

Table des matières

REMERCIEMENTS.....	3
GLOSSAIRE.....	5
INTRODUCTION.....	6
GÉNÉRALITÉS.....	8
1 -Définition du décollement des membranes.....	8
2 -Distinction entre décollement des membranes et massage cervical	9
3 -Mécanisme d'action.....	9
3.1.Découverte du mécanisme d'action.....	9
3.2.Les prostaglandines	10
4 -Buts et avantages du décollement des membranes.....	10
5 -Indications.....	11
6 -Contre-indications.....	11
7 -Effets secondaires et sécurité du décollement.....	12
8 -Satisfactions maternelles.....	13
9 -Pratique du décollement et attitude du professionnel	14
9.1. Information de la patiente.....	14
9.2. Tenue du dossier.....	14
10 -Efficacité du décollement des membranes.....	14
11 -Place du décollement parmi les autres méthodes de déclenchement.....	17
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	19
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	20
1 -Matériels.....	20
2 -Méthodes.....	20
2.1.Outil de recherche utilisé.....	20
2.2.Élaboration du questionnaire.....	20
2.3.Critères étudiés.....	22
2.4.Diffusion du questionnaire.....	22
2.5.Retours des questionnaires.....	23
2.6.Recueil et analyse des données.....	23
RÉSULTATS.....	24
1 -Caractéristiques de la population :.....	25
2 -Connaissances et représentations des professionnels sur le DM	26
3 -Pratique du décollement.....	29
3.1.Description de la pratique des professionnels qui décolent n = 62.....	29
3.2.Non pratique du décollement des membranes n = 15.....	34
DISCUSSION.....	35

1 -Critique de l'étude.....	35
1.1.Les limites.....	35
1.2.Les atouts.....	36
2 -Analyse des résultats	36
3 -Propositions.....	49
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	57
RÉSUMÉ.....	73

Glossaire

AE	Années d'Expériences
AVB	Accouchement Voie Basse
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGOF	Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
DM	Décollement des Membranes
DPIO	Décollement du Pôle Inférieur de l'Oeuf
ERCF	Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal
GO	Gynécologue-Obstétricien
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de Confiance
IGO	Interne de Gynécologie-Obstétrique
PV	Prélèvement Vaginal
PVSB	Prélèvement Vaginal à Streptocoque B
RPC	Recommandations pour la Pratique Clinique
RPM	Rupture Prématuration des Membranes
RR	Risque Relatif
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SA	Semaines d'Aménorrhées
SF	Sage-Femme
SIG	Suivi Intensif de Grossesse
TV	Toucher Vaginal
UGO	Urgence Gynécologie Obstétrique

Introduction

C'est en 1810, en Angleterre, que le Professeur J. HAMILTON décrit la pratique du décollement des membranes et propose de l'utiliser pour induire le travail. Il la présente comme une alternative à l'amniotomie, afin de réduire le risque d'infection lié à l'ouverture de l'œuf. Ainsi, depuis son introduction au XIX^e siècle, le décollement des membranes fait partie de la pratique obstétricale.

En 1958, SWANN [1] est l'un des premiers à publier une étude sur ce sujet. Par la suite, de nombreux auteurs se sont intéressés à cette technique jusqu'à nos jours. En France, une seule revue portant sur dix essais randomisés a tenté d'évaluer l'efficacité de la technique du décollement et ses conséquences pour la mère et l'enfant. Celle-ci, a été effectuée en 1998, par SCHMITZ et al [2].

En 2005, une méta-analyse de la Cochrane Database réalisée par BOULVAIN et al, est parue [3]. Elle avait pour but d'évaluer l'effet du décollement des membranes sur le déclenchement du travail au troisième trimestre. Dans cette revue, vingt-deux études (2797 patientes) effectuées entre 1990 et 2002, ont été incluses.

Elle a démontré que le décollement des membranes pouvait provoquer la mise en travail chez les femmes enceintes à terme. Les principaux résultats ont montré que le décollement était associé : à une réduction de la durée de la grossesse, à une diminution du nombre de grossesses prolongées et de terme dépassé, à une réduction du recours aux méthodes de déclenchement habituelles (ocytocine et prostaglandines) et également à une augmentation du nombre d'accouchements dans les jours suivants sa pratique.

L'ensemble des données de cette revue et ses conclusions ont servi de référence pour l'élaboration de recommandations (cette revue Cochrane a été remise à jour en 2010).

En avril 2008, dans son argumentaire sur le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA, la HAS, recommande la pratique du décollement des membranes en cas d'indication de déclenchement médicale non urgente [4]. Le CNGOF, en 2011, dans ses recommandations pour la pratique clinique concernant les grossesses prolongées et le dépassement de terme fait de même [5].

Le déclenchement artificiel du travail est une pratique courante en obstétrique. Selon les derniers chiffres de l'enquête nationale périnatale de 2010 le pourcentage de femmes qui ont eu un déclenchement artificiel du travail a augmenté entre 2003 et 2010, passant de 19,7 à 22,7 % [6].

Le décollement des membranes à terme est un moyen pouvant être utilisé pour tenter de déclencher le travail. Pourtant, dans le cadre du déclenchement du travail, il cherche encore à trouver une place.

Le décollement des membranes est utilisé en fin de grossesse, à visée de déclenchement. Celui-ci peut être proposé dès que le col est ouvert, qu'il y ait ou non un déclenchement artificiel sans raison médicale urgente qui soit envisagé.

Selon les propos de SCHMITZ et al [2], « le décollement des membranes à terme est une des méthodes dont dispose l'obstétricien pour induire le travail. Ce geste semble fréquemment réalisé en France bien que nous ne disposions pas d'enquête de pratiques permettant de l'affirmer ». En effet, il n'est retrouvé aucune donnée épidémiologique sur cette pratique au niveau national.

L'emploi du décollement des membranes semble toujours faire débat au sein de l'équipe médicale, et cela même s'il s'agit d'une technique couramment employée. En effet, lors de notre formation nous avons constaté que les avis divergent sur son usage et son utilité.

Les ouvrages d'obstétrique restent pauvres sur ce sujet, ce qui ne facilite pas la prise de position « éclairée » quant à cette technique. Celle-ci repose plus sur des impressions et des croyances, que sur des sources précises. De plus, aucune recommandation spécifique au décollement n'existe dans la littérature française.

Ainsi, malgré une pratique répandue, ses effets, ses indications, ses contre-indications, semblent vraisemblablement mal connus par les professionnels et les conditions de sa pratique restent imprécises.

Faire ce mémoire était l'occasion d'éclaircir cette pratique, d'approfondir mes connaissances sur sa technique, son utilisation par les professionnels et de légitimer cet acte car celui-ci semble principalement réalisé par les sages-femmes.

L'objectif principal de l'étude, était de décrire la pratique des différents professionnels médicaux (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens et internes de gynécologie-obstétrique) de la maternité du CHU d'Angers.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la connaissance et la perception qu'ont les professionnels du décollement des membranes.

Pour atteindre ces objectifs, l'objet d'étude était un questionnaire standardisé, qui a été diffusé en ligne du 2 septembre au 9 novembre 2013.

Dans une première partie, la méthode du décollement des membranes sera présentée. Dans une seconde partie, les modalités de l'étude menée à la maternité du CHU d'Angers seront décrites. Puis, successivement, les résultats de l'étude seront présentés et discutés. La rédaction d'un protocole sera proposée à l'issue de ce travail.

Généralités

1 - Définition du décollement des membranes

Cette technique consiste, lors d'un toucher vaginal, à séparer les membranes chorio-amniotiques du segment inférieur par un mouvement circulaire du doigt de l'examineur. Ainsi, la pratique du décollement nécessite une dilatation du col minimale qui permet à l'examineur d'insérer un doigt à travers le col. Il faut introduire l'index aussi loin que possible et décoller les membranes par une ou plusieurs rotations de 360°. Suivant l'ouverture du col, l'examineur peut éventuellement effectuer le décollement à l'aide de ses deux doigts.

Il est bien évident que le col doit être ouvert sur toute la longueur, pour pouvoir réaliser un décollement des membranes.

La surface décollée est variable, cela dépend jusqu'où les phalanges de l'examineur peuvent s'introduire entre le segment inférieur et les membranes.

La méthode employée peut varier selon les opérateurs et les conditions locales. Certains font un ou plusieurs mouvements circulaires, d'autres décollent de façon plus ou moins large.



Photo 1: source article TENORE 2003 [7]

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

2 - Distinction entre décollement des membranes et massage cervical

À la lecture de la littérature traitant du décollement des membranes, la notion de massage du col utérin apparaît dans certaines études [8 à 13], mais ces deux éléments ne doivent pas être confondus.

En effet, il faut distinguer le décollement des membranes et le massage cervical. Ce dernier est proposé quand le décollement ne peut pas être réalisé. Il s'agit, lorsque le col est encore fermé, d'étirer et de masser vigoureusement le col avec les doigts. Le but est d'obtenir une libération de prostaglandines, pour ramollir le col et pouvoir y admettre un doigt.

Le massage cervical est réalisé jusqu'à ce que le décollement des membranes puisse être effectué.

3 - Mécanisme d'action

3.1. Découverte du mécanisme d'action

En 1974, GUSTAVII [14] découvre que le décollement des membranes entraîne l'activation d'enzymes issues des cellules déciduales et que leur action aboutie à la synthèse de prostaglandines.

En 1977, MITCHELL et al [15] confirment cette découverte. Ils montrent qu'il y a une augmentation de la concentration des prostaglandines F (13,14-dihydro-15-keto-prostaglandins F = PGFM) dans le circulation maternelle suite au décollement.

En 1983, KEIRSE et al [16] signalent que la synthèse de prostaglandines augmente proportionnellement à la surface décollée.

En 1993, McCOLGIN et al [17] apportent quelques précisions. Comme dans les études précédentes, ils montrent une augmentation de concentration de prostaglandines avec un pic de concentration cinq minutes après le geste. Ils 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.

En résumé, le décollement des membranes entraîne une augmentation de l'activité des 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.

3.2. Les prostaglandines

Les prostaglandines sont des substances dérivées des acides gras insaturés, elles appartiennent à la famille des eicosanoïdes, puisqu'elles sont composées de vingt atomes de carbone.

Elles sont sécrétées par les membranes ovulaires (amnios, chorion), le placenta, l'endomètre et le myomètre.

Les prostaglandines impliquées dans le déclenchement du travail sont les PGE2 et les PGF2 α . Ces deux prostaglandines ont chacune un rôle prépondérant sur l'utérus. La PGE2 est la plus efficace pour induire la maturation cervicale, tandis que la PGF2 permet la production et le maintien de la contractilité utérine.

4 - Buts et avantages du décollement des membranes

Le décollement des membranes, avec la libération de prostaglandines, a une action sur la maturation cervicale et augmente l'activité contractile du myomètre. Ainsi, le décollement est réalisé dans le but d'obtenir une maturation cervicale et/ou une mise en travail.

Dans la majorité des études, le décollement des membranes est décrit comme une pratique économique, facile à utiliser et sûre. C'est un geste relativement simple à effectuer, donc reproductible.

Ce geste, lorsqu'il est possible, se pratique en ambulatoire au cours d'une consultation, il ne nécessite pas d'hospitalisation. Il participe à la réduction des dépenses de santé.

Premièrement, cet acte est peu coûteux, puisqu'il ne nécessite qu'un doigtier ou un gant stérile associé à des précautions standard d'asepsies comme avant tout examen obstétrical. Ensuite, si le décollement est efficace, il permet de réaliser des économies à plusieurs niveaux. En effet, il permet 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 à ces consultations de terme tels que les échographies et les ERCF, de limiter les hospitalisations dans le cadre d'une maturation par prostaglandines, de réduire le recours aux pratiques habituelles de déclenchement (prostaglandines et ocytocine) qui sont plus onéreuses.

5 - Indications

Le décollement peut être pratiqué chez une patiente ayant une grossesse à terme, à bas risque, ne présentant aucun signe de placenta praevia recouvrant à l'échographie et sans infection des voies génitales basses.

Selon les recommandations de la HAS et du CNGOF, il peut être proposé dans le cadre d'un déclenchement artificiel du travail non urgent [4][5]. Les indications médicales non urgentes les plus fréquemment rencontrées sont les grossesses prolongées (41⁺¹ à 41⁺⁶ SA) et termes dépassés ($\geq 42^{+0}$ SA), et le diabète.

Théoriquement, le décollement des membranes doit être réalisé après 37 SA. L'analyse de la littérature a montré que toutes les études ont été effectuées chez des patientes dont le terme était supérieur à 37 SA. En effet, les études n'ont envisagé la pratique du décollement qu'à partir de ce terme.

6 - Contre-indications

Les contre-indications au décollement des membranes restent encore à préciser, puisqu'il n'existe pas de recommandation officielle pour le moment. Cependant, quelques contre-indications évidentes peuvent être citées. Certaines font d'ailleurs parties des critères d'exclusion des patientes dans les études.

Les contre-indications s'appliquant à la réalisation de ce geste sont, entre autres la présence d'un placenta praevia recouvrant, d'une infection cervico-vaginale sévère ainsi que les contre-indications de l'accouchement voie basse (présentation dystocique, disproportion foeto-pelvienne...).

De plus, 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.

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

En ce qui concerne la pratique du décollement des membranes chez les patientes dont le terme est inférieur à 37 SA, présentant un placenta bas inséré non recouvrant, un utérus cicatriciel, une grossesse multiple, une grossesse pathologique, un portage chronique du streptocoque B... l'interrogation subsiste en l'absence de réponse. Ainsi, dans la pratique certains critères sont laissés à l'appréciation du professionnel.

En se basant sur les données énoncées ci-dessus, le décollement ne devrait pas être réalisé chez les patientes dont le terme est inférieur à 37 SA et écarter les grossesses à risques.

7 - Effets secondaires et sécurité du décollement

Au cours de la procédure, le décollement des membranes peut provoquer une gêne, voire une douleur et il peut également provoquer des malaises. Après sa réalisation, des effets secondaires mineurs peuvent apparaître comme des métrorragies et des contractions irrégulières et douloureuses à l'origine d'un « faux travail ».

Ces effets indésirables sont rapportés dans les études de la méta-analyse de BOULVAIN et al [3]. Par ailleurs, aucun effet secondaire ou complication majeur n'ont été rapportés dans les études.

Des risques théoriques de rupture des membranes et d'infection, notamment de chorioamniotite, ainsi que de saignements en cas de placenta praevia non diagnostiqué, ont été avancés par certains auteurs. Dans les études, ces risques n'ont pas été mis en évidence de façon majorée. Ils peuvent être présents, mais la comparaison entre les patientes des groupes décollement et témoin ne montre pas de différence significative.

Selon les données de la méta-analyse Cochrane [3], le décollement des membranes n'est pas associé à une augmentation des infections maternelles et néonatales. Le taux de rupture prématurée des membranes, de césarienne, de fièvre, de morbidité et de mortalité fœtales est similaire entre les deux groupes.

Les résultats concernant certains de ces risques étaient les suivants : césarienne (RR 0.90 ; 95 % IC 0.70-1.15), 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).

Ainsi, aucune différence n'a été notée entre les deux groupes (groupe décollement et groupe témoin) concernant la sécurité maternelle ou périnatale.

Le CNGOF, dans ses recommandations [5], 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 ».

La majorité des études scientifiques s'accordent à dire que le décollement est un geste sûr. Cependant, les auteurs de la méta-analyse Cochrane prennent plus de précautions. Selon eux, même si les études ne montrent pas d'effet indésirable majeur, il faut rester prudent dans la mesure où certaines études présentent des biais. De plus, la puissance des études n'est pas suffisante pour exclure totalement les risques. De ce fait, BOULVAIN et al, concluent que le décollement est « probablement sûr, à condition que cette intervention soit évitée dans les grossesses compliquées par un placenta praevia ou quand des contres-indications pour le travail ou un accouchement voie basse sont présentes ».

En somme, le décollement des membranes est un geste sûr en cas d'absence d'autres complications.

À l'heure actuelle, seule la sécurité du décollement unique des membranes a été prouvée. En revanche, celle des décollements répétés reste à prouver, des études complémentaires doivent être menées. Il est possible que la répétition du geste majore le risque infectieux et de rupture des membranes. D'ailleurs à ce sujet, SCHMITZ et al [2] restent prudents, ils expliquent qu'il ne paraît pas raisonnable de pratiquer ce geste de façon répétée. Selon eux, il faudrait des effectifs plus importants dans les études pour confirmer l'innocuité du geste.

8 - Satisfactions maternelles

Dans la pratique, il est reconnu que le décollement des membranes est souvent vécu comme désagréable, voire douloureux par les patientes. Or, même s'il est vrai qu'il entraîne un inconfort maternel plus grand, la satisfaction maternelle reste globalement bonne.

Quatre auteurs se sont intéressés aux ressentis des patientes et à leurs points de vue : MELZACK et al en 1987 [18], BOULVAIN et al en 1998 [19], WONG et al en 2002 [13] et DE MIRANDA et al en 2006 [11].

BOULVAIN et al, ont évalué la douleur et la gêne occasionnées par le décollement. Il est ressorti que le décollement des membranes est plus douloureux qu'un simple toucher vaginal : 31 % des patientes décrivaient le décollement comme désagréable et 21,8 % comme douloureux.

Concernant la satisfaction des patientes : 86,9 % des patientes recommanderaient cette pratique à une amie nécessitant un déclenchement du travail, 77,3 % des patientes trouvent que les avantages sont supérieurs aux inconvénients.

DE MIRANDA et al ont, par la suite, confirmé les résultats de BOULVAIN et al. Effectivement, concernant la qualification du décollement par les patientes, en terme de ressenti : 31 % des patientes ont décrit le décollement comme non douloureux, 51 % comme peu douloureux, 17 % comme douloureux ou très

douloureux. De plus, suite à l'interrogation des patientes après leur accouchement, 88 % d'entre elles ont indiqué qu'elles choisiraient d'avoir un décollement des membranes lors d'une prochaine grossesse.

9 - Pratique du décollement et attitude du professionnel

9.1. Information de la patiente

Avant de réaliser un décollement, il faut informer clairement la patiente sur la pratique et ses conséquences, et obtenir son consentement. Ce sont deux consignes qui figurent dans les recommandations de la HAS et du CNGOF [4][5].

9.2. Tenue du dossier

Le décollement est un acte médical, il doit être noté dans le dossier médical de la patiente.

Pourtant, en pratique, cet acte n'est pas toujours tracé par les professionnels. Des étudiants sages-femmes cherchant à inclure des patientes ayant bénéficié d'un DPIO pour leurs études, ont parfois été confrontés à des difficultés d'inclusion à cause de cela. C'est un constat dont parle A. LETESSIER [20], et C. DINOCHAU [21] dans leurs mémoires pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme. Les Français, SCHMITZ et al [2], parlent également de ce fait.

10 - Efficacité du décollement des membranes

Le constat est le suivant : les professionnels de santé ne semblent pas connaître l'efficacité réelle du décollement des membranes.

Dans la méta-analyse de la Cochrane réalisée par BOULVAIN et al [3]. Parmi les vingt-deux études incluses dans la revue, dix-neuf études comparaient le décollement des membranes à l'absence d'intervention chez des patientes à terme en attente d'un travail spontané (groupe décollement versus groupe témoin).

Les résultats obtenus suite à l'analyse de ces dix-neuf études, étaient les suivants :

- Le délai entre la randomisation et l'entrée en travail est généralement réduit de 3 jours pour les patientes décollées. Les patientes du groupe décollement commencent leur travail plus tôt que les patientes du groupe témoin.
- La probabilité d'entrer en travail spontané augmente dans les 2 jours (RR 0.77 ; IC 95 % 0.70-0.84) suivant le décollement et celle d'accoucher augmente dans les 7 jours (RR 0.71 ; IC 95 % 0.65-0.78) pour le groupe des patientes décollées.
- La pratique du décollement entre 38 et 40 SA permet de diminuer la proportion des grossesses prolongées, c'est-à-dire des grossesses atteignant 41 SA (RR 0.59 ; IC 95 % 0.46-0.74) et des termes dépassés, c'est-à-dire des grossesses atteignant 42 SA (RR 0.28 ; IC 95 % 0.15-0.50).
- Le décollement réduit le recours aux déclenchements artificiels du travail (RR 0.60 ; IC 95 % 0.51-0.71). La réduction moyenne de l'utilisation des méthodes de déclenchement habituelles (prostaglandines et ocytocine) était de 14 %. Ainsi, il faudrait effectuer un décollement des membranes chez huit femmes pour éviter un déclenchement artificiel du travail (NNT = 8). Cependant, les auteurs précisent que ces résultats doivent être interprétés avec prudence, parce qu'ils ont trouvé une hétérogénéité importante dans les résultats des études.

Les résultats généraux obtenus avec cette revue d'essais, peuvent être pris en compte mais certains résultats doivent être considérés avec précaution du fait des différences présentes entre les études. En effet, parmi les études incluses, dans certaines un seul décollement avait été effectué, alors que dans d'autres plusieurs décollements étaient réalisés. De plus, le terme et la parité des patientes lors du ou des décollements étaient variables.

Parmi les essais randomisés analysant les effets du décollement des membranes, des résultats contradictoires ont parfois été obtenus. Par exemple, les études de CRANE [10] et WONG [13] présentent des résultats différents des autres études par rapport au taux de mise en travail spontanée. Ces divergences sont probablement dues aux différences de méthodologies entre les études. Il faut donc tenir compte de ces différences et des biais énoncés qui présentent une limite.

Selon les conclusions des auteurs de la méta-analyse Cochrane [3], l'utilisation du décollement des membranes en routine chez les patientes à terme, à partir de 37 SA et jusqu'à 40 SA, ne semble pas apporter d'importants bénéfices cliniques. Il y a peu de justifications à utiliser le décollement en systématique.

Dans la revue de dix essais randomisés, effectuée par SCHMITZ et al [2] en 1998, les auteurs écrivent que « l'efficacité semble plus importante lorsque cette technique est réalisée après 40 SA ».

Notons que les dix essais analysés ont été inclus dans les vingt-deux études de la revue Cochrane. Ainsi, les conclusions des deux revues sont similaires.

En 2006, DE MIRANDA et al [11] exposent le fait que le décollement pourrait être bénéfique chez les patientes ayant atteint 41 SA puisque les conclusions faites dans la revue Cochrane concernant l'utilisation systématique du décollement entre 38 et 40 SA ne montrent pas de bénéfice majeur. Ainsi, dans leur étude randomisée multicentrique de 742 patientes, les auteurs ont voulu évaluer l'efficacité du décollement des membranes dans la prévention des termes dépassés (> 42 SA) chez des grossesses à bas risque. Les résultats obtenus ont permis de tirer la conclusion suivante : la pratique du décollement des membranes à partir de 41 SA peut diminuer de façon importante les taux de termes dépassés. En effet, les termes dépassés concernaient 23 % des patientes du groupe décollement, contre 41 % des patientes du groupe témoin (RR 0.57 ; IC 95 % 0.46-0.71). Ce même bénéfice a été observé dans les sous groupes de même parité.

Par conséquent, le décollement semble avoir un intérêt pour prévenir les termes dépassés.

Les facteurs tels que l'âge gestationnel, la parité, le score de Bishop et la répétition du geste ont-ils une influence sur son efficacité ? La réussite du décollement des membranes peut elle être optimisée par certains de ces facteurs ?

La consultation de la littérature ne permet pas à l'heure actuelle de savoir si ces facteurs ont une influence puisqu'en fonction des études il y a des discordances. Les auteurs de la méta-analyse Cochrane, au moment de leur conclusion, expliquent qu'il faudrait que les futures études stratifient les groupes de patientes afin de déterminer si le décollement est plus efficace dans certains sous-groupes (score de Bishop, parité...).

Par expérience, nous savons que le décollement des membranes favorise la mise en travail sans toutefois l'induire systématiquement. La HAS, a elle-même écrit, que « cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement de l'accouchement » [4]. Mais elle ne précise pas cette information à l'aide de données chiffrées, cela montre combien il est difficile d'évaluer l'efficacité de cette méthode.

L'efficacité du décollement est non nulle puisque la méta-analyse de la Cochrane lui reconnaît des effets. Cependant, même si une efficacité du décollement est admise, son utilité clinique reste controversée, puisque celle-ci est jugée incertaine et imprévisible.

11 - Place du décollement parmi les autres méthodes de déclenchement

Aujourd'hui en France, une femme sur cinq est concernée par un déclenchement artificiel du travail [6].

Selon les recommandations de la HAS et du CNGOF [4][5], un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans indication médicale urgente est envisagé.

Actuellement, la pratique du déclenchement artificiel du travail, fait en grande majorité appel à des méthodes pharmacologiques. Les molécules de synthèse utilisées sont l'ocytocine et les prostaglandines. Elles ont un délai d'action rapide et leurs effets sont prévisibles, leur usage est donc privilégié.

Le décollement des membranes, quant à lui, n'est pas une méthode dont l'effet est prévisible. C'est pour cette raison qu'il ne peut pas être utilisé dans le cadre d'indications urgentes de déclenchement où le déclenchement doit être commencé sans délai.

Le décollement des membranes ne permet pas toujours d'éviter un déclenchement artificiel du travail en induisant la mise en travail, mais il peut néanmoins le faciliter en améliorant le score de Bishop. En effet, s'il entraîne une maturation cervicale, cela permet d'éviter le recours à la maturation du col par les prostaglandines. Il est alors possible d'utiliser d'emblée la perfusion d'ocytocine pour le déclenchement, voire même de diminuer les doses administrées.

Dans la revue Cochrane [3], les auteurs ont constaté une baisse de l'utilisation des méthodes de déclenchement habituelles chez les « patientes décollées ». Alors, utiliser le décollement des membranes au préalable d'un déclenchement serait à envisager.

Celui-ci se présenterait comme une alternative plus physiologique que les méthodes médicamenteuses habituelles de maturation du col et de déclenchement, qui ne sont pas dénuées d'effets secondaires. Cette intervention se révèle intéressante pour tenter d'éviter un déclenchement du travail par ces moyens classiques

De plus, en 2011, le CNGOF dans ses recommandations sur les grossesses prolongées et termes dépassés [5], présente le décollement des membranes comme un moyen de déclencher l'accouchement et énonce les données suivantes : le décollement « réduit le recours au déclenchement de 41 % à 41⁺⁰ SA et de 72 % à 42⁺⁰ SA (grade B) ». De ce fait, l'utilisation du décollement des membranes pour prévenir le terme dépassé pourrait être employé de façon plus systématique.

Parmi les vingt-deux études de la Méta-analyse Cochrane, trois études comparent le décollement des membranes à l'utilisation des prostaglandines et une étude le compare à l'utilisation d'ocytocine.

Les trois études comparant le décollement des membranes au déclenchement par prostaglandines en administration vaginale (intra vaginal ou intra cervical), ne permettent pas de formuler de conclusion du fait de leurs effectifs trop faibles et de leurs hétérogénéités [22] [23] [24].

De plus, l'étude de GEMER et al de 2001 [25], comparant le décollement des membranes à l'utilisation des prostaglandines intra-cervicales conclue que les effets obtenus sont similaires. Ainsi, les auteurs présentent le décollement comme plus avantageux car moins cher et n'entraînant pas d'hyperstimulation. Cependant, ils évoquent qu'un inconfort est ressenti par les patientes.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de décrire la pratique du décollement des membranes au CHU d'Angers, afin de faire un état des lieux.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la connaissance et la perception du décollement des membranes par les professionnels.

Rapport-Gratuit.com

Matériels et Méthodes

1 - Matériels

Étude descriptive des pratiques professionnelles réalisée à la maternité du CHU d'Angers. Elle s'est déroulée du 2 septembre au 9 novembre 2013, elle a donc duré deux mois et une semaine. La population cible était l'ensemble des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens et des internes de gynécologie-obstétrique du CHU. Tous ces professionnels médicaux ont été inclus dans l'étude, cela représentait un total de 125 personnes.

2 - Méthodes

2.1. Outil de recherche utilisé

Pour effectuer ce travail, un questionnaire standardisé (Annexe 1) a été utilisé. Il a été décidé de diffuser le questionnaire en ligne. Le choix pour cette forme d'envoi s'explique par plusieurs raisons : gain de temps du professionnel pour remplir le questionnaire, économie d'impression, éviter aux professionnels de perdre une version papier, gain de temps pour le recueil des réponses etc.

2.2. Élaboration du questionnaire

Google Drive® a été utilisé pour créer le questionnaire et le diffuser en ligne via Internet.

Le questionnaire était anonyme et standardisé. Un pré-test a été effectué avant sa diffusion.

Celui-ci a été intitulé : « Questionnaire sur le décollement des membranes. »

Il était constitué de trois parties :

- I) Renseignements concernant le professionnel.
- II) Connaissances générales et impressions sur le décollement.
- III) Pratique du décollement.

La troisième partie était divisée en deux sous parties :

- Professionnel pratiquant le décollement.
- Professionnel ne pratiquant pas le décollement.

Dans la sous partie, « professionnel pratiquant le décollement », les questions étaient organisées de façon à récupérer des renseignements sur la fréquence, les circonstances, les indications de réalisation du décollement des membranes, ainsi que sur les facteurs influençant la réussite du geste. Les huit dernières questions portaient sur l'attitude du professionnel pratiquant le décollement avec la patiente, en particulier les informations données, le recueil du consentement et la traçabilité du geste.

Au total, le questionnaire comprenait 43 questions, dont onze étaient associées entre elles à l'aide de l'adverbe « bis », soit un total de 55 items.

En ligne, le questionnaire était organisé sur 6 pages :

Page 1 : questions de la partie I

Page 2 : questions de la partie II

Page 3 à 5 : questions de la partie III, avec :

- Page 3 : question numéro 18, permettant de cibler si le professionnel pratique ou non le décollement.
- Page 4 : questions destinées aux professionnels pratiquant le décollement.
- Page 5 : question destinée aux professionnels ne pratiquant pas le décollement.

Page 6 : un espace intitulé « expression libre » a été créé afin de laisser les participants s'exprimer librement.

Les questions étaient réparties de la façon suivante :

- Les questions des deux premières parties étaient destinées à tous les professionnels, ceux pratiquant et ceux ne pratiquant pas le décollement des membranes. Il y avait sept questions dans la première partie (Questions n°1 à 7) et dix dans la deuxième (Questions n° 8 à 17 bis). Ces deux parties permettaient d'évaluer les connaissances, croyances et perceptions des professionnels.
- Dans la troisième partie, on distinguait les questions selon la réponse à la première question (Question n° 18). Celle-ci était destinée à savoir si le professionnel pratique ou non le décollement. Ainsi, parmi les questions suivantes, 24 questions étaient posées au professionnel le pratiquant (Questions n° 19 à 42 bis) et une seule au professionnel ne le pratiquant pas (Question n° 43), pour connaître la ou les raison(s) de la non pratique.

Ainsi, un pratiquant pouvait répondre à 42 questions, tandis qu'un non pratiquant à 19.



Parmi les 55 items, il y avait trente six questions à choix unique (QCU), sept questions à choix multiples (QCM) et onze questions à réponses courtes (QROC). Le 56^{ème} item correspondait à l'espace destiné à l'expression libre des répondants.

2.3. Critères étudiés

Avec les questions posées dans le questionnaire, les critères étudiés étaient les suivants :

- les caractéristiques de la population,
- les connaissances et représentations des professionnels,
- la fréquence et la nature de la pratique.

2.4. Diffusion du questionnaire

Un mail sur lequel figurait un lien vers le questionnaire en ligne a été envoyé aux professionnels, le lundi 2 septembre 2013.

L'envoi a été effectué après autorisation de Madame CRASSAT, cadre supérieure de santé et de Monsieur le Professeur SENTILHES, directeur technique et d'enseignement de l'école de sage-femme.

Les sages-femmes listées dans la « Balcol sages-femmes », les médecins et les internes ayant une adresse mail répertoriée ont reçu le questionnaire.

2.5. Retours des questionnaires

Trois relances mail ont été effectuées lors de l'étude. Dans un souci d'anonymat, le questionnaire a été renvoyé à tous les contacts.

Sur les 125 questionnaires diffusés , il y a eu 77 retours, tous étaient exploitables. Le taux de retour était donc de 61,60 %.

2.6. Recueil et analyse des données

A l'aide de l'outil Google Drive®, les réponses ont été répertoriées automatiquement dans un tableur lorsque les participants répondaient en ligne. La saisie des données a été effectuée dans un tableur Microsoft Excel® 2007.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide de ce même logiciel.

Résultats

La légende employée sera la suivante :

SF = Sages-Femmes

GO = Gynécologues-Obstétriciens

IGO = Internes de Gynécologie-Obstétrique

TOTAL = effectif des 3 professions confondues

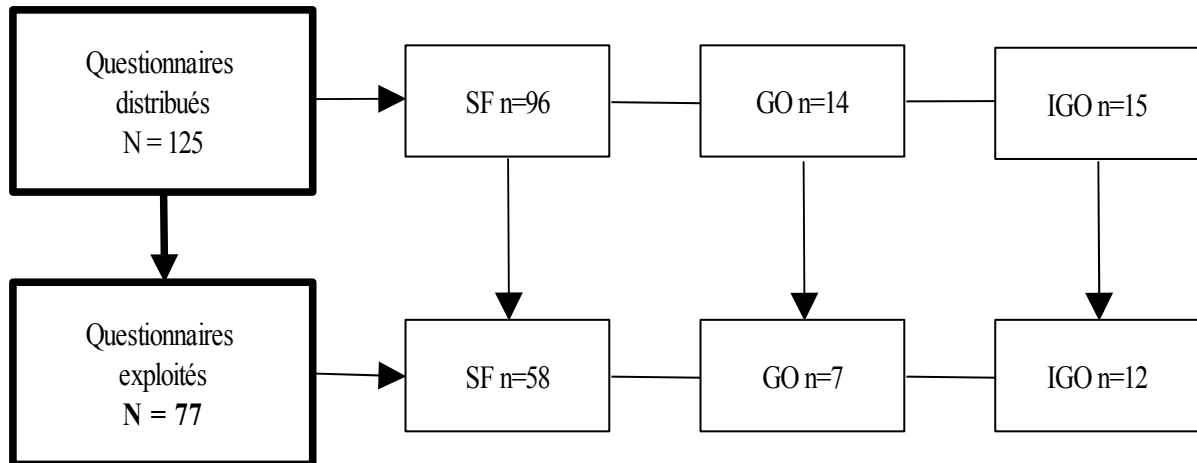
Total = effectif du sous-groupe DM + ou DM -

DM + = pratique du décollement des membranes

DM - = non pratique du décollement des membranes

SR = Sans Réponse

Population et effectif de l'étude :



L'effectif de la population de l'étude était de 77 professionnels.

1 - Caractéristiques de la population :

Parmi les 77 professionnels ayant répondu, il y avait :

- 58 SF, dont 54 femmes et 4 hommes.
- 7 GO, dont 4 femmes et 3 hommes.
- 12 IGO, dont 9 femmes et 3 hommes.

62 professionnels (**80,52 %**) pratiquent le décollement des membranes.

Tableau 1 : Répartition des professionnels selon la profession dans le groupe DM + ou DM -

	SF n = 58 n (%)	GO n = 7 n (%)	IGO n = 12 n (%)
DM + (n = 62)	53 (91,38)	4 (57,14)	5 (41,67)
DM - (n = 15)	5 (8,62)	3 (42,86)	7 (58,33)

Dans la population de SF, les effectifs des novices (année d'expérience < 5 ans), expérimentés (AE 5-10 ans) et experts (AE > 10 ans) sont sensiblement identiques. La répartition selon les 3 classes est la suivante : 19, 20, 19. Les 7 GO ont tous une activité de plus de 5 ans et les 12 IGO de moins de 5 ans.

Tableau 2 : Pratique ou non pratique du DM par années d'expériences

	DM + n = 62	DM - n = 15
< 5 ans	22	9
5-10 ans	19	4
> 10 ans	21	2

57,14 % des professionnels ont été formés au CHU d'Angers.

100 % des professionnels interrogés connaissent le décollement des membranes.

90,91 % (**70/77**) des professionnels ont eu connaissance du DM durant leurs études, dans 55,71 % (**39/70**) des cas durant les stages, dans 42,86 % (**30/70**) des cas, à la fois lors des cours et des stages, et pour une seule personne lors des cours uniquement.

Tableau 3 : Explication reçue sur la technique du DM

	DM + n = 62 n (%)	DM - n = 15 n (%)	TOTAL n = 77 n (%)
Explication +	61 (98,39)	11 (73,33)	72 (93,51)

2 - Connaissances et représentations des professionnels sur le DM

100 % des professionnels interrogés décrivent de façon satisfaisante la méthode.

Tableau 4 : Connaissance du phénomène principal s'effectuant lors du DM

	DM + n = 62 n (%)	DM - n = 15 n (%)	TOTAL n = 77 n (%)
Phénomène connu	54 (87,10)	9 (60,00)	63 (81,82)

Parmi les 12 internes de la population totale, 50 % ne connaissent pas le phénomène principal.

Dans le groupe DM + : 48/53 SF, 3/4 GO et 3/5 IGO le connaissent.

Dans le groupe DM - : 2/5 SF et 4/7 IGO ne le connaissent pas. 3/3 GO le connaissent.

77,78 % (49/63) des personnes qui connaissent le phénomène, parlent de libération de prostaglandines

22,22 % (14/63) donnent d'autres réponses (libération d'hormones, libération d'ocytocine, libération de progestérone, casser les ponts fibreux...).

■ Représentation de l'efficacité du décollement sur la maturation cervicale et la mise en travail

50,65 % (39/77) considèrent que le décollement est efficace pour entraîner une maturation cervicale et 58,44 % (45/77) pour induire une mise en travail.

Dans le groupe DM + : 58,06 % (36/62) considèrent que le DM est efficace pour la maturation cervicale et 67,74 % (42/62) pour entraîner une mise en travail. Pour la majorité des pratiquants le décollement est efficace dans les deux cas.

Dans le groupe DM - : 46,67 % (7/15) considèrent que le DM n'est pas efficace pour la maturation cervicale et 53,33 % (8/15) qu'il ne l'est pas pour la mise en travail. Pour la majorité des non pratiquants le décollement n'est pas efficace.

94,81 % (73/77) des professionnels considèrent que le décollement présente des effets secondaires.

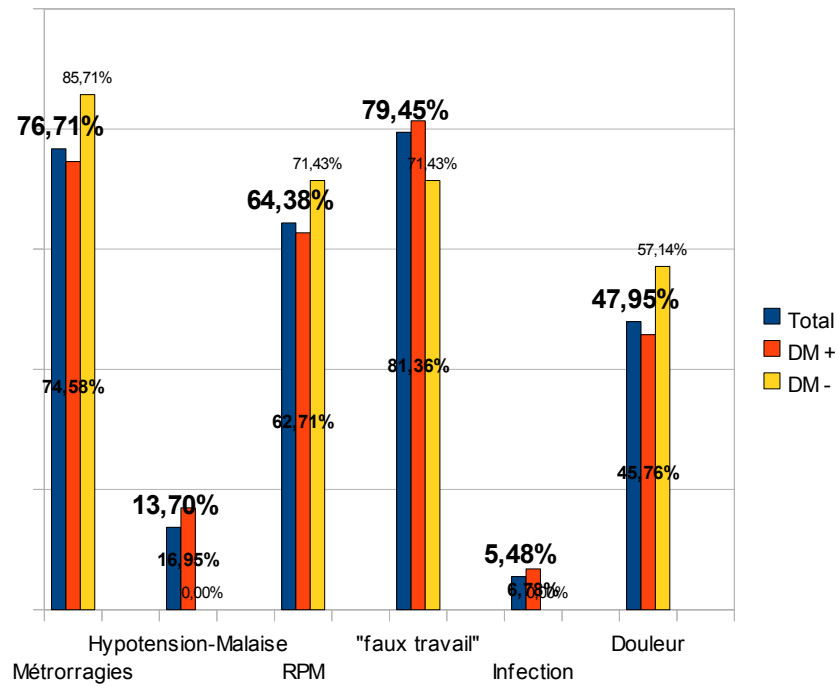


Figure I : Effets secondaires imputés à la pratique du DM, par les 73 professionnels

98,70 % (76/77) des professionnels considèrent qu'il existe des contre-indications au DM.

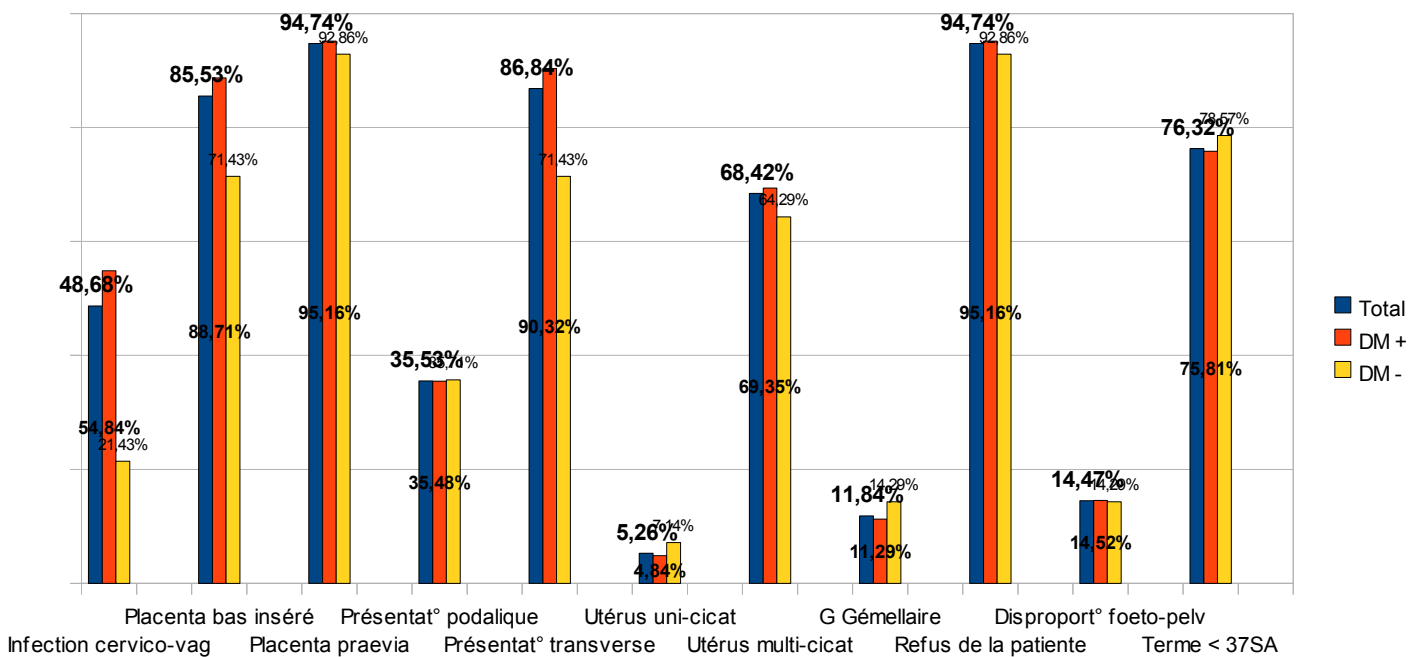


Figure II : Contre-indications attribuées au DM, par les 76 professionnels

Tableau 5 : Opinion des professionnels sur la sécurité du DM

	DM + n = 62	DM - n = 15	TOTAL n = 77
	n (%)	n (%)	n (%)
geste sûr	33 (53,23)	4 (26,67)	37 (48,05)
geste non sûr	23 (37,10)	9 (60,00)	32 (41,56)
ne sais pas	6 (9,68)	2 (13,33)	8 (10,39)

Tableau 6 : Examens complémentaires

	DM + n = 62	DM - n = 15	TOTAL n = 77
	n (%)	n (%)	n (%)
Pas d'ERCF	39 (33,33)	10 (66,67)	49 (63,64)
Pas de Resultat du PVSB	36 (58,06)	9 (60,00)	45 (58,44)

Les 49 personnes qui n'associent pas d'ERCF au DM, considèrent que ce geste n'induit pas de retentissement fœtal.

A l'inverse, les 28 autres estimant que le DM doit être systématiquement associé à un enregistrement cardiotocographique veulent s'assurer de la tolérance fœtale, c'est un moyen de dépister d'éventuelles hypertonies.

32 professionnels pensent qu'il est nécessaire d'avoir le résultat du PVSB avant le DM, dans la crainte d'une éventuelle RPM lors du geste.

3 - Pratique du décollement

3.1. Description de la pratique des professionnels qui décolent n = 62

Concernant la fréquence d'emploi du DM chez les pratiquants : 17,74 % l'effectuent dès que possible, 22,58 % souvent, et 58,06 % parfois ou rarement.

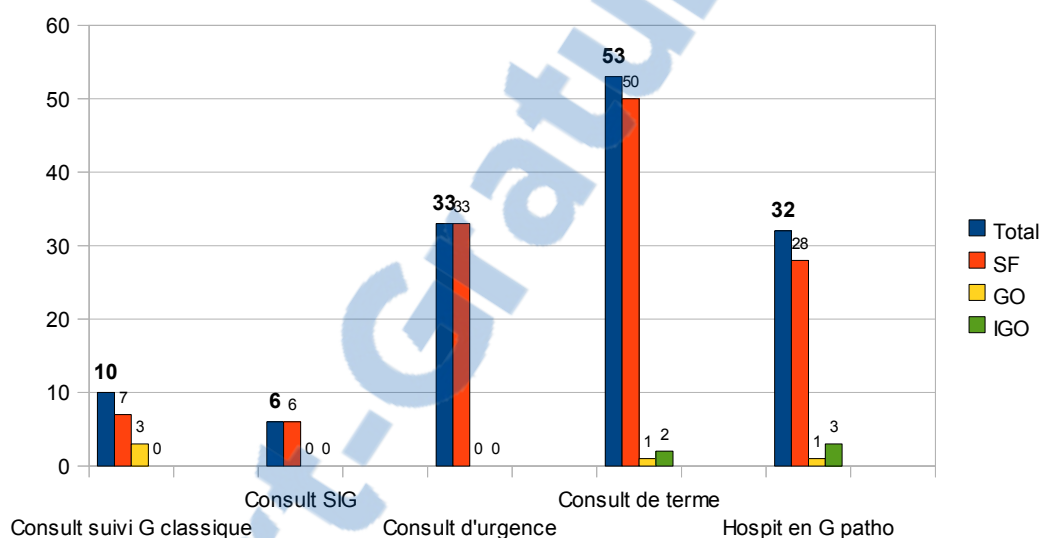


Figure III : Circonstances de la pratique du DM

Tableau 7 : Objectif(s) de la pratique du DM

	SF n = 53	GO n = 4	IGO n = 5	Total n = 62
	n	n	n	n (%)
Maturation cervicale et Mise en travail	31	1	1	33 (53,23)
Maturation cervicale	5	1	2	8 (12,90)
Mise en travail	17	2	2	21 (33,87)

■ Pratique du décollement en fonction du terme

88,71 % (55/62) ne pratiquent pas le DM si le terme est < 37 SA.

91,94 % (57/62) pratiquent le DM entre 37 et 41 SA.

98,39 % (61/62) pratiquent le DM après 41 SA donc sur des grossesses prolongées et termes dépassés. Une SF ne pratique pas le DM après ce terme.

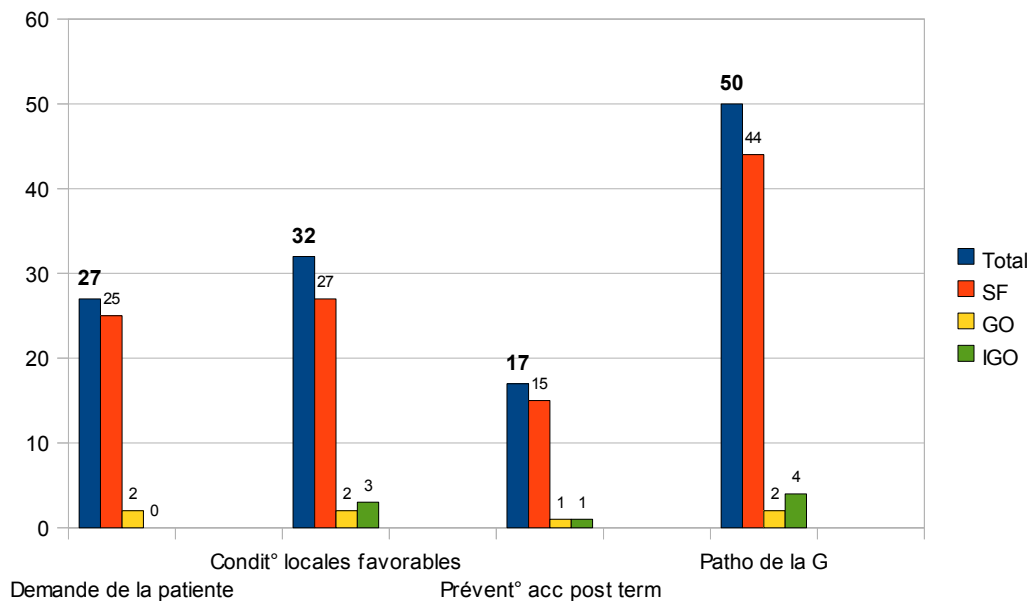


Figure IV : Motifs de la pratique du DM entre 37 et 41 SA, chez les 57 professionnels

Parmi les 61 professionnels qui utilisent le DM après 41 SA, 75,41 % (46/61) le font à la fois pour tenter d'entraîner une mise en travail spontanée et pour favoriser la maturation du col avant un déclenchement. 22,95 % (14/61) effectuent un DM dans le seul but d'induire une mise en travail et une SF s'il y a une demande de la part de la patiente.

96,77 % (60/62) des professionnels effectuent des décollements quelque soit la parité.

■ Facteurs influençant le décollement

74,19 % (46/62) des professionnels pensent que le terme conditionne la réussite du décollement, 64,52 % (40/62) que la parité influe et 91,94 % (57/62) que le score de Bishop influe.

Selon les professionnels, le DM est plus efficace à partir de 40 SA.

Effectivement, 33,87 % (21/62) des professionnels pensent que le décollement est plus efficace à 40 SA et le même pourcentage de personne pense que le décollement est plus efficace à 41 SA. Cela représente 67,74 % des professionnels en additionnant les deux.

74,19 % (46/62) des professionnels pensent que le DM est plus efficace chez les multipares.

43,55 % (27/62) des professionnels pratiquent le DM à partir d'un score de Bishop \geq 4/13.

Parler de réalisation du décollement en fonction du score de Bishop gêne certains professionnels, 17,74 % (11/62) préfèrent uniquement se concentrer sur l'ouverture du col et non sur les autres paramètres.

De plus, une SF précise qu'il est important que la présentation soit appliquée et une autre qu'elle se fie à son impression clinique.

Tableau 8 : Délai d'action du DM s'il est efficace

	SF n = 53	GO n = 4	IGO n = 5	Total n = 62
	n	n	n	n (%)
< 24 H	50	1	1	52 (83,87)
> 24 H	-	3	-	3 (4,84)
SR	3	-	4	7 (11,29)

Tableau 9 : Conseil d'avoir un rapport sexuel après le DM

	SF n=53	GO n=4	IGO n=5	Total n= 62
	n	n	n	n (%)
conseil non donné	33	2	3	38 (61,29)

Tableau 10 : Pratique ou non pratique des DM répétés

	SF n = 53	GO n = 4	IGO n = 5	Total n = 62
	n	n	n	n (%)
Pratiq DM répétés	30	-	1	31 (50,00)
Ne pratiq pas DM répétés	23	4	4	31 (50,00)

Il a été demandé aux professionnels dans quels cas ils effectuent plusieurs DM. Ainsi, les personnes qui pratiquent des décollements répétés le font surtout dans le cadre des grossesses prolongées et des termes dépassés (16/31 soit 51,61 %). Ensuite, il y a ceux qui le font pour :

- compléter un premier décollement qui n'a pas été efficace ou insuffisant (10/31 soit 12,90 %),
- satisfaire à la demande d'une patiente qui souhaite bénéficier d'un autre DM (4/31 soit 12,90 %),
- améliorer les conditions locales (3/31 soit 9,68 %),
- et dans le cadre du suivi d'une grossesse pathologique (3/31).

67,74 % (42/62) des professionnels ne conseillent pas d'effectuer un nombre limité de décollement.

Parmi les 20 personnes qui conseillent un nombre limité de décollement, la répartition est la suivante : 8 personnes fixent ce nombre à 1 décollement, 10 personnes à 2 DM et 2 personnes à 3 DM.

Ainsi, 50 % des personnes qui conseillent un nombre limite de décollement, fixe ce nombre à 2 décollements.

■ Attitude du professionnel avec la patiente.

100 % des professionnels informent la patiente de la réalisation du geste.

96,77 % (60/62) des professionnels informent la patiente avant de réaliser le décollement.

2 SF disent le faire au moment de la réalisation.

3 SF ont précisé qu'elles informent à plusieurs moments, à la fois avant, pendant et après.

96,77 % (60/62) des professionnels recueillent le consentement de la patiente avant de réaliser le décollement.

Pour 2 SF, l'accord de la patiente n'est pas toujours recueilli avant.

Tableau 11 : Traçabilité du DM effectuée ou non

	SF n = 53	GO n = 4	IGO n = 5	Total n = 62
	n	n	n	n (%)
DM noté	49	3	5	57 (91,94)
DM non noté	3	1	-	4 (6,45)
"ça dépend"	1	-	-	1 (1,61)

Les professionnels qui notent le DM dans le dossier, expliquent que ce dernier doit être tracé car il s'agit d'un acte médical au même titre qu'un TV ou qu'un PV. Ils justifient que tout acte médical doit être noté dans le dossier. D'ailleurs, 8 personnes précisent qu'il s'agit, selon eux, d'un élément médico-légal. Ils soulignent l'importance de la transmission écrite de l'information pour que les collègues qui revoient la patiente, puissent expliquer d'éventuelles métrorragies, contractions, dystocie de démarrage, faux travail etc.

Pour les 4 professionnels qui n'inscrivent pas l'information, les justifications de 2 SF sont les suivantes : « Car ce n'est pas un geste à risque, il ne change rien au diagnostic et à la conduite à tenir » et « les effets indésirables sont mineurs par rapport à l'effet escompté ». Une SF et le GO n'ont pas donné d'explication à cette abstention.

La SF qui ne note pas toujours le décollement dans le dossier (« ça dépend ») ne donne aucune explication.

3.2. Non pratique du décollement des membranes n = 15

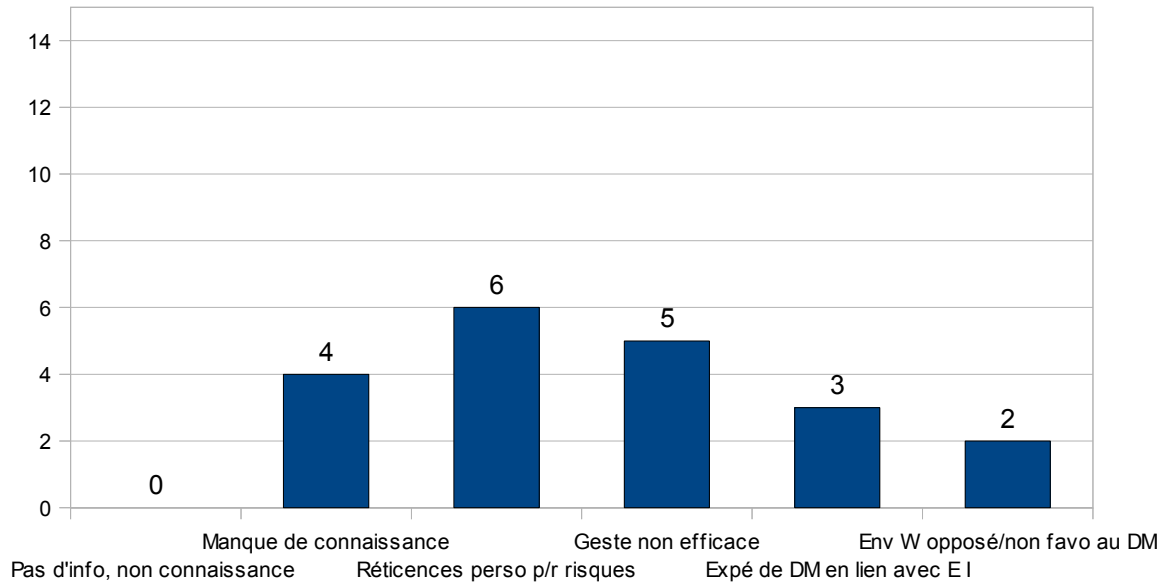


Figure V : Raisons pour lesquelles les 15 non pratiquants s'abstiennent de pratiquer le DM

Discussion

Au travers de cette étude, l'objectif principal était de décrire la pratique du décollement des membranes.

Le but de l'étude n'était pas d'évaluer l'efficacité du décollement des membranes, puisque c'est une démarche qui a été souvent entreprise par ailleurs. Cependant, au cours de ce travail et suite aux échanges avec les professionnels, il apparaît que beaucoup s'interrogent sur l'efficacité de ce geste.

1 - Critique de l'étude

1.1. Les limites

L'étude a été menée à la maternité du CHU d'Angers, qui est une maternité de type III. Initialement, il avait été envisagé de diffuser les questionnaires dans les trois types de maternités, mais cela n'a pas été fait par manque de moyens et de temps.

L'effectif total de la population était de 77 professionnels. Cet effectif était beaucoup trop faible pour avoir des résultats significatifs. L'étude présente un défaut de puissance. En effet, l'analyse avec des tests statistiques (Test de Khi2 et de Fisher) ne permettait pas d'avoir des résultats de test avec une « *p value* » crédible. Il faudrait des effectifs plus importants, pour avoir plus de puissance.

À l'origine, les trois catégories de professionnels devaient être comparées entre elles, mais ces sous-groupes n'étaient pas comparables du fait des effectifs inégaux. Pour remédier au problème des faibles effectifs de gynécologues-obstétriciens et d'internes, il a été envisagé de les associer ensemble. Cependant, cela aurait biaisé l'étude étant donné la différence d'expérience des uns et des autres.

Le caractère monocentrique et l'effectif faible font que cette étude présente un niveau de preuve limité, les pratiques ne peuvent pas être généralisées.

L'étude présente d'éventuels biais de recrutement et de volontariat. En effet, il est possible que les professionnels ayant répondu sont des personnes intéressées par cette pratique et que les personnes ne réalisant pas de décollement des membranes aient moins envie de répondre au questionnaire. De plus, celui-ci a été diffusé uniquement par mail, ce qui a pu écarter les réponses de certains professionnels ayant moins l'habitude de cette voie de diffusion.

Un biais de compréhension est à évoquer aussi car certaines questions et possibilités de réponses ont peut être été mal construites malgré le soin apporté. La question numéro 12 bis présente notamment une erreur de frappe, ayant été repérée le lendemain de la diffusion du questionnaire. C'est la raison pour laquelle un erratum a été envoyé pour limiter les incompréhensions.

Enfin, les questions ouvertes ont présenté quelques difficultés d'exploitation.

1.2. Les atouts

L'étude a suscité un vif intérêt des professionnels puisqu'il y a eu un taux de retour satisfaisant des questionnaires : 61,60 % (77/125).

Le questionnaire de l'étude était anonyme. Cela a été spécifié aux professionnels afin qu'ils puissent y répondre en toute honnêteté.

La conception du questionnaire a été attentionnée. Il avait été testé avant sa diffusion auprès des professionnels. Pour les questions à choix multiples, la présence de la proposition « Autre (à préciser) » permettait aux répondants de donner une réponse n'ayant pas été envisagée à la conception et donc de pallier aux éventuels oublis. Pour éviter des réponses imposées, pour certaines questions à choix unique, la proposition « ne sais pas » était présente.

À la fin du questionnaire, un champ destiné aux commentaires libres a été inséré afin de laisser la possibilité aux professionnels de s'exprimer.

L'objectif principal de l'étude a été globalement rempli.

2 - Analyse des résultats

Pratique du décollement des membranes au CHU d'Angers

Le décollement des membranes est une pratique courante au CHU d'Angers puisque 82,52 % des professionnels l'utilisent. Cette pratique est-elle autant répandue dans d'autres établissements ?

D'autres étudiants sages-femmes ont traité un sujet semblable dans le cadre de leurs mémoires de fin d'études [26] [27] [28]. Selon l'enquête des pratiques réalisée en Alsace en 2004, 74,5 % des professionnels (SF et GO) ont recours au décollement des membranes [26]. Il a été retrouvé un pourcentage de pratique de 89,6 % en Haute Vienne [27]. Dans ces deux études, les internes de gynécologie-obstétrique ont été exclus. Au CHU de

Rennes, 88,7 % des professionnels ont recours au décollement des membranes [28]. L'étude menée en 2007 au CHU de Rennes est comparable à celle menée au CHU d'Angers en 2013.

Cette dernière montre que ce geste est employé, mais ne permet pas de quantifier le nombre de réalisations.

La pratique du décollement est-elle différente selon la profession, notamment selon la formation ? Est-ce-que l'expérience influence la pratique ?

Selon les résultats de l'étude, au regard du nombre d'années d'expérience des professionnels, il ne semble pas que la durée d'expérience influence le taux de pratique. Effectivement, parmi les pratiquants les effectifs varient peu selon le nombre d'années d'expérience (Tableau 2).

Par contre, la non pratique du décollement apparaît de façon plus prononcée chez les jeunes professionnels. En effet, dans le groupe DM -, 9 personnes sur 15 ont moins de 5 ans d'expériences (Tableau 2). Il s'agit de deux sages-femmes et de sept internes. Chez les non pratiquants, ces derniers présentent l'effectif le plus élevé. Les internes sont-ils plus hésitants par rapport à l'emploi de cette technique ? Cela est probable, mais chez les 12 internes de la population, 5 font partie du groupe DM + et 7 du groupe DM - (Tableau 1). Chez les sages-femmes novices, le constat est différent ; elles ne sont que 2 sur 19 à ne pas pratiquer le décollement. Ainsi, les jeunes sages-femmes ne sont pas réfractaires à cette pratique, ou du moins, elles le sont moins. Celles-ci ont peut-être une expérience plus importante du décollement lors de leur formation, comparée aux internes ?

L'inégalité des effectifs et le faible taux de professionnels ayant effectué leur formation dans un autre établissement que le CHU d'Angers ne permet aucune comparaison selon la profession et le lieu de formation.

Connaissance du décollement des membranes et moment de la prise de connaissance

Cent pour cent des professionnels interrogés connaissent le décollement des membranes. Cependant, tous n'en n'ont pas eu connaissance au même stade.

90,91 % (70/77) des professionnels ont découvert cette pratique lorsqu'ils étaient étudiants. Il apparaît, que la majorité des professionnels débutants connaissent le décollement puisque seulement 7 personnes ont découvert le décollement en tant que professionnel. Le décollement des membranes est une méthode avant tout apprise sur le terrain. En effet, une seule personne a connu cette pratique uniquement lors de son enseignement théorique.

Les ouvrages d'obstétrique sont pauvres en informations sur le décollement et les enseignements théoriques à l'école de sages-femmes n'en font pas notion, ou alors il s'agit d'une information anecdotique, d'après les propos d'étudiants sages-femmes [20][29]. Mais, malgré cette discrétion les professionnels en ont connaissance.

Pour les 31 personnes ayant eu connaissance du décollement durant les cours. Il serait intéressant et formateur de savoir comment le DM est abordé théoriquement et quel est le contenu des cours.

Si tous les professionnels connaissent le décollement des membranes, tous n'ont pas reçu une explication sur la technique de réalisation (Tableau 3) et tous ne le pratiquent pas.

Au sein du groupe DM +, tous, excepté un interne, pratiquent le DM après avoir eu des explications sur la technique.

Au sein du groupe DM -, le fait de ne pas avoir eu d'explication n'explique pas à lui seul la raison de la non pratique, puisque 11 personnes disent avoir eu des explications.

Est-il préférable de recevoir une explication sur la façon de procéder au décollement avant sa réalisation ? Certes le DM est une technique simple, mais une bonne appréciation des conditions locales est nécessaire.

81.82 % (63/77) des professionnels connaissent le principal phénomène s'effectuant lors du décollement des membranes (Tableau 4). Dans le groupe DM +, huit professionnels pratiquent le décollement sans connaître le principal phénomène qui s'effectue. Cela est étonnant. Par ailleurs, 50 % des internes ne connaissent pas ce phénomène.

Afin de s'assurer de la réelle connaissance de ce phénomène lié au DM, il a été demandé aux professionnels de le préciser. La réponse attendue était la libération de prostaglandines. Or, sur les 63 professionnels affirmant connaître le principal phénomène, il est remarqué que tous ne le connaissent pas bien, puisque 49 personnes donnent cette réponse. Les autres réponses données ne sont pas pour autant fausses, mais il est surprenant que tous n'évoquent pas la libération de prostaglandines en premier.

Efficacité du décollement

L'ensemble des professionnels attribue une efficacité plus prononcée au décollement pour entraîner une mise en travail. Effectivement 58,44 % (45/77) pensent qu'il est efficace pour induire la mise en travail et 50,65 % (39/77) pour la maturation cervicale. Au sein des sous-groupes, il est constaté de façon cohérente que dans le groupe DM +, les professionnels considèrent le décollement comme efficace et que dans le groupe DM -, c'est l'inverse, cette méthode est considérée inefficace.

Néanmoins, il faut remarquer que dans le groupe DM +, tous les professionnels ne jugent pas le décollement comme efficace. Certains l'estiment inefficace et d'autres disent ne pas savoir. Alors, pourquoi certains utilisent le décollement des membranes s'ils l'estiment inefficace ou qu'ils sont indécis ?

Dans la littérature, parmi les études relatives à l'efficacité du décollement, dans celle de MAGANN et al [30], le score de Bishop est augmenté de façon significative ($P < 0,0001$) chez les patientes ayant un col défavorable ayant eu des décollement répétés (réalisés tous les 3 jours). Le score de Bishop est de 8,8 +/- 2,1 chez les patientes décollées contre 6,2 +/- 2,7 chez les patientes témoins.

Dans la majorité des études, il est retrouvé que le décollement des membranes favorise significativement la mise en travail spontanée et réduit l'incidence des grossesses prolongées et des termes dépassés [3] [11] [19].

Effets secondaires, contre-indications et sécurité du décollement

94,81 % (73/77) des professionnels considèrent que le décollement présente des effets secondaires.

Le principal risque redouté par l'ensemble des praticiens est le faux travail pour 79,45 % d'entre eux (Figure I). Ensuite, il s'agit des métrorragies et de la RPM évoqués respectivement par 76,71 % et 64,48 % des professionnels. Au vue du nombre important de réponses, il semble que les professionnels perçoivent la RPM comme un effet secondaire non négligeable. Cependant, ont-ils notion de la fréquence de survenue de la RPM en cas de décollement ? Estiment-ils que la survenue de RPM est majorée par le décollement ?

Des ruptures accidentelles des membranes peuvent se produire pendant le décollement, comme pour tout examen vaginal et leur taux n'est pas significativement augmenté. En effet, en ce qui concerne la survenue de RPM, les données de la littérature ne montrent aucune différence entre les groupes décollement et témoin [11] [13] [19] [31] [32]. Le risque de RPM est surestimé par les professionnels du CHU d'Angers. Ce constat est également obtenu dans l'enquête de F. THOMAS en Alsace [26], 59 % des professionnels considèrent que le décollement des membranes peut occasionner une RPM.

La douleur apparaît comme un effet secondaire pour 47,95 % des professionnels, face à ce taux, des interrogations surviennent. Pourquoi la douleur n'est-elle pas davantage citée ? Les professionnels négligent-ils cet effet ou considèrent-ils le DM comme non douloureux ? Les études ont montré que le décollement est un geste désagréable voire douloureux, c'est l'un de ces principaux inconvénients. C'est la raison pour laquelle la douleur doit être prise en compte. Depuis 1998, avec la création du programme national de lutte contre la douleur, des outils d'évaluation ont été mis en place. L'évaluation de celle-ci et sa prise en charge font partie des exigences du manuel de certification de la HAS, les professionnels doivent donc y être sensibilisés et les mettre en application afin d'améliorer le confort du patient.

Tous les professionnels, excepté une personne, considèrent que le décollement présente des contre-indications. Le placenta praevia, le refus de la patiente, la présentation transverse et le placenta bas inséré sont les quatre contre-indications les plus citées (Figure II). Il apparaît, que les professionnels utilisent cette méthode de façon qualitative, globalement le décollement des membranes n'est pas utilisé en cas de contre-indication à un accouchement voie-basse.

Tous les professionnels n'ont pas cité le refus de la patiente comme contre-indication à la pratique. En effet, quatre personnes ne l'ont pas cité. Comment cela peut-il s'expliquer ? Sachant qu'ils doivent, normalement, tenir compte de l'avis de la patiente et obtenir son consentement éclairé.

Dans certaines situations, la littérature ne fournit pas, ou pas suffisamment, d'éléments pour déterminer si un décollement des membranes peut être réalisé. Les contre-indications à sa pratique restent encore à préciser. Le recueil de l'avis des professionnels dans cette étude, permet de proposer quelques éléments de réflexion.

Le fait que le placenta soit praevia ou bas inséré, représente des contre-indications au décollement pour la majorité des professionnels (94,74 % et 85,53 %). Pour un placenta praevia recouvrant cela est compréhensible, la réalisation d'un TV est proscrite puisqu'il s'agit d'une contre indication absolue à l'AVB. De plus, c'est une contre-indication clairement citée dans les études. Quant à la présence d'un placenta bas inséré non recouvrant la situation n'est pas aussi claire car il faut tenir compte de la distance orifice interne-placenta. Dans ce cas, les professionnels n'iraient pas effectuer de DM or un accouchement voie basse est éventuellement possible chez ces patientes. Néanmoins, le risque de métrorragies est peut être augmenté, c'est sans doute la raison pour laquelle les professionnels ne l'effectuent pas.

En ce qui concerne le mobile fœtal, la présentation transverse est fortement citée comme contre-indication (90,32%), tandis que la présentation podalique nettement moins (35,53 %). En effet, une présentation podalique n'est pas une contre-indication absolue à un accouchement voie basse contrairement à la présentation transverse. Si un fœtus se présente par le siège et qu'un accord voie basse est indiqué, la pratique du DM peut être envisagée.

En ce qui concerne les patientes avec un utérus cicatriciel, en comparant les taux de réponses aux items « utérus uni-cicatriciel » et « utérus multi-cicatriciel », un très net écart apparaît entre ces deux circonstances. Le fait que la patiente présente un utérus uni-cicatriciel ne freine pas les professionnels pour pratiquer un décollement. En revanche, avec un utérus multi-cicatriciel, 68,42 % des professionnels considèrent qu'il s'agit d'une contre-indication. Selon les RPC du CNGOF en 2012 sur l'accouchement en cas d'utérus cicatriciel [33] : « la tentative de voie basse après césarienne (TVBAC), en cas d'utérus bi-cicatriciel demeure possible lors de situations obstétricales favorables (accord professionnel). Une césarienne programmée après césarienne (CPAC) est recommandée à partir de 3 antécédents de césarienne », « en cas d'utérus bi-cicatriciel, il est recommandé de ne pas déclencher le travail (accord professionnel) ». Les taux de réponses indiquent que les professionnels sont

plutôt favorables à l'utilisation du décollement chez une patiente présentant un utérus uni-cicatriciel, mais beaucoup d'entre eux ne le feraient pas pour un utérus multi-cicatriciel et donc bi-cicatriciel. Étant donné que les patientes ayant un utérus uni-cicatriciel peuvent bénéficier d'un accord voie basse plus aisément que celles ayant un utérus bi-cicatriciel, il est envisageable d'autoriser le décollement pour ces patientes.

En cas de grossesse gémellaire, la majorité des professionnels n'est pas opposée à la pratique du décollement chez ces patientes mais 11,84 % des professionnels considèrent qu'il s'agit d'une contre-indication. . Peut-on ou non utiliser le décollement dans ce cas ? Sachant que dans cette situation il existe souvent une sur-distension utérine, il est possible que celle-ci puisse influencer la réussite d'un décollement. Le cas des grossesses gémellaires est particulier car les conduites à tenir sont variables. Si la voie d'accouchement choisie est la voie basse, la patiente est la plupart du temps déclenchée. Quel serait l'intérêt du décollement ? Vraisemblablement, ce serait à visée de maturation cervicale. À ce jour, les études sur le décollement des membranes n'ont pas précisé si le DM peut être pratiqué dans ce cas là, en assurant la même sécurité que pour une grossesse mono-fœtale. Peut-être que le risque de RPM est majoré dans ce contexte ?

Pour 76,32 % des professionnels, un terme inférieur à 37 SA est une contre-indication au décollement. En effet, théoriquement, le décollement des membranes ne doit pas être réalisé avant 37 SA.

Le décollement des membranes apparaît comme un geste sûr pour un peu plus de la moitié des pratiquants, 53,23 % (Tableau 5). Ce taux est intrigant, pourquoi pratiquent-ils un geste qu'ils ne considèrent pas comme sûr ?

Dans le groupe DM -, l'insécurité du décollement est énoncée par 60 % (9/15) des professionnels. La non pratique du décollement peut alors s'expliquer par le fait que les non pratiquants estiment ce geste risqué. Pourtant, la majorité des études scientifiques s'accordent à dire que le décollement est un geste sûr même si les auteurs de la méta-analyse Cochrane prennent plus de précautions. De plus, sa pratique est recommandée par la HAS [4], le CNGOF [5], la NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) [34] ainsi que la SOGC (Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada) [35].

Les pratiquants comme les non-pratiquants semblent sous-estimer la sécurité du décollement.

Les professionnels ont-ils bien compris le sens de la question numéro 15 ? Comment ont-ils interprété le terme « sûr » ? Avec cette question le but était d'interroger les professionnels sur la sécurité du geste. Il est probable que certains ne l'aient pas compris comme tel, mais plutôt dans le sens de la fiabilité du DM.

Pratique du décollement et examens complémentaires

En demandant aux professionnels s'ils pensent que le décollement doit être associé à un ERCF et s'il faut avoir le résultat du PVSB, l'intention était de savoir quelle attitude ils préconisent. Notamment, pour savoir s'ils prennent plus de précautions que pour un TV classique. En analysant les réponses de l'ensemble des professionnels, l'avis général est plus en faveur de ne pas faire d'examen complémentaires.

Peut-être que les 31 professionnels (40,26 %) souhaitant avoir le résultat du PVSB avant d'effectuer un DM redoutent d'entraîner une colonisation vaginale par le streptocoque B. À ce sujet, NETTA [36] a montré que le décollement n'augmente pas la colonisation vaginale de cette bactérie.

Pratique des professionnels qui réalisent le décollement des membranes

L'étude visait principalement à analyser la pratique du décollement. Les professionnels ont été interrogés sur les circonstances de réalisation, les objectifs, les conditions médicales requises, etc.

Chez les 62 professionnels qui pratiquent le décollement, la majorité (58,06 %) dit réaliser cet acte parfois ou rarement. Pourquoi ne l'utilisent-ils pas de façon plus fréquente ? Ce résultat est étonnant mais il peut éventuellement s'expliquer avec un biais non repéré au préalable. Effectivement, le secteur où le professionnel travaille a une importance (Figure III). Un professionnel peut dire pratiquer le décollement sans pour autant l'employer de façon régulière. En effet, les équipes de SF effectuent des rotations dans les différents secteurs, elles peuvent être plusieurs mois sans pratiquer de consultations.

La pratique du décollement est surtout réalisée lors des consultations de terme, c'est la circonstance la plus évoquée (Figure III). Les autres situations les plus répandues sont les consultations d'urgences et l'hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques.

Il convient de préciser qu'au CHU d'Angers, les consultations de terme sont réalisées par les SF aux UGO. C'est d'ailleurs dans ce service que ces dernières réalisent le plus souvent le DM. En revanche, les consultations de suivi de grossesse classique et SIG apparaissent peu dans les réponses. Cela s'explique par le fait que seules quelques sages-femmes sont sur ces postes. Par contre, trois des quatre gynécologues obstétriciens effectuent le décollement lors des consultations de suivi de grossesse classique et aucun des internes n'effectuent de décollement à cette occasion.

Même si la pratique lors des consultations classiques et SIG est moins représentée, il ne peut être conclu que celle-ci soit moindre puisqu'il n'est pas question, ici, du nombre de décollements réalisés.

Les gynécologues-obstétriciens pratiquent surtout le décollement lors des consultations de suivi de grossesses classiques.

Les internes, eux, ont l'occasion de réaliser des décollements dans deux circonstances : les consultations de terme et lors de l'hospitalisation des patientes dans le service de grossesses pathologiques.

94, 34 % des sages-femmes (50/53) pratiquent le décollement lors des consultations de terme. Cette observation est en accord avec les recommandations faites par le CNGOF [5].

Pratique selon le terme

Parmi les pratiquants, 7 professionnels (5 SF, 1 GO et 1 IGO) pratiquent le DM chez des patientes ayant des termes inférieurs à 37 SA. Selon l'analyse de la littérature, un décollement ne doit pas être effectué avant 37 SA. Cependant, comme le montre les résultats, dans la pratique, il arrive que des décollements soient réalisés avant ce terme. Pourquoi certains professionnels l'utilisent avant 37 SA ? Dans quelle(s) circonstance(s) ?

L'hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques est très probablement la circonstance la plus répandue de la pratique avant 37 SA. Il s'agit de la troisième circonstance de pratique du décollement évoquée par les professionnels (Figure III). Dans le cadre d'une grossesse pathologique, la grossesse doit souvent s'interrompre pour des raisons médicales, à des termes variables selon les pathologies. Le décollement est alors utilisé par les professionnels en vue d'une maturation cervicale. Ils souhaitent gagner des points de Bishop avant un déclenchement pour le faciliter. Dans ces conditions (grossesse pathologique avant 37 SA), l'intérêt de proposer un décollement des membranes est donc à discuter en fonction des conditions locales.

Il faut aussi évoquer la consultation du neuvième mois, qui s'effectuent autour de 37 SA au CHU d'Angers.

Entre 37 et 41 SA, le décollement est réalisé pour favoriser la mise en travail. Il a été mis en évidence que 50/57 professionnels l'utilisent dans le cadre de pathologies de la grossesse (Figure IV). Ce nombre important était inattendu. Une interrogation survient, les professionnels ont-ils conscience que le décollement des membranes est une méthode de déclenchement non urgente ? Certes, la gravité des pathologies est variable. Certaines pathologies présentent une indication non urgente de déclenchement tant qu'elles sont stables, mais dès lors qu'elles s'aggravent, il s'agit d'une indication urgente. Ainsi, il convient de préciser que l'utilisation de cette méthode dans cette dernière situation serait contradictoire aux recommandations de la HAS et du CNGOF. Cependant, mise à part les hospitalisations pour pathologies de la grossesse susceptibles de s'aggraver, nécessitant une surveillance et une intervention rapide en cas de décompensation, l'hospitalisation des patientes présentant, par exemple, un diabète, une protéinurie isolée ou encore une grossesse prolongée sont trois indications de réalisation du DM dans le service de grossesses pathologiques. En effet, il est décrit ici que dans

la pratique, le DM est employé dans ce service à visée de déclenchement non urgent ou semi-urgent. Il s'agit d'ailleurs d'une prescription parfois faite par les médecins du service.

D'autre part, 32 professionnels ont recours au décollement des membranes face à des conditions locales favorables et 27 suite à une demande des patientes. Ce troisième motif révèle qu'il existe une demande de la part de celles-ci. Comment ont-elles connaissance de cette pratique ? Est-ce que cela vient des grossesses antérieures ? D'une information donnée par les sages-femmes libérales ? Ou des forums sur Internet ? Si certaines en font la demande c'est sans doute qu'elles sont en attente d'un effet « coup de pouce ». Elles ont peut-être bénéficié de cette méthode lors d'une précédente grossesse et souhaitent y avoir recours de nouveau.

Après 41 SA, le DM est utilisé par tous, excepté par une sage-femme. À partir de ce terme, une surveillance rapprochée est mise en place et c'est à ce moment que l'utilisation du DM est la plus importante. Face à cette constatation, il semble que les professionnels l'utilisent pour prévenir le terme dépassé chez les patientes présentant une grossesse prolongée.

Quelques auteurs se sont intéressés à l'effet du décollement dans cette circonstance. En 1990, McCOLGIN et al [37] montrent une diminution de l'incidence des termes dépassés chez les « patientes décollées ». En 1999, BOULVAIN et al [8], lors d'une revue d'étude, font le même constat.

Les pratiquants estiment que le décollement des membranes est plus efficace à partir de 40 SA, ce qui est en accord avec les conclusions faites par SCHMITZ et al [2] et BOULVAIN et al [3].

La parité des patientes ne semble pas avoir d'influence dans le choix de décoller les membranes puisque 96,77 % des professionnels effectuent le décollement quelque soit la parité.

Par ailleurs, il est intéressant de souligner que 74,19 % des professionnels pensent qu'il est plus efficace chez les multipares. S'agit-il d'une impression ou d'une réelle constatation ? Les multipares seraient-elles plus réceptives au décollement ? Le décollement présenterait-il une efficacité majorée chez elles ?

Les données de la littérature présentent des divergences à ce sujet. Trois études [31] [37] [38] montrent une efficacité augmentée du DM chez les nullipares par rapport aux multipares. Parmi ces études, celle de McCOLGIN et al [37], a également montré que le décollement a d'autant plus d'effets chez les nullipares avec un score de Bishop non favorable. Tandis que de DE MIRANDA et al [11], ont montré un effet significatif limité au multipares.

Quoiqu'il en soit les études scientifiques ont montré que le DM est efficace chez les nullipares comme chez les multipares.

Les professionnels estiment majoritairement (83,87%) que les effets du décollement sont obtenus dans les 24 premières heures suivant le geste (Tableau 8). Ils pensent donc que le délai d'action est rapide. Ils ne semblent pas penser que l'effet puisse apparaître à distance. Or, dans la littérature, notamment dans la méta-analyse Cochrane [3], il a été démontré que la probabilité d'entrée en travail spontanée augmente dans les 2 à 7 jours suivant le décollement. Le délai d'action est sous-évalué par la majorité des praticiens, mais trois des quatre gynécologues pensent que la durée d'efficacité du décollement est supérieure à 24 heures. Ce sont d'ailleurs les seuls à considérer cela.

Avoir un rapport sexuel après un décollement des membranes est parfois conseillé par certains professionnels. Au CHU d'Angers, 38,71 % des professionnels donnent ce conseil, les autres s'abstiennent (Tableau 9). Il est clair qu'aborder ce sujet peut être délicat et donner ce conseil relève de l'aisance du professionnel à parler de sexualité. De plus, parmi ceux qui s'abstiennent il est probable que cette pratique soit jugée comme inutile. Malgré tout, si un rapport sexuel peut augmenter les chances de réussite du décollement pourquoi ne pas le proposer ?

Lors d'un rapport sexuel, les éléments plausibles pouvant favoriser l'entrée en travail de la femme enceinte sont : la présence des prostaglandines E dans le liquide séminal, les effets de la stimulation mammaire (sécrétion d'ocytocine) et l'apparition de contraction utérine au moment de l'orgasme. Ainsi tous ces éléments, et notamment la majoration de la quantité de prostaglandines en contact avec le col, ne peuvent que théoriquement favoriser les effets attendus. À l'heure actuelle, nous ne pouvons pas savoir si cette croyance est fondée. Une revue de la Cochrane effectuée par KAVANAGH et al en 2008 [39], ayant pour objectif de déterminer si les rapports sexuels au troisième trimestre ont des effets sur la maturation cervicale et la mise en travail, a conclu que les effets étaient incertains.

Le fait d'avoir recours à des décollements répétés est avant tout une pratique de sages-femmes (Tableau 10). Parmi les 62 professionnels, il y a autant de personnes qui effectuent un seul décollement, que de personnes qui en effectuent plusieurs. Pourquoi certains professionnels effectuent-ils des décollements répétés ? Il peut être supposé que la réalisation de plusieurs décollements est plus efficace qu'un seul. C'est d'ailleurs ce qu'émet CRANE comme hypothèse [10]. Au CHU d'Angers, dans la moitié des cas (51,61 %), effectuer plusieurs décollements est réalisé chez des patientes qui atteignent leur terme. Il semble que les professionnels perçoivent la répétition du décollement comme un moyen d'augmenter les chances pour améliorer les conditions locales (gagner des points de Bishop) ou d'entraîner une mise en travail spontanée. MAGANN et al [30], ont montré

qu'en commençant à effectuer des décollements répétés à partir de 39 SA cela réduit significativement ($P < 0,0001$) la proportion des termes dépassés.

Faut-il réaliser un décollement unique ou des décollements répétés ? L'analyse de la littérature ne permet pas de se prononcer en faveur d'une pratique plus que l'autre. Ce choix est donc laissé à l'appréciation du professionnel. Les études scientifiques ont prouvé que ces deux méthodes permettent de réduire l'incidence des grossesses atteignant 41 SA et donc l'incidence des dépassements de terme. Cependant, il faut noter qu'actuellement la sécurité des décollements répétés n'est pas prouvée, seule celle du décollement unique l'est. Ainsi, un des freins à cette pratique est la question de la sécurité de la répétition du geste. Il faudrait que des études soient réalisées pour évaluer la sécurité, l'éventuelle augmentation des effets indésirables n'est pas à exclure en cas de répétition du geste.

Toutefois, parmi les recommandations de la NICE en 2008 [34], il est expliqué que plusieurs décollements peuvent être effectués si le travail ne survient pas spontanément. Ainsi, comme cet organisme autorise la répétition du décollement, les professionnels peuvent être rassurés et effectuer plusieurs décollements sans crainte. D'autant plus que ces recommandations ont été retenues comme sources, dans l'argumentaire de la HAS sur le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA, pour la question du décollement des membranes[4].

Dans un protocole de surveillance du CHU d'Angers de 1998, concernant la prise en charge des grossesses se poursuivant au-delà de 41 SA, il était indiqué qu'il fallait pratiquer un DM à chaque consultation si possible ainsi qu'une amnioscopie (Annexe 3). L'existence de ce protocole peut, entre autre, expliquer pourquoi cette pratique est fortement présente à Angers, et notamment dans le cadre des grossesses prolongées et des dépassements de terme. Cependant, il est aujourd'hui désuet puisque l'on ne pratique plus d'amnioscopie. De même, lorsque les sages-femmes reçoivent les patientes aux UGO dans le cadre des consultations de terme elles n'appliquent plus ce protocole systématiquement. Il faudrait le remettre à jour, pour que celui-ci soit de nouveau appliqué.

L'optimisation des effets du décollement des membranes selon le terme, la parité, le score de Bishop et la répétition du geste est fréquemment avancée par les professionnels. Suivant ces paramètres, le décollement serait plus ou moins efficace. Il faut avoir à l'esprit que l'efficacité du décollement est variable d'une femme à l'autre. Cependant, BOULVAIN et al [19], ne retrouvent pas d'influence de la parité et du score de Bishop.

Attitude du professionnel

Cent pour cent des professionnels informent la patiente de la réalisation du geste, ce qui est en adéquation avec les recommandations de la HAS et du CNGOF [4][5]. Il serait intéressant de savoir quelles informations sont données et comment, de connaître les propos tenus par les professionnels lorsqu'ils expliquent le décollement. En effet, la façon de donner l'information n'est pas à négliger (l'attitude, les propos adoptés etc). Dans une relation de soin, il convient notamment de bien choisir les mots employés. Ce fait est évoqué ici, parce qu'au CHU d'Angers, des groupes de professionnels travaillent sur l'hypnose. L'idée émise est qu'un décollement serait vécu comme moins douloureux, si on évite d'employer des termes négatifs et qu'on les remplace par des termes positifs. Celui-ci pourrait même être réalisé sous-hypnose.

L'étude met en évidence que 91,94 % (57/62) des professionnels notent le décollement dans le dossier médical (Tableau 11). Ce constat est rassurant puisqu'au préalable de cette étude il était envisagé que le décollement était peu noté dans les dossiers. Il se peut que le mémoire de A. LETESSIER [20] effectué au CHU d'Angers en 2012, ait influencé les professionnels à noter ce geste.

Raisons de la non pratique du décollement des membranes

Chez les 15 professionnels non pratiquants, la non connaissance n'est pas une raison de la non pratique du décollement puisqu'aucun professionnel n'évoque cette raison (Figure V). La raison la plus mentionnée est la suivante : « réticences personnelles par rapport aux risques éventuels ». Cette réponse met ainsi en évidence qu'il existe des réserves envers cette technique. Que redoutent ces professionnels ? Le principal risque évoqué par les non pratiquants correspond aux métrorragies à 85,71 %, s'ensuivent le « faux travail » et la RPM au taux identique de 71,43 % (Figure I). Les professionnels craignent la RPM, pourtant, les études ont montré que ce risque n'est pas majoré. La douleur provoquée par le geste explique également les réticences.

L'efficacité du décollement des membranes est jugée nulle par un tiers d'entre eux. Par conséquent, les deux tiers restants, même s'ils ne réalisent pas de décollement, semblent lui reconnaître une efficacité.

Bilan de cette analyse

Cet état des lieux révèle que les professionnels qui pratiquent le décollement des membranes au CHU d'Angers sont très majoritaires, comparés à ceux qui ne le pratiquent pas. C'est un geste connu de tous et largement utilisé. Les non pratiquants peuvent être amenés à recevoir des patientes ayant bénéficié d'un décollement. C'est pourquoi, recueillir l'avis de tous les professionnels, pratiquant ou non, a de l'importance pour avoir une représentation la plus juste des pratiques au CHU d'Angers.

L'étude montre qu'il existe une bonne adéquation entre la pratique, les données scientifiques disponibles et les recommandations de la HAS et du CNGOF.

3 - Propositions

L'étude de la littérature effectuée pour mener à bien ce travail a permis de constater que le décollement des membranes a été le sujet de nombreuses études. Cependant, malgré l'existence d'études scientifiques validées, des données manquent encore pour connaître l'ensemble des effets du décollement des membranes. De ce fait, son emploi reste largement discuté chez les professionnels. Il faudrait que cette pratique soit davantage documentée pour lui donner une légitimité.

À l'issue de ce travail plusieurs propositions peuvent être formulées.

Effectuer des études complémentaires

Il serait intéressant de faire une cohorte des femmes enceintes bénéficiant du décollement des membranes. Or, pour le moment, ce geste est plus ou moins tracé. Deux solutions peuvent être proposées : soit instaurer sa cotation, soit mettre en place une feuille de suivi prospectif pour une éventuelle étude. Ainsi, les patientes exposées à cette pratique seraient recensées ce qui permettrait la création d'une cohorte et son exploitation. Une évaluation plus précise des effets et conséquences obtenus suite à un décollement des membranes serait alors possible, de même que l'obtention de statistiques solides.

Il aurait été enrichissant, lors de l'étude, de faire une enquête qualitative auprès des professionnels, à l'aide d'entretiens semi-directifs afin de compléter l'analyse mais cela n'a pas été effectué par manque de temps. Cet élément pourrait être envisagé lors d'une prochaine étude de ce type. De plus, effectuer l'étude dans différents types de maternités est également à envisager afin de répondre à la question suivante : la pratique du décollement diffère-t-elle selon les types de maternités ?

Dans l'étude réalisée ici, c'est le point de vue des professionnels qui a été recueilli. Porter un intérêt au point de vue des patientes pourrait être le sujet d'une autre étude au CHU, dans le but d'évaluer leurs ressentis sur cette pratique et de savoir si celle-ci est bien acceptée.

Le décollement des membranes est un sujet qui mérite d'être exploité. Il s'agit d'un thème souvent traité par les étudiants sages-femmes dans le cadre de leurs mémoires de fin d'études. Ces études, à petite échelle, montrent un intérêt et des interrogations envers cette méthode. Effectivement, beaucoup de professionnels s'interrogent sur sa réelle efficacité. Le décollement apparaît aux yeux des professionnels comme un « petit geste » alors que les données de la littérature montrent une efficacité validée. Malgré tout, il est vrai que des données significatives manquent pour connaître la véritable efficacité du décollement. À l'avenir, la réalisation de

nouvelles études sur de plus grands effectifs permettra, très certainement, d'obtenir des résultats probants. De plus, diverses orientations d'études peuvent encore être proposées, comme par exemple évaluer la sécurité des décollements répétés.

Sans parler d'évaluer l'efficacité du décollement, et en conservant la même aspiration que l'étude réalisée ici, il faudrait que soit réalisée une enquête des pratiques à l'échelle nationale, pour avoir une meilleure représentativité des pratiques.

Coter le décollement des membranes

Il faut noter que le décollement des membranes reste un acte non coté dans la feuille de RUM, or c'est un acte médical.

Il serait judicieux d'instaurer sa cotation afin d'obtenir plus aisément des statistiques. En effet, à l'heure actuelle le décollement des membranes est simplement noté dans le dossier et il n'est pas évident de retrouver les dossiers des patientes ayant bénéficiées d'un décollement.

La cotation serait un meilleur moyen de connaître sa fréquence d'utilisation, d'évaluer son efficacité, de mettre en évidence des co-morbidités etc.

Former les professionnels

Pour améliorer la pratique du décollement des membranes, il faudrait donner un enseignement spécifique sur cette technique dans la formation initiale, afin de savoir apprécier le moment le plus opportun à sa réalisation. Effectivement, le décollement des membranes ne peut pas être réalisé dans tous les cas, il faut veiller à la présence de bonnes conditions et cela nécessite de développer un sens clinique.

Mettre à jour le protocole de 1998 du CHU d'Angers (Annexe 3 et 4) et proposer des éléments pour un protocole d'application

L'utilisation du décollement est plus importante à partir de 40 SA, notamment pour prévenir les termes dépassés, il mérite sa place à terme atteint (41 SA). Ainsi, lorsque la patiente atteint son terme, le recours à cette pratique devrait être instauré. En effet, il ne paraît pas inutile de tout mettre en œuvre, même par des moyens simples, pour prévenir les risques associés au dépassement de terme. Les résultats de l'étude ont d'ailleurs montré que le décollement des membranes est surtout réalisé lors des consultations de termes.

Quand une patiente atteint son terme, elle est convoquée pour la mise en place d'une surveillance rapprochée. En cas de non mise en travail, un déclenchement est programmé. Face à des patientes qui refusent le déclenchement, un DM pourrait leur être proposé. Cette proposition, pourrait également être faite aux autres patientes non opposées au déclenchement, pour l'éviter ou le faciliter.

Cette pratique est en accord avec les recommandations du CNGOF pour les grossesses prolongées et termes dépassés [5]. Sa mise en place au CHU d'Angers serait d'autant plus aisée grâce à l'existence préalable du protocole de 1998. C'est pourquoi, à l'issue de cette étude, il est proposé de le remettre à jour. Dans ce protocole, il est indiqué de systématiser la réalisation d'un décollement des membranes en cas de terme atteint et de le répéter à chaque consultation si cela s'avère nécessaire. Cependant, il est évident que systématiser la pratique ne veut pas dire l'imposer. Il faut agir de façon raisonnée en s'assurant des conditions locales satisfaisantes, sans oublier le consentement de la patiente ni les contre-indications.

En attendant la création d'un protocole d'application spécifique à la pratique du décollement des membranes, pour uniformiser les pratiques des professionnels, voici quelques notions élémentaires qui pourraient y figurer :

- Avoir des conditions locales satisfaisantes. Le col doit être assez ouvert pour pouvoir réaliser le geste et la présentation doit être appliquée ou fixée.
- Tenir compte du vécu, de l'inconfort de la patiente et des effets indésirables associés à cette intervention, c'est-à-dire évaluer le rapport bénéfices/risques.
- Respecter les contre-indications, notamment celle du placenta praevia.
- Savoir que cette méthode est inappropriée pour les déclenchements urgents.
- Recueillir obligatoirement le consentement éclairé de la patiente.
- Noter le geste dans le dossier médical.

Conclusion

L'étude révèle que la pratique du décollement est largement utilisée au CHU d'Angers et qu'il existe un intérêt réel des professionnels pour cette méthode. Leurs connaissances et leurs pratiques sont satisfaisantes, même s'il convient de réajuster certains points. De plus, la pratique du décollement est informelle et il reste toujours un part de subjectivité.

Bien utilisé, le décollement des membranes est une méthode intéressante de maturation cervicale et de déclenchement du travail. C'est un geste simple et peu coûteux pouvant être réalisé en ambulatoire.

C'est une méthode plus physiologique, elle pourrait être proposée dans le cadre des déclenchements d'indication médicale non urgente en première intention, voire systématiquement en cas de terme atteint pour limiter les inconvénients liés au dépassement de terme. Le décollement des membranes pourrait ainsi trouver une place en tant que méthode supplémentaire ou complémentaire de déclenchement du travail.

Actuellement, même s'il est cité parmi les méthodes de déclenchement, il n'est pas proprement considéré comme tel, dans la mesure où il favorise le travail sans toutefois l'induire systématiquement. Ce n'est donc pas en cela une technique prévisible.

Cette méthode a une réelle place à se faire dans la prise en charge des grossesses prolongées. La remise à jour du protocole de 1998 se présente comme une solution. En effet, inclure le décollement des membranes au protocole de prise en charge des grossesses prolongées et des termes dépassés chez les grossesses mono-fœtales à bas risques permettrait de l'intégrer clairement dans l'arsenal des méthodes de déclenchement. De cette façon, les professionnels seront encore plus inciter à l'utiliser et cela permettrait d'homogénéiser les pratiques.

Face à une médicalisation croissante de l'accouchement, les femmes et les couples désirent revenir vers des moyens plus naturels. Chez les patientes présentant une indication non urgente de déclenchement et qui souhaitent tenter d'éviter un déclenchement artificiel du travail par des moyens classiques, le décollement des membranes est une alternative à proposer.

Le décollement des membranes est une technique ancienne qui doit garder une place dans les pratiques obstétricales. Les professionnels doivent continuer à l'utiliser et à amplifier sa pratique chez les patientes ayant atteint leur terme.

La qualité des soins est une préoccupation partagée par tous. Elle passe par une remise en question perpétuelle de ses pratiques, cette attitude est essentielle pour tout professionnel de santé. C'est ainsi que la pratique du décollement des membranes doit être envisagée dans une démarche d'amélioration.

C'est la raison pour laquelle, nous espérons que ce travail a été l'occasion d'amener les professionnels à s'auto-évaluer, en s'interrogeant notamment sur leurs pratiques et ainsi à les améliorer.

L'obstétrique est actuellement en pleine mutation, les RPC sur les utérus bi-cicatriciels vont bouleverser les habitudes cliniques et les dogmes. Dans ce contexte, le décollement des membranes mérite de trouver une place légitime parmi les méthodes de déclenchement.

Bibliographie

1. SWANN R. Induction of labor by stripping membranes. *Obstet Gynecol.* 1958;11:74-78.
2. SCHMITZ T, GOFFINET F, PONS J. Décollement des membranes à terme. *Revue des essais randomisés. J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1998;27:749-754.
3. BOULVAIN M, STAN CM, IRION O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2005.
4. HAS. Recommandations professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Argumentaire. Haute Autorité de Santé. 2008. Disponible sur : www.has-sante.fr
5. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : grossesse prolongée et terme dépassé. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2011;40(8):697-708. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr>
6. BLONDEL B, KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM; 2011. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
7. TENORE JL. Methods for cervical ripening and induction of labor. *Am Fam Physician.* 2003;67(10):2123-2128.
8. BOULVAIN M, IRION O, MARCOUX S, FRASER W. Sweeping of the membranes to prevent post-term pregnancy and to induce labour : a systematic review. *Br J Obstet Gynaec.* 1999;106:481-485.
9. CAMMU H, HAITSMA V. Sweeping of the membranes at 39 weeks in nulliparous women: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaec.* 1998;105:41-44.
10. CRANE J, BENNETT K, YOUNG D, WINDRIM R, KRAVITZ H. The effectiveness of sweeping membranes at term: a randomised trial. *Obstet Gynecol.* 1997;89(4):586-590.
11. DE MIRANDA E, VAN DER BOM J, BONSEL G, BLEKER O, ROSENDAAL F. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaec.* 2006;113:402-408.
12. EL TORKEY M, GRANT JM. Sweeping of the membranes is an effective method of induction of labour in prolonged pregnancy: a report of a randomised trial. *Br J Obstet Gynaec.* 1992;99:455-458.
13. WONG S, HUI S, CHOI H, HO L. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour? *Br J Obstet Gynaec.* 2002;109:632-636.

14. GUSTAVII B. Sweeping of the fetal membranes by a physiologic saline solution: effect on decidual cells. *Am J Obstet Gynecol.* 1974;120:531-536.
15. MITCHELL, FLINT A, BIBBY J, BRUNT J, ARNOLD J, ANDERSON A, et al. Rapid increases in plasma prostaglandin concentrations after vaginal examination and amniotomy. *Brit Med J.* 1977;2:1183-1185.
16. KEIRSE MJ, THIERY M, PARAWIJK W, MITCHELL MD. Chronic stimulation of uterine prostaglandin synthesis during cervical ripening before the onset of labor. *Prostaglandins.* 1983;25:671-682.
17. McCOLGIN SW, BENNETT WA, ROACH H, COWAN BD, MARTIN JN, MORRISON JC. Parturitional factors associated with membrane stripping. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169(1):71-77.
18. MELZACH R. The short form McGill pain questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191-197.
19. BOULVAIN M, FRASER WD, MARCOUX S, FONTAINE JY, BAZIN S, PINAULT JJ, et al. Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour ? A randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaec.* 1998;105:34-40.
20. LETESSIER A. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de la pratique du décollement du pôle inférieur de l'oeuf chez des grossesses prolongées à bas risques. Mémoire maïeutique. Angers. 2012.
21. DINOCHAU C. Le décollement des membranes à terme: analyse des résultats et proposition d'un protocole d'application. Mémoire maïeutique. Lyon. 2011.
22. DOANY W, McCARTY J. Outpatient management of the uncomplicated postdate pregnancy with intravaginal prostaglandin E2 gel and membrane stripping. *J Maternal-Fetal Med.* 1997;6:71-78.
23. MAGANN EF, CHAUHAN SP, McNAMARA MF, BASS JD, ESTES CM, MORRISON JC. Membrane sweeping vs dinoprostone vaginal insert in the management of pregnancies beyond 41 weeks with an unfavorable cervix. *Am J Obstet Gynecol.* 1998;178:1279-1287
24. MAGANN EF, CHAUHAN SP, McNAMARA MF, BASS JD, ESTES CM, MORRISON JC. Membrane sweeping vs dinoprostone vaginal insert in the management of pregnancies beyond 41 weeks with an unfavorable cervix. *Journal of Perinatology.* 1999;19:88-91.
25. GEMER O, KAPUSTIAN V, HARARI D, SASSOON E, SEGAL S. Sweeping of membranes vs. intracervical prostaglandin E2 gel for cervical ripening. Randomised trial. *J Reprod Med.* 2001;26(8):706-708.
26. THOMAS F. Le décollement des membranes à partir de 37 SA : élaboration de recommandations et enquêtes de pratiques en Alsace. Mémoire maïeutique. Strasbourg. 2004.

27. DELNAUD C. Le décollement du pôle inférieur de l'œuf: évaluation des pratiques en Limousin en 2006. Mémoire maïeutique. Limoges. 2007.
28. MAILLARD V. Le décollement des membranes: enquête des pratiques au CHU de Rennes et intérêt de cette méthode. Mémoire maïeutique. Rennes. 2007.
29. TOURBOT C. Intérêt du décollement des membranes chez les femmes enceintes en terme atteint sur col défavorable. Mémoire maïeutique. Rennes. 2010.
30. MAGANN EF, McNAMARA MF, WHITWORTH NS, CHAUHAN SP, THORPE RA, MORRISON JC. Can we decrease postdatism in women with an unfavorable cervix and a negative fetal fibronectin test result at term by serial membrane sweeping? *Am J Obstet Gynecol.* 1998;179:890-894.
31. BERGHELLA V, ROGERS R, LESCALE K. Stripping of membranes as a safe method to reduce prolonged pregnancies. *Obstet Gynecol.* 1996;87(6):927-931.
32. GUPTA R, VASISHTA K, SAWHNEY H, RAY P. Safety and efficacy of stripping of membranes at term. *Int J Gynecol Obstet.* 1998;60:115-121.
33. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : accouchement en cas d'utérus cicatriciel. 2012:605-619. Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr>
34. NICE. Induction of labour : clinical guideline. RCOG Press. juill 2008;59-62.
35. SOGC. Guidelines for management of pregnancy at 41+0 to 42+0 weeks (SOGC clinical practice guideline). *JOGC.* 2008;214:803-804.
36. NETTA D, VISINTAINER P, BAYLISS P. Does cervical membrane stripping increase maternal colonization of group B streptococcus? *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(6):593.
37. McCOLGIN SW, HAMPTON HL, McCAUL JF, HOWARD PM, ANDREW MM, MORRISON JC. Stripping membranes at term: can it safely reduce the incidence of post term pregnancies? *Obstet Gynecol.* 1990;76(4):678-680.
38. ALLOTT H, PALMER C. Sweeping the membranes: a valid procedure in stimulating the onset of labour? *Brit J Obstet Gynaec.* 1993;100:898-903.
39. KAVANAGH J, KELLY AJ, THOMAS J. Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour. *The Cochrane Library.* 2008, Issue 4.

Annexes

Liste des annexes :

- Annexe 1 : le questionnaire de l'étude.
- Annexe 2 : extraits des recommandations de la HAS (Avril 2008) et du CNGOF (Décembre 2011).
- Annexe 3 : le protocole de décembre 1998, du CHU d'Angers, « Surveillance à partir de 41 SA, grossesse normale, sans antécédent et col non déclenchable », Ph.DESCAMPS.
- Annexe 4: proposition d'actualisation du protocole de décembre 1998 du CHU d'Angers.

Questionnaire sur le décollement des membranes.

I - Renseignements concernant le professionnel. (Page 1/6)

1.

1) Vous êtes :

Une seule réponse possible.

- Une femme
 Un homme

2.

2) Quelle profession exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Sage-femme
 Gynécologue-obstétricien
 Interne en gynécologie-obstétrique

3.

3) Depuis combien de temps exercez-vous ?

nb: pour les internes comptez à partir de votre spécialisation.

Une seule réponse possible.

- < 5 ans
 5-10 ans
 10-15 ans
 15-20 ans
 20-25 ans
 > 25 ans

4.

4) Où avez-vous été formé (ville) ?

.....

5.

5) Connaissez-vous le décollement des membranes, également appelé décollement du pôle inférieur de l'oeuf (DPIO) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. **6) Quand et comment avez vous découvert cette méthode pour la première fois ?**

Une seule réponse possible.

- En tant qu'étudiant
 En tant que professionnel

7. **6 bis ") Si vous avez cochez la proposition découverte du décollement " en tant qu'étudiant ", précisez si c'est lors :**

Plusieurs réponses possibles.

- De l'enseignement théorique
 Des stages
 Des 2 à la fois: théorie et pratique
 Autre :

8. **6 bis ") Si vous avez cochez la proposition découverte du décollement " en tant que professionnel ", précisez si c'est :**

Plusieurs réponses possibles.

- Contact avec des collègues pratiquant le décollement
 Protocole ou habitude du service
 Autre :

9. **7) Vous a-t-on expliqué la technique du décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

II - Connaissances générales et impressions sur le décollement. (Page 2/6)

10. **8) Décrivez succinctement en quoi consiste ce geste.**

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

11. **9) Connaissez-vous le principal phénomène qui s'effectue ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

12. **9 bis) Si vous avez répondu oui à la question n°9 et que vous connaissez le principal phénomène qui s'effectue, écrivez lequel :**

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

13. **10) D'après vous, est-ce une méthode efficace pour la maturation cervicale ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sais pas

14. **11) D'après vous, est ce une méthode efficace pour la mise en travail ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sais pas

15. **12) Existe-t-il des effets secondaires à cette pratique ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sais pas

16.

12 bis) Si vous avez répondu oui, à la question n°12, cochez les éléments que vous considérez comme effet(s) secondaire(s) :

Plusieurs réponses possibles.

- Métrorragies
- Hypotension - malaise
- RPM
- Contractions irrégulières et inefficaces = "faux travail"
- Infection
- Douleur, infection
- Autre :

17.

13) Pensez-vous que la pratique du décollement majore le risque de RPM, infections, "faux travail"... ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

18.

14) Existe-t-il des contre-indications au décollement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne sais pas

19.

14 bis) Si vous avez répondu oui, à la question n°14, cochez les éléments que vous considérez comme contre indication:

Plusieurs réponses possibles.

- Infection cervico-vaginale
- Placenta bas inséré
- Placenta praevia
- Présentation podalique
- Présentation transverse
- Utérus uni-cicatriciel
- Utérus multi-cicatriciel
- Grossesse gémellaire
- Refus de la patiente
- Disproportion foeto-pelvienne
- Terme < 37 SA
- Autre :

Rapport-gratuit.com

LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



20. **15) Pensez-vous que le décollement est un geste sûr ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sais pas

21. **16) Pensez-vous que le décollement doit être systématiquement associé à un ERCF ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. **16 bis) Quelque soit votre réponse à la question n°16, expliquez pourquoi :**

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

23. **17) Pensez-vous qu'il faut avoir le résultat du prélèvement vaginal à streptocoque B avant de réaliser le décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. **17 bis) Quelque soit votre réponse à la question n°17, expliquez pourquoi :**

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

III - Pratique du décollement. (Page 3/6)

Selon votre réponse à la question suivante (n°18), répondez à la partie vous concernant
Si votre réponse est oui : professionnel pratiquant le décollement (continuez page 4, répondez aux questions n°19 à n°42)
Si votre réponse est non : professionnel ne pratiquant pas le décollement (continuez page 5, répondez à la question n°43 uniquement)

25. **18) Pratiquez-vous le décollement des membranes ?**

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 26.*
 Non *Passez à la question 55.*

III.1 - Professionnel pratiquant le décollement. (Page 4/6)

Pour les personnes ayant répondu oui à la question n°18.

26. **19) A quelle fréquence pratiquez-vous le décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Dès que possible
 Souvent
 Parfois
 Rarement

27. **20) Dans quelles circonstances pratiquez-vous le décollement ?**

(plusieurs choix possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Consultation de suivi de grossesse classique
 Consultation SIG (Suivi Intensif de Grossesse)
 Consultation d'urgence
 Consultation de terme
 Hospitalisation dans le service de grossesse pathologique
 Autre :

28. **21) Dans quel(s) but(s) pratiquez-vous le décollement?**

plusieurs réponses possibles

Plusieurs réponses possibles.

- Maturation cervicale
 Mise en travail
 Autre :

29. **22) Pratiquez-vous le décollement chez des patientes dont le terme est < à 37 SA (semaines d'aménorrhée) ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

30. **23) Pratiquez-vous le décollement chez des patientes dont le terme est > à 37 SA et < à 41 SA ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

31. **24) Pratiquez-vous le décollement chez des patientes dont le terme est > à 41 SA ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

32. **25) Chez les patientes dont le terme est > à 37 SA et < à 41 SA, cochez la ou les raison(s) vous amenant à pratiquer un décollement :**

Plusieurs réponses possibles.

- Demande de la patiente à terme désirant accoucher
 Face à des conditions locales favorables, souhait de "donner un coup de pouce"
 Prévention d'un accouchement post-terme
 Pathologie de la grossesse (ex: HTA, pré-éclampsie, diabète gestationnel)
 Autre :

33. **26) Chez les patientes dont le terme est > à 41 SA, donc dans le cadre de grossesse prolongée et terme dépassé. Cochez la ou les raison(s) vous amenant à pratiquer un décollement :**

Plusieurs réponses possibles.

- Pour tenter une mise en travail spontanée
 Pour favoriser la maturation du col avant un déclenchement
 Autre :

34. **27) Vous pratiquez le décollement chez :**

Une seule réponse possible.

- Les nullipares uniquement
 Les multipares uniquement
 Les deux

35. **28) Selon vous, est-ce que le terme de grossesse conditionne la réussite du décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

36.

29) Selon vous, est-ce que la parité conditionne la réussite du décollement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

37.

30) Selon vous, est-ce que le score de Bishop conditionne la réussite du décollement ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

38.

31) Selon vous, le décollement est plus efficace lorsque la femme enceinte est à :

Une seule réponse possible.

- 37 SA
 38 SA
 39 SA
 40 SA
 41 SA

39.

32) Selon vous, le décollement est plus efficace lorsque la femme enceinte est :

Une seule réponse possible.

- Nullipare
 Multipare
 Idem pour les deux

40.

33) A partir de quel score de Bishop réalisez-vous le décollement ?

.....

41.

34) Si le décollement est efficace, vous pensez que le délai d'action est :

Une seule réponse possible.

- < 24 h
 > 24 h
 Sans réponse

42. **35) Conseillez-vous aux " patientes décollées " d'avoir un rapport sexuel pour augmenter les chances de réussite du décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

43. **36) Vous arrive-t-il d'effectuer plusieurs décollements ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

44. **36 bis) Si vous avez répondu oui, à la question n°36, dans quels cas effectuez vous plusieurs décollements ?**

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

45. **37) Conseillez-vous un nombre limite de décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

46. **37 bis) Si vous avez répondu oui, à la question n°37, quel nombre limite conseillez-vous?**

.....

47. **38) Informez-vous toujours la patiente de la réalisation du décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

48. **38 bis) Si vous avez répondu non, à la question n°38, pourquoi vous arrive t-il de ne pas informer la patiente ?**

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

49. **39) A quel moment informez-vous la patiente de la réalisation du décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Avant
 Pendant
 Après
 Jamais
 Autre :

50. **39 bis) Si vous avez coché la proposition " après " ou "jamais" à la question n°39, expliquez votre réponse :**

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

51. **40) Prenez-vous toujours soin d'obtenir le consentement de la patiente, avant de réaliser le décollement ?**

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
 Souvent
 Parfois
 Non, jamais
 Autre :

52.

41) Informez-vous la patiente des effets indésirables du décollement ?

Une seule réponse possible.

- Oui, toujours
- Souvent
- Parfois
- Non, jamais

53.

42) Notez-vous le décollement des membranes dans le dossier obstétrical ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre :

54.

42 bis) Quelque soit votre réponse à la question n°42, expliquez pourquoi :

.....

.....

.....

.....

.....

III.2 - Professionnel ne pratiquant pas le décollement. (Page 5/6)

Pour les personnes ayant répondu non à la question n°18.

55.

43) Quelles sont la ou les raison(s) pour lesquelles vous ne pratiquez pas le décollement des membranes ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pas d'information, non connaissance de cette pratique
- Manque de connaissance (sur la pratique, les effets...)
- Réticences personnelles par rapport aux risques éventuels
- Geste considéré comme non efficace
- Expérience(s) professionnelle(s) de décollement en lien avec des effets indésirables (dystocie de démarrage, dystocie cervicale, RPM...)
- Environnement de travail opposé ou non favorable à cette pratique
- Ne pratique plus d'obstétrique
- Autre :

Expression libre (Page 6/6)

56.

Notez, ci-dessous, vos éventuelles remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

Fourni par


Rapport-Gratuit.com

ANNEXE 2

Les recommandations de la HAS (Avril 2008)

Les recommandations de la HAS concernant le décollement des membranes sont les suivantes :

« - Un décollement de membrane peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé. (grade A)

- 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. (grade A) »

Les recommandations de la HAS, ont obtenu les plus hauts niveaux de preuve scientifique, selon les études sur lesquelles elle s'est fondée.

Les recommandations du CNGOF (Décembre 2011)

« 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). Comparé à l'expectative, il n'augmente pas le taux de césarienne (grade A) et réduit le recours au déclenchement de 41 % à 41⁺⁰ SA et de 42⁺⁰ SA (grade B). Il 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. 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 (accord professionnel). »

48

**SURVEILLANCE A PARTIR DE 41 SA
GROSSESSE NORMALE, SANS ANTECEDENT,
ET COL NON DECLENCHABLE**

Ph.DESCAMPS

1. Toujours vérifier le terme (DDR, échos, courbe de température...)

(Ne pas recalculer le terme en fonction de la consultation précédente, source d'erreurs constantes...)

2. Décollement pôle inférieur de l'oeuf à chaque consultation si possible.

3. Conduite à tenir :

⇒ à 41 SA : RCF + amnioscopie + volume LA à l'écho (*index amniotique*)

Si Bishop \geq 7 déclenchement Syntocinon

⇒ à 41 SA + 2 jours : idem

⇒ à 41 SA + 4 jours: idem. Appel Chef de garde. Discuter maturation + + +

⇒ à 41 SA + 5 jours : Hospitalisation pour maturation cervicale ou déclenchement

4. Si RCF non réactif et/ou index amniotique \leq 5 cm.

↳ voir CAT au cas par cas (hospitalisation ou déclenchement ou surveillance (chef de garde)



ANNEXE 4

Surveillance à partir de 41 SA, grossesse à bas risques.

1 - Toujours vérifier le terme (DDR et mesure de la LCC à l'échographie du 1er trimestre)

2 - Décollement des membranes à chaque consultation si possible

3 - CAT :

- à 41 SA : RCF + index amniotique à l'échographie

Si Bishop ≥ 6 déclenchement par ocytocine SYNTOCINON envisageable

- à 41 SA + 2 jours : ERCF + évaluation du Bishop

- à 41 SA + 4 jours : Idem

- à 41 SA + 5 jours : Hospitalisation pour maturation cervicale ou déclenchement

4 - si RCF non réactif et/ou IA ≤ 5 cm, Appel chef de garde, CAT au cas par cas.

Le décollement des membranes est un acte médical, il est important de le noter dans le dossier.

Évaluation de la maturation du col selon le score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation	0	1 à 2	3 à 4	5
Longueur (effacement)	Long 0-30%	Mi-long 40-50%	Court 60-70%	Effacé 80%
Consistance	Ferme	Intermédiaire	Mou	
Position	Postérieur	Intermédiaire	Centré	
Présentation	Haute et mobile (-3)	Amorcée (-2)	Fixée (-1/0)	Engagée (+1)

Résumé

Titre : Décollement des membranes : étude descriptive des pratiques au CHU d'Angers.

Objectifs : l'objectif principal était de décrire la pratique du décollement des membranes au CHU d'Angers. Les objectifs secondaires, étaient d'évaluer la connaissance et la perception qu'ont les professionnels du décollement des membranes.

Population et méthodes : étude descriptive monocentrique réalisée par auto-questionnaire standardisé, du 2/09/13 au 9/11/13, auprès des professionnels de la maternité du CHU d'Angers. La population cible de l'étude était les sages-femmes, les gynécologues obstétriciens et les internes de gynécologie obstétrique. Les questionnaires ont été envoyés par mail à 125 professionnels, 77 questionnaires ont été reçus et exploités.

Résultats : 80,52% (62/77) des professionnels utilisent le décollement des membranes. Le DM est surtout réalisé lors des consultations de terme. Il y a une bonne adéquation entre la pratique et les données scientifiques disponibles. Les connaissances des professionnels et leur pratique sont satisfaisantes même s'il convient de réajuster certains points.

Conclusion : le décollement des membranes est une méthode largement utilisée au CHU d'Angers. Il a une réelle place à prendre dans la prise en charge des grossesses prolongées. Ainsi, les professionnels doivent continuer à l'utiliser et à amplifier sa pratique.

Mots clés : décollement des membranes, décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO), maturation du col, déclenchement artificiel du travail, étude descriptive des pratiques.

Abstract

Title : The stripping of membranes : descriptive study in Angers hospital

Objectives : the main objective was to describe the practice of the stripping of membranes in Angers hospital. The secondary objectives were to wedge the knowledge and the perception the professionals have of the stripping of membranes

Population and methods : monocentric descriptive study carried out by standardised self-assessment questionnaire from 2nd September 2013 to 9th November 2013 among the professionals working in the maternity ward of Angers hospital. The people targeted by the study were the midwives, the obstetrician-gynecologists and the gynecology-obstetrics house doctors. The questionnaires have been sent by mail to 125 professionals. 77 questionnaires have been exploited

Results : 80,52% (62/77) of the professionals resort to the stripping of membranes. It is used above all in term consultation. There is a good match between the practice and the available scientific data. The knowledge and the practice of the professionals are satisfactory but it proves to be essential to reajust some points

Conclusion : the stripping of membranes is a widely used method in Angers hospital. This method has a real place in the medical care of post-term pregnancies. The professionals should continue to use it and even encourage its use.

Keywords : membrane sweeping, membranes stripping, cervical ripening, induction of labor, descriptive study of the practices.