà reçues une information, voire même présentaient une appréhension avant la réalisation du geste, du fait des récits d'expériences d'autres femmes, qu'elles avaient pu écouter en amont. Madame C nous a cité : *« Une copine qui a eu ça et voyant que le terme approchait et que je n'accouchais pas, elle m'a dit demande à la sage-femme un décollement des membranes. [...] donc elle m'a un peu expliqué et donc du coup j'étais pas surprise que vous me le proposiez. »*. Madame H, quant à elle, s'est également renseignée sur internet : *« Parce que j'avais vu des commentaires [sur internet], et une voisine qui m'a dit : waouh j'ai souffert ! »,* et le récit de ses proches ayant eu une influence sur son choix de réalisation du DPIO : *« Et comme je ne connaissais pas, de là je m'étais renseignée en parlant avec des copines, il y en a beaucoup qui m'ont dit d'attendre après le terme parce que ça ne servait à rien, et après j'ai une copine pour qui ça été très très douloureux. J'ai donc rappelé ma sage-femme en lui disant que pour l'instant je voulais pas le faire. »*

6. Le DPIO : une alternative aux thérapeutiques

Un grand nombre de patientes ont exprimé leur souhait de ne pas avoir recours à des moyens thérapeutiques de déclenchement, dans la mesure du possible. C'est ainsi que la proposition d'une alternative, avec un moyen de déclenchement non médicamenteux a été bien reçue de la part des patientes, voyant alors une chance d'échapper au « *déclenchement traditionnel* ». Madame C : « *ça a sûrement évité que je sois déclenché autrement et c'est ce que je souhaitais donc forcément c'était bien. J'avais pas trop envie d'être déclenchée comme on le prévoit là, souvent médicalement.* ». Madame J a exprimé : « *Moi je m'étais arrêtée qu'à cette histoire de déclenchement, et déclenchement ça ne me plaisait pas du tout quoi, les cachets, les perfusions, ça me faisait un peu peur. Donc peut-être juste dire qu'avant le déclenchement, il y a une méthode plus naturelle qui existe, c'est vrai que c'est un peu plus naturel que mettre des perfusions dans le corps.* ».

Ainsi, une femme ayant bénéficié du DPIO, a exprimé une déception quant au recours à la réalisation du geste. Le décollement des membranes est souvent perçu par grand nombre de femmes, comme une alternative voire même une échappatoire aux moyens thérapeutiques de déclenchement. Cependant, il peut aussi évoquer un geste invasif et être perçu comme un échec de n'avoir pu mettre au monde son enfant totalement naturellement. Madame G a explicité ce propos : « *J'aurais préféré que ça se fasse naturellement [...], c'est bien de l'avoir fait après je dénigre pas ces techniques mais je pense que c'est quand même mieux que ça se fasse naturellement. Mais bon on n'a pas l'accouchement rêvé. Ça serait bien que ça se fasse tout seul, avoir les contractions, ne pas perdre la poche des eaux mais la perdre après, enfin voilà (rires). On s'imagine des choses et puis ça se passe jamais comme ça. Donc je ne regrette pas, mais après si ça avait été possible que je n'en ai pas besoin, ça aurait été mieux.* ». Celle-ci appuie ensuite sur le fait qu'elle ait eu recours à une intervention médicale : « *On voudrait avoir un accouchement qui se passe naturellement, sans intervenir mais bon ça c'est pas toujours possible comme je disais tout à l'heure.* ».

DISCUSSION

I. RAPPELS ET ATTEINTES DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des patientes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf. Celui-ci a été atteint grâce à l'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-directifs, effectués auprès des patientes incluses dans notre étude.

À travers ces entretiens, les femmes ont également pu décrire leurs attentes par rapport à leur fin de grossesse et leur déclenchement ainsi que les aspects positifs et négatifs du geste auquel elles ont eu recours.

Par ailleurs, cette étude a également pu mettre en lumière une éventuelle relation entre la parité et le choix de recours à un décollement des membranes pour une nouvelle grossesse.

Enfin, cette étude avait comme objectif secondaire de connaître les déterminants de cette satisfaction, qui a pu être atteint grâce aux descriptions faites par les patientes.

II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE

1. Points forts

L'une des principales forces de cette étude réside dans ses modalités de mise en place.

En effet, le choix d'une étude qualitative effectuée par des entretiens semi-directifs, a été fait dans le but de recueillir des opinions étayées et argumentées à propos de la satisfaction du décollement des membranes. Ceux-ci ont permis aux femmes de s'exprimer librement en utilisant leurs propres mots concernant le récit de leur expérience. La littérature française comme étrangère étant encore relativement pauvre à ce sujet, la quasi-totalité des données retrouvées étaient uniquement quantitatives et n'offraient pas d'explication aux pourcentages obtenus.

La grille d'entretien (annexe I) a été utilisée pour guider les participantes à l'étude autour des thèmes retrouvés dans la littérature, et les thèmes que nous souhaitions aborder, mais n'a pas été limitante concernant les thèmes explorés.

De plus, l'échantillon regroupe des femmes possédant des caractéristiques personnelles, socioprofessionnelles et obstétricales différentes. C'est ainsi, cette diversité qui a permis de rendre compte de la multiplicité des expériences, ce qui a d'autant plus contribué à la richesse des entretiens. De même, le recrutement s'est étendu à deux lieux différents, amenant ainsi une diversité d'intervenant et de secteur d'exercice, puisqu'il s'agissait d'un milieu hospitalier et d'un milieu libéral.

Le recueil de données s'étant étalé sur six mois, cela nous a permis de retranscrire nos entretiens au fur et à mesure, ainsi que d'analyser nos données régulièrement, ce qui a permis une organisation optimale pour le chercheur.

Ainsi, cela nous a permis de répondre à la problématique de ce travail de recherche et également de partager un moment d'échange très appréciable avec chacune des femmes incluses dans l'étude.

2. Points faibles

Pour cette étude, treize femmes répondant aux critères d'inclusion avaient été contacté afin d'y participer, mais seules dix femmes ont accepté de participer à l'étude, les autres n'ayant pas donné suite. Deux femmes ont dû être exclues après les entretiens car celles-ci avaient bénéficié du DPIO en cours de travail et ne répondaient pas à l'objectif de l'étude.

Nous pouvons noter l'existence d'un biais de mémorisation. En effet, afin d'obtenir un nombre suffisant de réponses, les patientes ont dû être recrutées sur une période de 6 mois. Le temps écoulé entre la réalisation du geste et le recueil des données pour l'étude pu être à l'origine d'oublis de certains détails dans leurs récits.

Par ailleurs, l'étude s'est limitée à un seul territoire d'un seul département, pouvant être le reflet des pratiques de mêmes intervenants.

La satisfaction et le vécu sont des notions très subjectives, qu'il est difficile d'estimer sans biais.

Ensuite, la réalisation d'entretiens semi-directifs a été parfois difficile à mettre en place compte tenu d'un manque d'expérience dans la pratique de ce type d'entretien, nécessitant un temps d'adaptation.

Les entretiens ont été réalisés de manière téléphonique. Cette méthode de recueil de données a pu participer à limiter les interactions avec les personnes interviewées en termes de communication non-verbale et de relever des expressions émotionnelles.

Enfin, les résultats de notre étude ne peuvent être généralisés puisque notre population s'est étendue sur dix patientes de la région Occitanie.

III. ANALYSE DES RÉSULTATS

1. Les attentes des femmes concernant le DPIO

1.1 L'espoir d'une mise en travail spontanée et d'un non-recours aux moyens thérapeutiques de déclenchement

La totalité des patientes incluses dans l'étude ont affirmé qu'elles seraient prêtes à avoir recours à un décollement des membranes lors d'une éventuelle prochaine grossesse. En effet, nous avons pu nous apercevoir d'une volonté grandissante des femmes d'avoir accès à des méthodes plus douces et moins invasives autour de leur grossesse et ainsi, de ne pas recourir à l'utilisation de moyens thérapeutiques, dans la mesure du possible. Cela semble augmenter considérablement leur satisfaction.

Pour autant, le rapport de l'enquête périnatale de 2016 (3) avait révélé que le déclenchement du travail était l'une des interventions obstétricales les plus courantes en France, et ce sont les prostaglandines qui sont utilisées dans la plupart des cas, rappelant ainsi le mécanisme d'action de la méthode du décollement des membranes.

Même si le taux de déclenchement du travail est resté stable entre 2010 et 2016, cela reste une source de dépenses en santé considérable, car les soins relevant des activités

d'obstétriques font partie du budget principal des hôpitaux publics et contribuent à leur déficit. (37). Ainsi, réduire le taux de déclenchement du travail par des moyens thérapeutiques ou mécaniques coûteux, et proposer le décollement des membranes en premier recours, pourrait contribuer à une amélioration des dépenses en santé, tout en augmentant la satisfaction des femmes pour le choix de méthodes moins interventionnistes.

1.2 Etre patient-acteur

C'est dans une démarche de choix, que s'inscrit le DPIO perçu comme un moyen efficace et rapide quant à l'arrivée du bébé, par les patientes. En effet, l'émergence du patient acteur de sa santé et de sa prise en charge s'intensifie. Ainsi, les femmes voient en ce geste, une possibilité d'être pleinement actrice de leur grossesse puisqu'elles choisissent ou non d'essayer de déclencher leur accouchement, après une information éclairée.

Comme les résultats de notre étude l'ont démontré, toutes les femmes interrogées ont confirmé leur participation au choix de réalisation du DPIO par les professionnels, ce qui a fortement contribué à leur satisfaction.

Comme le recommande la HAS dans son communiqué de 2018 concernant l'accompagnement de la physiologie et les interventions médicales, les professionnels de santé doivent « *s'enquérir des souhaits/demandes et besoins physiologiques et émotionnels.* » (38).

2. Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le DPIO

2.1 Le bon déroulement de geste

Toutes les femmes interrogées ont estimé que le geste c'était bien déroulé. Effectivement, celles-ci se sentaient « *en confiance* » et « *rassurées* », ce qui participait au bon déroulement du décollement des membranes. Même si plusieurs d'entre elles nous ont décrit des effets indésirables connus comme une douleur lors geste, des saignements, ou encore des contractions douloureuses après celui-ci, toutes considéraient qu'il avait bien été réalisé et que ces événements indésirables n'entachaient en rien leur satisfaction,

puisqu'elles avaient été prévenues de ces éventuels désagréments. Ainsi cela s'accorde avec les recommandations actuelles puisqu'il est dit selon le CNGOF que « *Compte tenu de ses inconvénients, le décollement des membranes ne doit pas être réalisé lors d'un examen systématique sans information et sans accord préalable de la patiente.* » (39) et selon la HAS « *Au moment où il est proposé, la patiente doit être informée du fait que le décollement de membranes n'est pas associé à une augmentation d'infections maternelles et néonatales, mais que cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement de l'accouchement, qu'elle peut être douloureuse et entraîner une fréquence plus grande de saignements lors des touchers vaginaux.* » (2).

2.2 L'efficacité supposée

L'âge gestationnel au moment du décollement des membranes se situe pour toutes femmes de notre étude au-delà de 37 semaines d'aménorrhées, et principalement entre 40 et 42 semaines d'aménorrhées. C'est en effet, ce que recommandent la HAS et le CNGOF concernant cette pratique (2,39).

Cependant, ces mêmes instances ne précisent pas si la répétition du geste améliore son efficacité. En effet, concernant la pratique unique ou répétée du geste, aucune recommandation n'est à ce jour écrite. Plusieurs études publiées, datant de 1997 et 2005, ne sont pas forcément en accord quant à l'efficacité de répéter le décollement des membranes (4,20). Devant ce manque de preuve scientifique, il est difficile d'uniformiser les pratiques. Les résultats de notre étude vont dans ce sens, puisque trois patientes ont eu deux décollements tandis que les cinq autres en ont eu qu'un seul.

Ainsi, les risques d'un décollement des membranes répété n'ayant pas été clairement évalués, il semblerait préférable d'opter pour un décollement unique, en attendant la validation de nouvelles études.

Par ailleurs, la totalité des femmes incluses dans notre étude ont assurées qu'elles croyaient en l'existence d'un lien entre le décollement des membranes et leur mise en travail spontanée. En effet, lorsque la question « *Avez-vous le sentiment que ce geste a participé ou a été utile à votre mise en travail ?* » leur a été posé, les huit patientes interrogées ont répondu positivement, ce qui a fortement participé à leur satisfaction. Ces

résultats-là sont en adéquation avec les données du NICE et de la revue Cochrane, citées dans les recommandations de la HAS de 2009 (2), qui mentionnent que le décollement des membranes permet de diminuer le recours à d'autres moyens pour déclencher le travail et de réduire la proportion de grossesses présentant un dépassement de terme.

Pour finir, selon de nombreuses études, et notamment celle de la méta-analyse Cochrane de 2005, il semblerait que la probabilité d'un travail spontané dans les 48h après le décollement des membranes ou d'un accouchement dans la semaine suivant celui-ci, soit augmentée (4). Notre étude va là encore dans ce sens, car le temps entre le DPIO et l'accouchement se situaient entre 4 et 48h pour neuf des femmes incluses et une ayant accouchée 120h après le décollement.

2.3 L'intervenant idéal

Les femmes interrogées ont indiqué que les professionnels de santé qui avaient effectué leur décollement des membranes avaient une grande influence sur le vécu du geste.

L'intervenant idéal était, selon elles, une personne compétente et rassurante avec des qualités humaines comme le respect et la douceur, ainsi que des habilités pour communiquer, une personne qui explique bien et qui prend le temps. Elles ont également mentionné que la considération du professionnel de santé influait positivement sur leur satisfaction.

Ce constat rejoint alors celui d'une étude anglaise de 1982, qui décrivait les déterminants de la satisfaction des usagers à l'égard du système de soins. En effet, d'après cette revue, une partie des principaux déterminants de cette satisfaction étaient les suivants : les compétences de l'intervenant et ses qualités humaines (30).

Une autre étude, canadienne cette fois, datant de 2002, recensait les déterminants de la satisfaction maternelle à propos du suivi de grossesse. Parmi ces déterminants, on retrouvait l'attention fournie par l'intervenant et temps du soin (40).

Enfin, en 2005, une étude suédoise a mis en évidence que les compétences techniques et clinique de l'intervenant ainsi que sa sympathie étaient en relation étroite avec la satisfaction des usagers (41).

Par ailleurs, l'article R.4127-302 du code de la Santé Publique mentionne que « *La sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.* » (42).

3. Le moment de l'information à propos du DPIO

3.1 L'obligation déontologique des sages-femmes à l'information éclairée

Au regard du Code de la Santé Publique, auquel sont soumis les sages-femmes, et selon l'article L.1111-4, « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé afin qu'elle puisse prendre avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » (43).

D'autre part, l'article L.1111-2 du Code de la Santé Publique énonce que « *L'information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.* » (44).

Ainsi, la sage-femme doit délivrer une information claire, loyale, compréhensible et adaptée. Elle porte sur l'ensemble des investigations, traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, leurs risques fréquents ou normalement prévisibles, ainsi que sur les alternatives possibles. Cette information peut être délivrée avant, pendant et après les soins au cours d'un entretien individuel. Les patientes peuvent demander toute information complémentaire, obtenir l'avis d'un autre professionnel, ou encore demander un délai de réflexion.

Le recueil du consentement du patient est obligatoire, selon l'article L.1111-4 : « *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.* » (43).

Dans le cadre d'un accouchement physiologique, les recommandations pour un accouchement normal selon la HAS, parues en 2018, peuvent également être appliquées. Elles stipulent notamment que les femmes enceintes doivent recevoir une information portant sur « *toute intervention médicale pouvant être proposée et réalisée au cours du travail et de l'accouchement. Toute intervention ou pratique de soins non urgente doit faire l'objet d'un consentement oral libre et éclairé.* ». Ainsi, le décollement du pôle inférieur de l'œuf s'inscrit au titre d'intervention médicale et doit faire l'objet d'un recueil de consentement de la parturiente (38).

Toutes les femmes interrogées dans notre étude déclaraient avoir été préalablement informées conformément aux recommandations. Cependant, quelques femmes n'étaient pas toujours en mesure, à distance du geste, d'en maîtriser les modalités et les objectifs, probablement en raison d'un biais de mémorisation.

3.2 L'information lors des séances de PNP

Toutes les femmes primipares de notre étude avaient suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, montrant ainsi un réel intérêt de formation et d'éducation. De nos jours, nous assistons à l'émergence des patients-acteurs dans les soins en France. En effet, les couples sont en quête d'informations périnatales, se rendant actifs quant à leur prise en charge.

Les objectifs des séances de PNP sont définis par la HAS en 2005 et celle-ci rappelle entre autres que cette démarche « *contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple.* » et « *Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.* » (45).

Même si les méthodes de déclenchement ne sont pas clairement énoncées dans les objectifs et contenus des séances de PNP, une sage-femme peut tout à fait délivrer l'information de possibilité de recours au décollement des membranes lors de ces séances. En effet, l'article R.4127-310-1 du Code de la Santé Publique stipule que « *La sage-femme peut également, par tout moyen, y compris sur un site internet, communiquer au public ou à des professionnels de santé, à des fins éducatives ou sanitaires, des*

informations scientifiquement étayées sur des questions relatives à sa discipline ou à des enjeux de santé publique. Elle formule ces informations avec prudence et mesure, en respectant les obligations déontologiques et se garde de présenter comme des données acquises des hypothèses non encore confirmées. » (46).

Pourtant, seulement deux femmes avaient estimé avoir reçu l'information au sujet du DPIO, lors des séances de PNP, sur les sept ayant bénéficié de cours de préparation à la naissance et à l'accouchement. Cependant, rappelons que beaucoup d'informations sont délivrées aux femmes aux décours des séances de PNP. Un biais de mémorisation a pu affecter leurs souvenirs du contenu des séances. De plus, nous n'avons pas interrogé les femmes sur le type de PNP réalisées, il se peut que la nature même des séances de PNP proposées ait pu orienter le contenu des séances vers des aspects plus spécifiques de la grossesse, de l'accouchement

4. Les informations délivrées à propos du DPIO

Il est apparu lors des entretiens, que les connaissances des femmes à propos du décollement des membranes, après en avoir bénéficié, étaient très hétérogènes. Effectivement, six des patientes n'étaient pas en mesure de donner une description concrète au geste qu'elles ont reçu et son mécanisme d'action. Sur cet aspect, le temps écoulé entre la réalisation du DPIO et le moment de l'enquête a pu effacer le souvenir exact des informations données sur le geste par les professionnels.

Concernant les effets indésirables du décollement des membranes, la grande majorité des patientes étaient averties, puisque cinq connaissaient la possibilité de saignements pouvant suivre le geste et sa limite acceptable, la possibilité de dystocie de démarrage et les motifs de consultations aux urgences.

Concernant les limites du décollement, là encore sept des femmes étaient renseignées à ce propos. Elles déclaraient savoir que « *cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement du travail* » comme le mentionne l'HAS dans sa synthèse des recommandations professionnelles concernant le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA (2).

Cependant, aucune d'entre elles n'avait connaissance que ce geste n'est pas associé à une augmentation d'infections maternelles et néonatales.

Ainsi, nous pouvons faire le constat que les femmes n'étaient pas en mesure de délivrer avec précision des informations sur le geste auquel elles ont eu recours, durant leur suivi de grossesse. Malgré cela, la plupart des parturientes ayant bénéficié du geste ont reçu les informations quant à celui-ci au moment où le professionnel allait l'effectuer.

IV. PROJET D'ACTION

Afin d'améliorer la satisfaction des patientes concernant le décollement des membranes, plusieurs solutions peuvent être présentées :

Premièrement, il serait nécessaire de tracer systématiquement dans le dossier la réalisation du DPIO ainsi que le consentement des patientes.

Deuxièmement, il serait pertinent d'inclure plus systématiquement, en particulier, lors des consultations de fin de grossesse, une information sur le décollement du pôle inférieur de l'œuf : sa réalisation et ses effets indésirables. Néanmoins, comme nous le rappelions, les femmes enceintes se voient délivrer un grand nombre d'informations au sujet de leur grossesse, de leur nouveau-né. Il n'est pas toujours aisé pour les professionnels d'être exhaustif. Ainsi, un affichage en salle d'attente, particulièrement dans les secteurs de consultation de fin de grossesse, pourrait permettre de compléter les informations transmises par les professionnels de santé. Aussi, nous avons élaboré une affiche simple en (Annexe III) visant à informer les femmes. Par ailleurs, cela permettrait d'éviter une information plus tardive, c'est-à-dire au moment de la proposition de réalisation du geste, ce qui était parfois source de refus et ainsi considéré comme un facteur influençant négativement la satisfaction. Pour cela, les professionnels de santé pourraient se munir de cette affiche explicative contenant les principales réponses aux questions, auxquelles les femmes se posent, notamment sur les modalités de ce geste (en quoi consiste-t-il exactement, qu'est-ce que cela provoque, quand peut-t-il être réalisé, peut-t-il être réalisé plusieurs fois pour une même grossesse) et les différents

professionnels capables de l'effectuer. Cette affiche serait actualisée aux yeux des recommandations actuelles.

L'objectif serait de l'afficher dans les salles d'attentes, aussi bien dans les cabinets libéraux, qu'à l'hôpital. Les avantages d'un tel document sont nombreux : tout d'abord, une affiche est un support écologique qui permet des économies de papier par rapport à un document type à distribuer à toutes les femmes enceintes et cela permet de centraliser les informations sur un document unique, ainsi utilisable lors d'une séance de préparation à la naissance et à la parentalité, par exemple. Une ébauche de ce document est proposée en annexe III.

Ce document nécessiterait cependant d'être officiellement testé pour valider sa pertinence et son utilité.

Pour finir, il serait peut-être envisageable de proposer le décollement des membranes à toutes les patientes en fin de grossesse, ne présentant pas de contre-indications, afin de diminuer les risques de recours à d'autres moyens de déclenchements.

CONCLUSION

Cette étude s'inscrit dans la dynamique actuelle d'un désir croissant des patientes à être actrices de leur grossesse et de leur accouchement. C'est dans un univers médical de plus en plus performant, et souvent associé à une médicalisation dans la prise en charge des usagers, que le décollement des membranes trouve sa place en obstétrique, revenant à des méthodes non pharmacologiques.

Le but de notre travail était de comprendre ce qui influençait la satisfaction des femmes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf et ainsi rechercher des pistes d'amélioration à cette satisfaction. La méthode employée dans notre étude consistait en l'analyse de dix entretiens avec des femmes dans la période du post-partum, au sein de la région Occitanie.

Il a été retrouvé comme principaux résultats que la plupart des femmes sont satisfaites de leur recours à ce geste dans leur suivi de grossesse ou lors du travail. Celles-ci recherchaient tout d'abord, au travers du décollement des membranes, une mise en travail spontanée ou une aide à la maturation du col utérin, avec comme finalité une mise au monde proche et ainsi un moyen d'accélérer la rencontre avec leur nouveau-né. Elles recherchaient également, un intervenant avec des compétences techniques mais avant tout une personne possédant des qualités humaines, qui sait se montrer compréhensif, doux et patient.

Concernant les connaissances des femmes à propos du décollement des membranes, de son mécanisme d'action, de ses avantages ou de ses effets indésirables, de l'âge gestationnel et du nombre de fois qu'il peut être réalisé, celles-ci pourraient être améliorées.

C'est dans cet objectif que la mise en place d'une affiche explicative sur les modalités du décollement du pôle inférieur de l'œuf, dans les salles d'attentes des cabinets libéraux et des hôpitaux, nous est apparue intéressante. Elle contribuerait à informer les femmes sur cette possibilité s'offrant à elles.

Cette étude mérite d'être approfondie et élargie. Il semblerait intéressant de proposer le décollement des membranes à toutes les femmes ayant dépassé le terme de la grossesse, et de les informer sur les avantages de ce geste, afin d'optimiser les chances d'un accouchement spontané et de satisfaire au mieux ces femmes.

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 5 nov 2019];7(2):1-17. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0246033512525019>
- [2]. Haute Autorité de Santé (HAS). Recommandations professionnelles : déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée : argumentaire. has-sante.fr [Internet]. 2008 [cité 23 mars 2020]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf
- [3]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Direction de la recherche, des Etudes, de l'Evaluation, et des Statistiques (DRESS). Enquête nationale périnatale : rapport 2016 : les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017 [cité 19 févr 2020]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [4]. Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2005 [cité 30 oct 2019];1(CD000451):1-67. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000451.pub3>
- [5]. Summers L. Methods of Cervical Ripening and Labor Induction. J Nurse-Midwifery [Internet]. 1997 [cité 19 févr 2020];42(2):71-85. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0091-2182\(96\)00138-3](https://doi.org/10.1016/S0091-2182(96)00138-3)
- [6]. Heilman E, Sushereba E. Amniotic membrane sweeping. Semin Perinatol [Internet]. 2015 [cité 23 mars 2020];39(6):466-70. Disponible sur: <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2015.07.010>
- [7]. Mitchell MD, Flint APF, Bibby J, Brunt J, Arnold JM, Anderson ABM, et al. Rapid increases in plasma prostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy. BMJ. 1977;2:1183-5.
- [8]. Keirse MJNC, Thierry M, Parewijck W, Mitchell MD. Chronic stimulation of uterine prostaglandin synthesis during cervical ripening before the onset of labor. Prostaglandins [Internet]. 1983 [cité 27 mars 2020];25(5):671-82. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/0090-6980\(83\)90121-1](https://doi.org/10.1016/0090-6980(83)90121-1)
- [9]. Raynal P, Houdeau E. Comparaison de l'activité réflexe de l'utérus au cours de l'insémination artificielle et de l'accouplement chez la brebis. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction [Internet]. 2004 [cité 12 oct 2020];33(8):725-33. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231504966343>
- [10]. Berthe E. Décollement des membranes : étude descriptive des pratiques au CHU d'Angers [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Angers]: Université d'Angers; 2014 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <http://dune.univ->

angers.fr/fichiers/20081599/2014MDNSF1748/fichier/1748F.pdf

- [11]. 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 19 févr 2020];6(CD003101):1-263. Disponible sur: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003101.pub3>
- [12]. Ceccaldi P-F, Lamau M-C, Poujade O, Mougél L, Ducarme G, Davitian C, et al. Physiologie du déclenchement spontané du travail. *EMC - Obstétrique* [Internet]. janv 2013 [cité 18 mai 2020];8(1):1-12. Disponible sur: https://www-em-premium-com.ezproxy.uca.fr/showarticlefile/767449/05-50218_plus.pdf
- [13]. Tan PC, Khine PP, Sabdin NH, Vallikkannu N, Sulaiman S. Effect of Membrane Sweeping on Cervical Length by Transvaginal Ultrasonography and Impact of Cervical Shortening on Cesarean Delivery. *J Ultrasound Med* [Internet]. 2011 [cité 4 nov 2019];30(2):227-33. Disponible sur: <https://doi.org/10.7863/jum.2011.30.2.227>
- [14]. Collège National des Gynécologues Français (CNGOF). Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français : réunion du 28 janvier 2005 à Lille. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* [Internet]. 2005 [cité 14 oct 2019];34(5):513-9. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(05\)82867-4](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(05)82867-4)
- [15]. Lansac J, Descamps P, Goffinet F. *Pratique de l'accouchement*. 6^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016.
- [16]. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J, Corbett T, Leduc D, et al. Induction of Labour. *J Obstet Gynaecol Can* [Internet]. 2013 [cité 4 nov 2019];35(9):840-57. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30842-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30842-2)
- [17]. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF* (2002).
- [18]. Berghella V, Rogers R, Lescale K. Stripping of Membranes as a Safe Method to Reduce Prolonged Pregnancies. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1996 [cité 4 nov 2019];87(6):927-31. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/0029-7844\(96\)00046-4](https://doi.org/10.1016/0029-7844(96)00046-4)
- [19]. Wong SF, Hui SK, Choi H, Ho LC. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour? *BJOG*. 2002;109(6):632-6.
- [20]. Crane J, Bennett K, Young D, Windrim R, Kravitz H. The effectiveness of sweeping membranes at term: A randomized trial. *Obstet Gynecol* [Internet]. 1997 [cité 4 nov 2019];89(4):586-90. Disponible sur: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(97\)00004-5](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(97)00004-5)
- [21]. Miranda ED, Bom JVD, Bonsel GJ, Bleker OP, Rosendaal FR. Membrane

sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. BJOG [Internet]. 2006 [cité 24 mars 2020];113(4):402-8. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00870.x>

- [22]. Thomas F. Le décollement des membranes à partir de 37 SA : élaboration de recommandations : enquête de pratiques en Alsace [Mémoire : Sage-femme]. [Strasbourg]: Université Louis Pasteur; 2004.
- [23]. Cuzon S. Le décollement du pôle inférieur de l'œuf à terme [Internet] [Mémoire : Sage-femme]. [Brest]: Ecole de Sage-Femme de Brest; 2015 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01275939/document>
- [24]. Larousse. Le grand Larousse illustré. Paris; 2017.
- [25]. Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport Expérience Patient [Internet]. has-sante.fr. 2011 [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011
- [26]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan de périnatalité 2005-2007 [Internet]. 2004. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [27]. Haute Autorité de Santé (HAS). Dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients : e-Satis [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/guide_methodologique_esatis_2019.pdf
- [28]. 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.
- [29]. Merkouris, Infantopoulos, Lanara, Lemonidou. Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services. Journal of Nursing Management [Internet]. 1999 [cité 8 févr 2021];7(1):19-28. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2834.1999.00101.x>
- [30]. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. Social Science & Medicine [Internet]. 1982 [cité 8 févr 2021];16(5):577-82. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953682903112>
- [31]. Organisation mondiale de la santé (OMS). Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive. Organisation mondiale de la santé.; 2017.
- [32]. Inspection générale des affaires sociales. Mesure de la satisfaction des usagers de établissements de santé [Internet]. 2007. Disponible sur: https://www.robertholcman.net/public/documents_institutionnels/Rapports_IGA_S/igas_mesure_satisfaction_usagers_etablissements_sante.pdf

- [33]. Boulvain M, Fraser WD, Marcoux S, Fontaine J-Y, Bazin S, Pinault J-J, et al. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomized controlled trial. *BJOG* [Internet]. 1998 [cité 24 mars 2020];105(1):34-40. Disponible sur: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09347.x>
- [34]. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain* [Internet]. 1987 [cité 24 mars 2020];30(2):191-7. Disponible sur: [http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959\(87\)91074-8](http://dx.doi.org/10.1016/0304-3959(87)91074-8)
- [35]. Adeniji AO, Akinola E. A comparison of orally administered misoprostol and membrane sweeping for labour induction in uncomplicated singleton post-term pregnancies. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology (SAJOG)* [Internet]. 2013 [cité 13 oct 2020];19(1):4-7. Disponible sur: <https://www.ajol.info/index.php/sajog/article/view/85156>
- [36]. Blanc-Petitjean P, Salomé M, Dupont C, Crenn-Hebert C, Gaudineau A, Perrotte F, et al. État des lieux des pratiques de déclenchement en France. *Gynecol Obstet Fertil Senol* [Internet]. 2019 [cité 5 nov 2019];47(7-8):555-61. Disponible sur: <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.05.002>
- [37]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS). Les dépenses en santé en 2018. [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-07/cns2019.pdf>
- [38]. Haute Autorité de santé (HAS). Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. *has-sante.fr* [Internet]. 2017;47. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf
- [39]. Collège National des Gynécologues Français (CNGOF). Grossesse prolongée et terme dépassé : recommandations pour la pratique clinique – Texte des recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. 2011 [cité 2 déc 2019];40(8):818-22. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231511002638>
- [40]. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* [Internet]. 2002 [cité 14 mars 2021];18(4):260-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613802903177>
- [41]. Hildingsson I, Rådestad I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *J Adv Nurs* [Internet]. 2005 [cité 16 mars 2021];52(3):239-49. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.2005.03584.x>
- [42]. Code de la santé publique. Article R.4127-302. Code de la santé publique.

- [43]. Code de la santé publique. Article L.1111-4. Code de la santé publique.
- [44]. Code de la santé publique. Article L.1111-2. Code de la santé publique.
- [45]. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité. 2005; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [46]. Code de la santé publique. Article R.4127-310-1. Code de la santé publique.

ANNEXES

Annexe I : Grille d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour,

Je suis Manon Poujade, étudiante sage-femme en 4ème année à l'école de Clermont-Ferrand.

Dans le cadre de mes études, je réalise mon mémoire sur la satisfaction des patientes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf.

A l'heure actuelle, très peu d'études s'intéressent à la satisfaction des patientes concernant ce geste-là.

Ainsi, à travers l'entretien que nous allons avoir, mon objectif est de pouvoir étudier la satisfaction générale des patientes après un décollement des membranes et les critères qui interviennent dans cette satisfaction.

Eléments recueillis en amont, dans le dossier obstétrical :

- **Age**
- **Gestité/parité**
- **Age gestationnel lors du décollement**
- **Temps entre DPIO et mise en travail**

J'ai quelques questions préalables à vous poser pour vérifier que vous répondez bien aux critères d'inclusion par rapport à mon étude.

Tout d'abord, avez-vous bénéficié d'un DPIO à l'occasion de votre grossesse ? Oui, non ou je ne me souviens pas.

Si la patiente répond à cette question par « non » ou « je ne m'en souviens pas », je leur rappelle ce qu'est un DPIO : il s'agit d'un geste parfois proposé par les professionnels de santé en fin de grossesse, où un décollement des membranes est réalisé pour favoriser la mise en travail de la personne, cet acte peut être plus ou moins perçu de manière douloureuse selon les individus.

Est-ce que vous vous en souvenez ou pas ? Si la patiente répond que non, elle n'en a pas bénéficié, alors nous couperons court à cet entretien. Dans le cas contraire nous poursuivrons l'entretien.

Avez-vous déjà entendu parler du DPIO avant d'en avoir bénéficié ? Si vous aviez déjà eu une information à ce sujet, à quelle occasion était-ce ? Ou par quel média ?

Pour vous, qu'est-ce qu'un décollement des membranes ?

Dans quel contexte avez-vous eu ce geste ?

Avez-vous bénéficié de consultations de grossesse au-delà de 41 semaines d'aménorrhées « consultations de terme » ? Si oui, à quel âge gestationnel avez-vous bénéficié de ces consultations ? Combien de consultations avez-vous eu ? A quel âge gestationnel avez-vous accouché ? Si vous avez bénéficié du DPIO, est-ce à votre demande ou est-ce le professionnel qui vous l'a proposé ?

Si vous avez déjà eu un décollement des membranes lors de précédentes grossesses, quel vécu gardez-vous de celui/ceux-ci ?

Concernant l'information délivrée au moment du/des DPIO pour cette grossesse :

Le professionnel a-t-il sollicité votre accord avant la réalisation du geste ?
A quel moment est survenue l'information ?
Quelles informations vous a-t-il délivrés ? Estimez-vous avoir reçu des informations claires et compréhensibles concernant le geste en lui-même, la survenue des éventuelles douleurs, des complications à postériori, ainsi que les objectifs de ce geste ?
Avez-vous le sentiment d'avoir une information suffisante concernant ce geste ?
Avez-vous bénéficié de plusieurs DPIO à l'occasion de cette grossesse ?
A-t-il été réalisé par le même professionnel ?
Avez-vous été informé préalablement à la réalisation du geste, lors de chaque DPIO ?

Avez-vous le sentiment que le professionnel a respecté votre pudeur ? A su vous rassurer au besoin ?

Concernant la présence d'un accompagnant :

Lorsque le DPIO a été pratiqué, étiez-vous accompagné ?
Avez-vous eu le sentiment que la présence d'un proche était rassurante à ce moment-là ?
Jugez-vous cette présence particulièrement utile lorsque ce geste est réalisé ?

A l'issu du décollement du pôle inférieur de l'œuf :

Comment évalueriez-vous la douleur pendant la réalisation du geste (de manière globale notamment si plusieurs DPIO ont été effectués) ? Ainsi que dans les heures ou les jours qui ont suivies le décollement ?
Avez-vous eu des saignements de sang rouge au cours des 48h suivant le décollement ?
Si oui, vous ont-ils amenés à consulter ?
Avez-vous eu des contractions utérines douloureuses et/ou régulières ayant durées plusieurs heures au cours des 48h suivant la consultation ?
Si oui, vous ont-elles amenés à consulter ?

Concernant votre sentiment à propos de l'utilité du geste :

Avez-vous le sentiment que ce geste a participé ou a été utile à votre mise en travail ?

De manière globale, quelle est votre sentiment à l'égard de la pratique de ce geste en fin de grossesse ? Etes-vous plutôt satisfaite, le jugez-vous plutôt utile ?

Et au besoin, seriez-vous prête à en bénéficier de nouveau à l'occasion d'une nouvelle grossesse ?

Jugez-vous utile de recevoir une information en amont de la fin grossesse ou pendant la grossesse sur ce sujet là ? A quel moment cela vous paraît opportun de l'aborder (PNP, consultations) ?

Conclusion : Selon vous, quels éléments auraient pu participer à améliorer votre satisfaction à l'égard de ce geste, au décours de cette grossesse ?

Lettre d'information

Le vécu des patientes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf

Investigateurs :

- POUJADE Manon, étudiante sage-femme à xx
- Sous la direction de Madame xx, sage-femme hospitalière et de la co-direction de Madame xx, sage-femme enseignante

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter (mail : xxx)

Madame,

Vous avez été invité(e) à participer à une étude appelée « Le vécu des patientes concernant le décollement du pôle inférieur de l'œuf ».

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 xx, sage-femme hospitalière au CHU à xx.

1. Pourquoi cette étude ?

Le décollement des membranes apparaît comme étant un moyen de maturation cervicale et peut être proposé, à l'issue de la grossesse, pour favoriser la mise en travail spontanée. Il permet de ce fait, de réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant spontanément en travail dans la semaine suivant le décollement. Cependant, à ce jour, peu d'études qualitatives ont été réalisées afin de recueillir l'avis et l'opinion des femmes enceintes concernant ce geste-là.

De ce fait, cette étude a pour but d'améliorer la prise en charge des femmes durant les consultations lors desquelles le décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO) est réalisé et également de mettre en œuvre des interventions d'éducation et d'information lors des cours de préparation à la naissance et à la parentalité.

2. L'étude en pratique (méthode employée)

Le recrutement se fera par l'intermédiaire de l'investigateur principal, lors d'une information orale délivrée au moment d'une consultation programmée au sein d'un cabinet de sage-femme libérale ou, au moment de l'admission d'une patiente en travail en salle d'accouchement, au sein de l'Hôpital xx à xx, pour lequel l'avis, respectivement, de la sage-femme, Madame xx, et de la cadre supérieur de pôle, Madame xx, aura été préalablement recueillie.

Le recrutement sera réalisé en différentes étapes : tout d'abord, une information orale sera délivrée aux femmes répondant aux critères d'inclusion, par l'investigateur lui-même, durant un stage dans le cabinet libéral de Madame xx ou un stage en salle de naissance, au sein de l'Hôpital xx à xx. Une fois l'information délivrée et le consentement oral de la patiente recueilli, les données nominatives c'est-à-dire, Nom, Prénom, numéro de téléphone et adresse mail, seront demandées à la femme. Dans un second temps, l'investigateur principal informera la femme par un e-mail complémentaire. Le consentement écrit sera confirmé par la patiente participante, à cette occasion-là. Une fois ces étapes réalisées, un rendez-vous téléphonique sera fixé dans les 6 mois suivant l'accouchement de la patiente.

Le recueil des données s'effectuera grâce à des entretiens téléphoniques. La durée envisagée pour ces entretiens est de l'ordre d'une demi-heure. Il s'agit d'entretiens semi-directifs enregistrés, basés sur une grille préalablement établie. Une fois l'enregistrement terminé, les données seront retranscrites et analysées. Lorsque cette étape sera concrétisée, les enregistrements seront détruits.

3. Confidentialité et sécurité des données

L'ensemble des données recueillies ne comporteront pas de données identifiantes. Les informations seront rendues anonymes et seront détruites après avoir été analysées. Aucune donnée nominative sera ensuite conservée par l'enquêteur. Concernant les coordonnées transmises lors de la prise de contact initiale, elles seront conservées dans une table de donnée cryptée et anonyme. Toutes les correspondances seront réalisées par l'intermédiaire d'une adresse mail institutionnelle via l'université xx.

Vos données personnelles (si recueillies) 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 n°2018-493 promulguée le 20 juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

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.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés 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 POUJADE Manon (mail : xx) ou à l'école de sage-femme (à l'adresse : xx).

Afin de permettre la réalisation de l'étude, vous vous engagez à contacter par téléphone Madame POUJADE Manon (au xx) dans les 6 mois suivant votre accouchement, soit durant votre séjour à la maternité ou à votre retour à domicile afin de procéder à un entretien.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : xx

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

Le décollement des membranes

Cela consiste à séparer la poche des eaux du col lors d'un toucher vaginal. Pour cela, il faut que le col soit au moins ouvert à 1cm, afin que l'examineur puisse insérer son doigt.

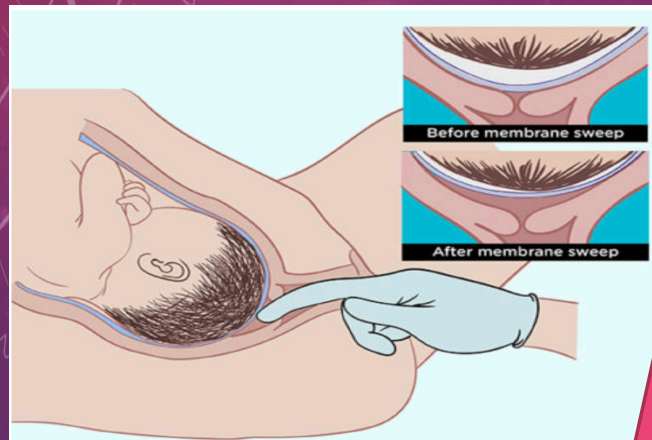
Qu'est-ce que c'est ?

Comment ça marche ?

Il se produit une libération d'hormones (les prostaglandines), ce qui induit une maturation du col et/ou des contractions utérines, pouvant entraîner le travail.

Cela dépend des femmes, certaines ressentent seulement une gêne, d'autres trouvent ça douloureux. Mais le geste est de courte durée.

Est-ce que ça fait mal ?



Une sage-femme
ou
un médecin

Quels professionnels peuvent le faire ?

Quand peut-on en bénéficier ?

Selon la Haute Autorité de Santé, le décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé : grossesse prolongée, terme dépassé, déclenchement de convenance...

Cela peut aboutir à une mise en travail dans la semaine suivant le décollement, mais cette technique ne permet pas toujours d'induire le travail. Le geste peut provoquer quelques saignements.

Que se passe-t-il ensuite ?

Peut-on le faire plusieurs fois pour une même grossesse ?

Au vu des connaissances actuelles, la répétition du décollement des membranes ne présente pas d'intérêt.

Pour toute autre question, n'hésitez pas à vous adresser au professionnel qui réalise votre suivi de grossesse.

RÉSUMÉ

Introduction : En France, le déclenchement du travail est l'une des interventions obstétricales les plus courantes. La pratique du décollement des membranes, principalement réalisée par les sages-femmes, est décrite comme permettant d'augmenter le nombre de patientes entrant spontanément en travail. Ainsi, s'assurer de la satisfaction des femmes vis-à-vis de ce geste, et repérer ses déterminants, est l'objectif de ce travail.

Méthode : Une étude qualitative, de type descriptive et interprétative a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès de huit patientes dans le post-partum au sein d'un cabinet libéral et d'un centre hospitalier de la région Occitanie. Ces entretiens ont ensuite été analysés de manière thématique.

Résultats : Le vécu des femmes dépendait de leur ressenti au moment du geste, du sentiment d'utilité et d'efficacité et leurs attentes envers le geste. Il y avait cinq critères qui influençaient principalement le sentiment de satisfaction des femmes : le suivi global et la continuité du suivi proposé par la sage-femme, la qualité de l'information, l'importance de l'expérience positive passée sur le DPIO, la qualité et l'influence de l'entourage familial ou de l'accès à l'éducation ou l'information prénatale au sujet du DPIO et une alternative aux moyens thérapeutiques de déclenchement. Le manque d'informations, le recours à un geste médical, le caractère douloureux constituaient les principaux éléments d'insatisfaction.

Discussion : Toutes les patientes n'ont pas reçu l'information au sujet du DPIO au même moment. Certaines appréciaient être informées de la possibilité de recours à ce geste, durant le suivi de grossesse, d'autres préféraient le savoir juste avant sa réalisation. Pour répondre à cette problématique, une affiche d'information sur le décollement du pôle inférieur de l'œuf a été élaborée dans le cadre de cette étude.

Mots-clés : satisfaction, décollement des membranes, déclenchement, geste obstétrical, sage-femme

ABSTRACT

Background : In France, induction of labor is one of the most common obstetric interventions. The practice of membranes sweeping, mainly performed by midwives, is described as increasing the number of patients spontaneously entering labor. Thus, ensuring women's satisfaction with this gesture, and identifying its determinants, is the objective of this work.

Study design : A qualitative, descriptive and interpretative study was carried out thanks to semi-directive interviews conducted with eight post-partum patients in a private practice and a hospital in the Occitanie region. These interviews were then analyzed in a thematic manner.

Results : The women's experience depended on how they felt at the time of the gesture, on their sense of usefulness and effectiveness, and on their expectations of the gesture. There were five criteria that mainly influenced the feeling of satisfaction of women : the overall follow-up and the continuity of the follow-up proposed by the midwife, the quality of the information, the importance of the positive past experience on the DPIO, the quality and the influence of family environment or access to education or prenatal information about the DPIO and an alternative to therapeutic means of initiation. The lack of information, recourse to a medical procedure, the painful nature were the main elements of dissatisfaction.

Discussion : Not all patients received the information about DPIO at the same time. Some appreciated being informed of the possibility of recourse to this gesture, during the pregnancy follow-up, others preferred to know it just before its realization. To answer this problem, an information poster on the detachment of the membrane sweeping was developed as part of this study.

Keywords : satisfaction, membrane sweeping, induction of labour, obstetrical gesture, midwife