



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

**Déclenchement artificiel du travail
à partir de 37 semaines d'aménorrhée**

RECOMMANDATIONS

Avril 2008

L'argumentaire scientifique de ces recommandations est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : + 33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en avril 2008
© Haute Autorité de Santé – 2008

Sommaire

Recommandations	4
1 Introduction	4
1.1 Thème des recommandations.....	4
1.2 Cibles des recommandations.....	4
1.3 Méthode de travail.....	4
1.4 Gradation des recommandations	4
2 Déclenchement pour indications médicales	5
2.1 Définitions.....	5
2.2 Dépassement du terme	5
2.3 Rupture prématurée des membranes	6
2.4 Diabète	6
2.5 Grossesses gémellaires	6
2.6 Suspicion de macrosomie fœtale.....	6
2.7 Retard de croissance intra-utérin	6
2.8 Antécédent d'accouchement rapide.....	6
2.9 Hypertension artérielle et pré-éclampsie.....	7
3 Déclenchement pour indications non médicales	7
4 Méthodes de déclenchement	7
4.1 Décollement des membranes	7
4.2 Ocytocine	7
4.3 Prostaglandines E2	8
4.4 Comparaison ocytocine/prostaglandines E2.....	8
4.5 Misoprostol	8
4.6 Sonde de Foley	8
4.7 Autres méthodes de déclenchement du travail.....	9
5 Surveillance du déclenchement du travail	9
5.1 Monitoring	9
5.2 Lieu de réalisation	9
6 Cas particuliers : grossesses à risque	9
6.1 Présentation du siège.....	9
6.2 Grande multiparité.....	9
6.3 Utérus cicatriciel	9
7 Informations destinées aux femmes enceintes	10
Annexe 1. Évaluation de la maturation du col selon le score de Bishop	13
Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique	14
Participants	17
Fiche descriptive	20

Recommandations

1 Introduction

1.1 Thème des recommandations

Ces recommandations professionnelles sur le thème du « Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée » ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé à la demande du Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE).

L'objectif de la demande était de réaliser une évaluation des méthodes de déclenchement artificiel du travail, afin de produire des recommandations professionnelles pour :

- homogénéiser les pratiques en matière de déclenchement artificiel du travail ;
- éviter les risques liés à cette pratique : césarienne, extraction-épisiotomie, souffrance fœtale ;
- définir le contenu de l'information destinée aux patientes.

Ce travail s'inscrit dans la suite des recommandations professionnelles de la HAS dans le domaine de la périnatalité : « Expression abdominale au cours de la 2^e phase de l'accouchement » (HAS, avril 2007) et « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (HAS, mai 2007).

1.2 Cibles des recommandations

Ces recommandations sont destinées aux gynécologues-obstétriciens et aux femmes enceintes, ainsi qu'aux sages-femmes, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, généralistes et intervenants dans le cadre de la PMI.

1.3 Méthode de travail

Ces recommandations ont été réalisées selon la méthode d'adaptation décrite dans le guide méthodologique « Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes – Février 2007 », disponible sur le site www.has-sante.fr.

La HAS remercie le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE)¹ et la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC)², dont les travaux ont permis de contribuer à l'élaboration de ces recommandations professionnelles.

1.4 Gradation des recommandations

Les recommandations proposées ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1) ;

¹ Certaines parties de ce document ont été adaptées et traduites à partir du *Clinical Guideline D : Pregnancy and childbirth – induction of labour*, publié par le *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), 2001, disponible sur le site : www.nice.org.uk. Les extraits de la recommandation du NICE ont été reproduits et traduits avec la permission du NICE. Le NICE n'a pas vérifié la traduction et ne peut donc confirmer qu'elle reflète précisément le texte original. Ce guide pratique du NICE traduit a été élaboré en relation avec le NHS pour l'Angleterre et le Pays de Galles, il ne s'applique pas à la France. Le NICE n'a pas été impliqué dans l'élaboration ou l'adaptation des présentes recommandations françaises.

² Avec l'aimable autorisation de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence de données scientifiques, les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture. Dans le texte ci-dessous, l'absence de précision du grade pour une recommandation donnée indique que celle-ci résulte d'un accord professionnel.

L'absence de preuve ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2 Déclenchement pour indications médicales

2.1 Définitions

L'âge gestationnel est défini en semaines d'aménorrhée complètes (SA). Ainsi on considère comme grossesse à terme toute grossesse de 37 à 41 SA, le terme théorique correspond à 41 SA, et on parle de terme dépassé à partir de 42 SA. Lorsqu'un âge gestationnel est exprimé en semaines (par exemple 41 SA), il correspond à la période de 7 jours qui commence au début de la semaine considérée (de 41 SA + 0 à 41 SA + 6 jours). Chaque fois qu'il sera nécessaire de parler en jours, la précision sera ajoutée.

La parité correspond au nombre d'accouchements antérieurs. Lorsque la parturiente doit accoucher pour la première fois et n'a pas encore accouché, elle est nullipare et ne devrait donc être appelée primipare qu'après son accouchement. Cette règle entraîne plusieurs ambiguïtés : en effet, elle conduit à changer d'appellation pour la parturiente au cours d'un même accouchement, selon que l'on parle du début de travail ou du post-partum ; de plus, elle conduit à appeler « primipare » une parturiente en début de son deuxième accouchement. Pour éviter cette ambiguïté, on appellera « primipare » toute parturiente lors de son premier accouchement et « X^e pare » une parturiente qui accouche de son X^e enfant. Le terme de multipare regroupe toutes les parturientes qui ont déjà accouché au moins une fois.

2.2 Dépassement du terme

La réalisation d'une échographie du premier trimestre à 11-13 SA permet une détermination précise du terme à partir de la mesure de la longueur crânio-caudale du fœtus. Sa pratique systématique contribue à réduire la fréquence des termes considérés à tort comme dépassés (grade A).

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

On peut recommander le schéma suivant, les dates étant données à plus ou moins 1 jour :

- si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, il est recommandé d'instaurer une surveillance fœtale toutes les 48 heures ;
- en l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, il est recommandé de réaliser un déclenchement, éventuellement précédé d'une maturation cervicale par prostaglandines ;
- il est possible de réaliser un déclenchement à partir de 41 SA + 0 jour, à condition que le col soit favorable, et d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord. Cette attitude peut être motivée par une impossibilité de surveillance régulière, une demande de la femme enceinte ou une nécessité d'organisation des soins.

2.3 Rupture prématurée des membranes

En cas de rupture prématurée des membranes confirmée, la conduite à tenir doit prendre en compte le risque infectieux qui augmente avec la durée de l'exposition.

Si les conditions cervicales sont favorables, un déclenchement immédiat peut être envisagé à condition d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord.

Le délai d'expectative, sauf exception, ne devrait pas excéder 48 heures.

Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12 heures, il est recommandé d'instaurer chez la femme enceinte une antibioprofylaxie.

En cas de portage de streptocoques B, il est recommandé de débiter immédiatement une antibioprofylaxie adaptée.

2.4 Diabète

La conduite à tenir en cas de diabète insulino-dépendant relève d'une décision pluridisciplinaire au cas par cas. Si le diabète est mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de ne pas dépasser 38 SA + 6 jours.

En cas de diabète gestationnel bien équilibré et sans retentissement fœtal, il n'y a pas d'argument qui justifie une conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale.

2.5 Grossesses gémellaires

Dans les grossesses gémellaires, la mortalité périnatale est augmentée après 39 SA (grade A). Bien que les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur l'intérêt d'un déclenchement systématique en cas de grossesse gémellaire non compliquée, il est recommandé de ne pas dépasser 39 SA + 6 jours.

2.6 Suspicion de macrosomie fœtale

Les données actuelles ne permettent pas d'affirmer que le déclenchement artificiel du travail chez une femme non diabétique, avec suspicion de macrosomie fœtale, contribue à réduire la morbidité maternelle et néonatale.

2.7 Retard de croissance intra-utérin

On ne dispose pas de suffisamment de données permettant de formuler une appréciation sur les avantages ou les risques du déclenchement artificiel du travail, en cas de retard de croissance intra-utérin à terme. L'arrêt de croissance est une situation à haut risque périnatal qui doit conduire à provoquer la naissance (déclenchement ou césarienne) après concertation avec le pédiatre de la structure.

2.8 Antécédent d'accouchement rapide

Un antécédent d'accouchement rapide (< 2 heures) peut être une indication de déclenchement du travail à partir de 39 SA si le col est favorable. Le déclenchement du travail est décidé en fonction des souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.

2.9 Hypertension artérielle et pré-éclampsie

L'hypertension artérielle isolée, sans signes fonctionnels, de même que l'hyperuricémie ou la protéinurie isolées, ne constituent pas une indication de déclenchement du travail ; une surveillance est cependant nécessaire.

La pré-éclampsie doit conduire à provoquer la naissance de l'enfant (déclenchement ou césarienne).

3 Déclenchement pour indications non médicales

Un déclenchement pour une indication non médicale ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- utérus non cicatriciel ;
- terme précis ;
- à partir de 39 SA + 0 jours (273 jours) ;
- col favorable : score de Bishop ≥ 7 ;
- demande ou accord de la patiente et information des modalités et des risques potentiels.

4 Méthodes de déclenchement

4.1 Décollement des membranes

Un décollement des membranes 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).

4.2 Ocytocine

En cas de perfusion d'ocytocine chez une femme enceinte ayant des membranes intactes, une amniotomie sera pratiquée dès que possible.

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

- commencer par 2,5 milli-unités par minute ;
- augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 minutes.

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

Une bonne dynamique utérine peut être obtenue avec une perfusion de 12 milli-unités par minute.

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

Après avoir obtenu une bonne dynamique utérine et des contractions régulières, on peut diminuer le débit de la perfusion d'ocytocine ou même arrêter celle-ci.

Les protocoles utilisant l'ocytocine dans le déclenchement doivent :

- spécifier la dose d'ocytocine administrée (en milli-unités par minute) plutôt que le volume du liquide perfusé (en millilitres par minute) ;
- administrer l'ocytocine à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve antireflux ou d'une seringue électrique avec valve antireflux.

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

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

4.3 Prostaglandines E2

Le déclenchement par les prostaglandines E2 doit privilégier la forme intravaginale, car, à efficacité égale, cette voie d'administration se montre moins agressive que la forme intracervicale.

4.4 Comparaison ocytocine/prostaglandines E2

L'utilisation des prostaglandines E2 est préférable à l'utilisation de l'ocytocine pour le déclenchement du travail quand le col est immature. Les deux méthodes peuvent être employées quand le col est mature.

L'état des membranes n'a pas d'incidence sur le choix de la méthode de déclenchement.

4.5 Misoprostol

Le misoprostol (prostaglandine E1) n'a pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail. Des études réalisées avec des faibles doses de misoprostol paraissent montrer une efficacité et une tolérance comparables à celles des prostaglandines E2. Son utilisation dans cette indication doit être réservée à des essais randomisés de puissance suffisante pour en évaluer le ratio bénéfices/risques.

4.6 Sonde de Foley

L'utilisation de la sonde de Foley n'est pas recommandée en routine dans le déclenchement artificiel du travail.

4.7 Autres méthodes de déclenchement du travail

La mifépristone ne s'est pas révélée efficace pour induire la maturation cervicale et l'induction du travail (grade A). Elle n'a pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail.

Les données disponibles ne permettent pas de conclure sur l'intérêt de l'utilisation de l'acupuncture ou l'homéopathie pour induire le travail.

5 Surveillance du déclenchement du travail

5.1 Monitoring

Pour tout déclenchement :

- avant de procéder à un déclenchement, il faut s'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et au monitoring de la fréquence cardiaque fœtale et de la contractilité utérine ;
- un monitoring fœtal doit être réalisé immédiatement avant le déclenchement ;
- si l'ocytocine est utilisée pour initier le travail, un monitoring fœtal électronique continu doit être mis en place ;
- en cas de déclenchement par les prostaglandines E2 en application vaginale, un monitoring fœtal continu doit être réalisé pendant au moins 2 heures. En l'absence d'anomalie, le monitoring peut être ensuite intermittent jusqu'à début du travail.

En cas d'hypertonie :

- sous perfusion d'ocytocine, la survenue d'une hypercontractilité utérine, associée à un tracé cardiotocographie pathologique, doit faire interrompre la perfusion ;
- en présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et d'hypercontractilité utérine sans relation avec la perfusion d'ocytocine, une tocolyse peut être envisagée.

5.2 Lieu de réalisation

Le déclenchement artificiel du travail, quelle que soit la méthode, doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne.

6 Cas particuliers : grossesses à risque

6.1 Présentation du siège

La présentation du siège n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail en cas de bonnes conditions obstétricales.

6.2 Grande multiparité

Chez les grandes multipares (≥ 5 accouchements antérieurs), le déclenchement du travail par l'ocytocine peut être associé à une augmentation du risque de rupture utérine. Cependant, la grande multiparité n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail, sous réserve d'une indication médicale, d'une information appropriée de la femme enceinte et d'une utilisation prudente de l'ocytocine.

6.3 Utérus cicatriciel

Un déclenchement artificiel du travail, pour une indication maternelle ou fœtale, peut s'avérer nécessaire chez une femme ayant un utérus cicatriciel. Le déclenchement artificiel du travail

reste une option raisonnable, mais le risque potentiel de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. En sélectionnant des patientes ayant une forte probabilité d'accouchement par voie basse et en évitant d'utiliser les prostaglandines, on peut minimiser le risque de rupture utérine.

7 Informations destinées aux femmes enceintes

Le groupe de travail a identifié les éléments d'information à donner aux femmes enceintes, à partir desquels pourra être défini le contenu d'une note écrite d'information. Cette note d'information complètera l'information orale. La date de la remise de la note d'information est notée dans le dossier médical de la femme enceinte.

1- Définition : qu'est-ce que le déclenchement artificiel du travail ?

2- Motifs : quelles sont les indications du déclenchement artificiel du travail ?

- Indications d'un déclenchement artificiel du travail pour raison médicale lié à l'état de santé de la mère et/ou celui de l'enfant :
 - grossesse prolongée (dépassement de terme) : présenter les risques liés à un dépassement de terme et préciser qu'en l'absence d'anomalies, il n'y a pas d'indication formelle à déclencher le travail tant que la date prévue du terme n'est pas dépassée d'au moins 6 jours ;
 - rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail : présenter les risques et préciser qu'après la mise de la patiente sous antibiotiques, il est généralement déconseillé d'attendre plus de 2 jours pour déclencher le travail.
- Indications d'un déclenchement artificiel du travail pour raison non médicale.
Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance », appelé également « accouchement programmé », peut-être envisagé. Il convient d'informer la patiente sur :
 - les conditions qui doivent être nécessairement respectées avant de pratiquer un déclenchement artificiel du travail sans indication médicale :
 - acte pratiqué en fin de grossesse : à partir de 39 SA, soit environ 8 mois et demi,
 - acte pratiqué si le col de l'utérus est favorable : ramolli et un peu ouvert ;
 - la marge de manœuvre dont elle dispose : tant que le processus nécessaire au déclenchement n'a pas été mis en œuvre, la patiente peut changer d'avis ;
 - le refus éventuel de l'équipe médicale de pratiquer un déclenchement de convenance, car les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies ;
 - sa liberté de refuser le déclenchement artificiel de son accouchement s'il lui est proposé pour des raisons liées à l'organisation de la maternité, en précisant que son refus n'aura pas de conséquences sur la qualité des soins qui lui seront prodigués.

3- Déroulement : comment se passe un déclenchement artificiel de l'accouchement ?

- Informer sur les méthodes disponibles et sur les choix d'utilisation :
 - administration intravaginale d'un gel de prostaglandines ;
 - perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux ;
 - décollement des membranes.
- Mettre en balance les avantages et les inconvénients des différentes méthodes.
- Préciser qu'en cas d'indication médicale, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col : si le col est fermé, une ou deux applications de prostaglandines par voie vaginale peuvent être nécessaires.
- Dans le cas d'un déclenchement de convenance, préciser les conditions nécessaires à la réalisation du déclenchement : grossesse d'au moins 39 SA et col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert).

4- Inconvénients : informer les patientes sur :

- la nécessité d'un monitoring foetal continu dès la mise en place du processus lié au déclenchement artificiel du travail ;
- la survenue de contractions de forte intensité qui peuvent s'avérer plus douloureuses qu'un début de travail spontané ;
- la possibilité d'utiliser, si elle le souhaite, des moyens antidouleurs avant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale.

5- Risques : informer les patientes sur :

- le risque en cas de déclenchement artificiel du travail quelle que soit l'indication comme lors d'un accouchement spontané :
 - o de contractions excessives de l'utérus,
 - o de l'arrêt de la dilatation du col, qui nécessite une césarienne ;
- la survenue plus fréquente de ces complications lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

À partir de ces informations, le groupe de travail a proposé la fiche d'information ci-dessous. Cette fiche pourrait être améliorée dans son contenu et sa présentation pour mieux répondre aux attentes des femmes enceintes, en appliquant la méthodologie décrite par la HAS dans le guide méthodologique publié en mars 2005 « Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé ».

**PROPOSITION DE FICHE D'INFORMATION DESTINÉE AUX FEMMES ENCEINTES
CONCERNANT LE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT**

Madame,

Un déclenchement artificiel du travail est envisagé pour votre accouchement, à votre demande ou à la suite d'une proposition du médecin qui vous suit.

Le déclenchement artificiel du travail consiste à **provoquer des contractions de l'utérus** pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement.

La présente fiche a pour but d'accompagner les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme en ce qui concerne les principes, les avantages et les inconvénients du déclenchement. Cette information a pour objectif de vous permettre de prendre une décision éclairée concernant les modalités de votre accouchement.

QUAND UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT PEUT-IL ÊTRE ENVISAGÉ ?

Un déclenchement artificiel du travail peut vous être proposé **pour une raison médicale** ou être envisagé **pour des raisons de convenance** (sans indication médicale).

1. Si le déclenchement artificiel du travail vous a été proposé pour **une raison médicale**, liée à votre état de santé et/ou à celui de votre enfant, des précisions vous ont été apportées par l'équipe médicale.

Même si votre grossesse est normale, deux situations peuvent conduire à envisager un déclenchement : grossesse prolongée (dépassement de terme) et rupture prématurée de la poche des eaux.

Le **dépassement de terme** peut constituer dans quelques cas un risque pour l'enfant. C'est pour cette raison que, si vous n'avez pas accouché à la date prévue du terme, on vous a proposé une surveillance régulière et éventuellement un déclenchement. En l'absence d'anomalies, il n'y a pas d'indication formelle à déclencher le travail, tant que la date prévue du terme n'est pas dépassée d'au moins 6 jours.

La **rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail** peut parfois entraîner une infection chez l'enfant. Pour cette raison, un déclenchement artificiel du travail est habituellement proposé après un certain temps d'attente sous antibiotiques ; il est généralement déconseillé d'attendre plus de 2 jours.

2. En cas de grossesse normale, **lorsqu'il n'y a pas de raison médicale** pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » encore appelé « accouchement programmé » peut être envisagé.

Ce type de déclenchement ne peut être pratiqué qu'en fin de grossesse (à partir de 39 semaines, soit environ 8 mois et demi) et si le col est favorable (ramolli et un peu ouvert).

- Si vous avez demandé un déclenchement de convenance, vous pouvez changer d'avis tant que le déclenchement n'est pas commencé. Il peut arriver que l'équipe médicale ne puisse pas pratiquer le déclenchement parce que toutes les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies.

- Si la programmation de l'accouchement vous a été proposée pour des raisons d'organisation de la maternité, vous êtes libre de refuser le déclenchement, sans que cela modifie la qualité des soins qui vous seront prodigués.

COMMENT SE PASSE UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes, l'administration intravaginale d'un gel de prostaglandines et la perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux. Ces deux méthodes peuvent être employées seules ou successivement. De plus, le décollement des membranes pratiqué au cours d'un toucher vaginal en introduisant un doigt à l'intérieur du col peut entraîner des contractions qui suffisent parfois à déclencher le travail ; c'est une manœuvre qui peut être douloureuse et provoquer des saignements.

Lorsqu'il y a une indication médicale pour provoquer un accouchement, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col. Si le col est fermé, on fera une application de prostaglandines par voie vaginale. Dans certains cas, une deuxième application sera nécessaire.

Dans le cas d'un déclenchement de convenance, les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi) et un col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert).

La pratique du déclenchement entraîne, dès le début du travail, la nécessité d'un monitoring fœtal continu, et généralement des contractions de forte intensité qui peuvent être plus douloureuses qu'un début de travail spontané. En attendant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale si vous le souhaitez, d'autres moyens antidouleur pourront vous être proposés.

Dans l'accouchement déclenché, comme dans l'accouchement spontané, il peut se produire des contractions excessives de l'utérus ou un arrêt de la dilatation du col qui nécessite une césarienne. Ces complications sont un peu plus fréquentes lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

Cette fiche d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme toutes les questions que vous souhaitez.

Annexe 1. Évaluation de la maturation du col selon le score de Bishop

Adapté de l'étude de Bishop³

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

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

³ Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol* 1964;24:266-8.

Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique

Les recommandations professionnelles sont définies comme « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

La méthode d'adaptation des Recommandations pour la pratique clinique (RPC) est l'une des méthodes utilisées par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des Recommandations professionnelles (RP). Elle correspond à la modification d'une ou plusieurs RPC existantes pour le développement et la mise en œuvre d'une RP adaptée au contexte local. Ces modifications peuvent conduire à :

- des changements mineurs tels que la simple traduction d'une RPC de sa langue d'origine vers celle de ses futurs utilisateurs ;
- la création d'une nouvelle RP adaptée aux besoins de ses futurs utilisateurs, élaborée à partir d'une ou plusieurs RPC existantes dont les propositions de recommandations ont été modifiées pour répondre au mieux aux exigences du nouveau contexte.

Le processus d'adaptation est fondé sur des principes fondamentaux :

- le respect des principes de l'*evidence-based medicine* ;
- des méthodes fiables pour assurer la qualité et la validité de la RP produite ;
- une approche participative impliquant les différents professionnels concernés ;
- une prise en compte du contexte pour une application optimale dans la pratique courante ;
- la rédaction d'un rapport explicite et transparent ;
- un format flexible adapté aux besoins et circonstances spécifiques.

► Choix du thème de travail

Les thèmes de recommandations professionnelles sont choisis par le Collège de la HAS. Ce choix tient compte des priorités de santé publique et des demandes exprimées par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Le Collège de la HAS peut également retenir des thèmes proposés par des sociétés savantes, l'Institut national du cancer, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, l'Union nationale des professionnels de santé, des organisations représentatives des professionnels ou des établissements de santé, des associations agréées d'usagers.

Pour chaque thème retenu, la méthode de travail comprend les étapes suivantes.

► Comité d'organisation

Un comité d'organisation est réuni par la HAS. Il est composé de représentants des sociétés savantes, des associations professionnelles ou d'usagers, et, si besoin, des agences sanitaires et des institutions concernées. Il définit précisément le thème de travail, les questions à traiter, les populations de patients et les cibles professionnelles concernées. Il signale les travaux pertinents existants, notamment les recommandations. Il propose des professionnels susceptibles de participer au comité de pilotage et aux groupes de travail et de lecture. Ultérieurement, il participe au groupe de lecture.

► Comité de pilotage

Un comité de pilotage est constitué par la HAS. Il est composé :

- du président du groupe de travail ;
- du chef de projet de la HAS ;
- du chargé de projet ;
- de certains membres du groupe de travail, experts scientifiques reconnus du thème abordé et pouvant représenter des sociétés savantes des disciplines impliquées ;
- d'un documentaliste de la HAS.

Le rôle du comité de pilotage est de prendre en charge la phase d'adaptation qui comprend 4 étapes et qui conduit à l'élaboration de la première version de l'argumentaire scientifique, soit :

- la recherche et sélection des RPC publiées sur le thème,
- l'évaluation des RPC sélectionnées,
- l'adaptation des recommandations issues d'une ou plusieurs RPC,
- la rédaction de la première version de l'argumentaire scientifique.

Ces 4 étapes sont décrites dans le guide méthodologique « Méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique – Janvier 2007 », édité par la Haute Autorité de Santé.

► **Groupe de travail**

Un groupe de travail multidisciplinaire et multiprofessionnel est constitué par la HAS. Il est composé de professionnels de santé, ayant un mode d'exercice public ou privé, d'origine géographique ou d'écoles de pensée diverses, et, si besoin, d'autres professionnels concernés et de représentants d'associations de patients et d'usagers. Un président est désigné par la HAS pour coordonner le travail du groupe, en collaboration avec le chef de projet de la HAS. Un chargé de projet est également désigné par la HAS pour :

- sélectionner, analyser et synthétiser avec le comité de pilotage les RPC existantes ;
- sélectionner, analyser et synthétiser la littérature médicale disponible depuis la fin de la recherche bibliographique des RPC sélectionnées.

Le chargé de projet rédige ensuite l'argumentaire scientifique suivant un protocole particulier, en définissant le niveau de preuve des études retenues. Ce travail est réalisé sous le contrôle du chef de projet de la HAS et du président.

► **Rédaction de la première version des recommandations**

Une première version des recommandations est rédigée par le groupe de travail à partir de cet argumentaire et des avis exprimés au cours des réunions de travail (habituellement deux réunions). Cette première version des recommandations est soumise à un groupe de lecture.

► **Groupe de lecture**

Un groupe de lecture est constitué par la HAS selon les mêmes critères que le groupe de travail. Il est consulté par courrier, et donne un avis sur le fond et la forme de l'argumentaire et des recommandations, en particulier sur la lisibilité et l'applicabilité de ces dernières. Ce groupe de lecture externe est complété par des membres de la commission spécialisée de la HAS en charge des recommandations professionnelles (commission Évaluation des stratégies de santé).

► **Version finale des recommandations**

Les commentaires du groupe de lecture sont ensuite analysés et discutés par le groupe de travail, qui modifie si besoin l'argumentaire et rédige la version finale des recommandations et leur synthèse, au cours d'une réunion de travail.

La version finale de l'argumentaire et des recommandations et le processus de réalisation sont discutés par la commission Évaluation des stratégies de santé. À sa demande, l'argumentaire et les recommandations peuvent être revus par le groupe de travail. La commission rend son avis au Collège de la HAS.

► **Validation par le Collège de la HAS**

Sur proposition de la commission Évaluation des stratégies de santé, le Collège de la HAS valide le rapport final et autorise sa diffusion.

► **Diffusion**

La HAS met en ligne gratuitement sur son site (www.has-sante.fr) l'intégralité de l'argumentaire, les recommandations et leur synthèse. La synthèse et les recommandations peuvent être éditées par la HAS.

► Travail interne à la HAS

Un chef de projet de la HAS assure la conformité et la coordination de l'ensemble du travail suivant les principes méthodologiques de la HAS.

Une recherche documentaire approfondie est effectuée par interrogation systématique des banques de données bibliographiques médicales et scientifiques sur une période adaptée à chaque thème. En fonction du thème traité, elle est complétée, si besoin, par l'interrogation d'autres bases de données spécifiques. Une étape commune à toutes les études consiste à rechercher systématiquement les recommandations pour la pratique clinique, conférences de consensus, articles de décision médicale, revues systématiques, méta-analyses et autres travaux d'évaluation déjà publiés au plan national et international. Tous les sites Internet utiles (agences gouvernementales, sociétés savantes, etc.) sont explorés. Les documents non accessibles par les circuits conventionnels de diffusion de l'information (littérature grise) sont recherchés par tous les moyens disponibles. Par ailleurs, les textes législatifs et réglementaires pouvant avoir un rapport avec le thème sont consultés. Les recherches initiales sont réalisées dès le démarrage du travail et permettent de construire l'argumentaire. Elles sont mises à jour régulièrement jusqu'au terme du projet. L'examen des références citées dans les articles analysés permet de sélectionner des articles non identifiés lors de l'interrogation des différentes sources d'information. Enfin, les membres des groupes de travail et de lecture peuvent transmettre des articles de leur propre fonds bibliographique. Les langues retenues sont le français et l'anglais.

► Gradation des recommandations

Chaque article sélectionné est analysé selon les principes de lecture critique de la littérature à l'aide de grilles de lecture, ce qui permet d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, les recommandations ont un grade variable, coté de A à C selon l'échelle proposée par la HAS (cf. § 1.4).

En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. Dans ce texte, les recommandations non gradées sont celles qui sont fondées sur un accord professionnel. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Participants

Les agences, sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont participé au comité technique périnatalité de la HAS

Agence de la biomédecine ;
Association Naissance et Citoyenneté – CIANE ;
Club de périfœtologie ;
Collège national des gynécologues et obstétriciens français ;
Collège national des sages-femmes ;
Conseil national de l'ordre des sages-femmes ;
Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale ;
Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes ;
Société de formation thérapeutique du généraliste ;
Société française d'anesthésie et de réanimation ;
Société française de documentation et de recherche en médecine générale ;
Société française de médecine générale ;
Société nationale française de médecine interne ;
Société française de médecine périnatale ;
Société française de pédiatrie ;
Société française de radiologie ;
Société française de santé publique.

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations

Association Naissance et Citoyenneté – CIANE ;
Club de périfœtologie ;
Collège national des généralistes enseignants ;
Collège national des gynécologues et obstétriciens français ;
Collège national des sages-femmes ;
Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale ;
Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes ;
Société de formation thérapeutique du généraliste ;
Société française d'anesthésie et de réanimation ;
Société française de documentation et de recherche en médecine générale ;
Société française de médecine générale ;
Société française de santé publique.

Comité technique périnatalité de la HAS

Pr Adamsbaum Catherine, radiologue, Paris ;
Mme Bailleux Élisabeth, sage-femme, Lille ;
Mme Blanchot-Isola Christine, représentante du CIANE, Paris ;
Dr Boutet Gérard, gynécologue, La Rochelle ;
Pr Carbonne Bruno, gynécologue-obstétricien, Paris ;
Pr Collet Michel, gynécologue-obstétricien, Brest ;
Dr de Beco Isabelle, médecin généraliste, Paris ;
Dr Edelman Philippe, gynécologue, Paris ;
Dr Gillier Sylvie, médecin généraliste, Saint-Sébastien-sur-Loire ;
Pr Goffinet François, gynécologue-obstétricien, Paris ;

Mme Grente Rolande, sage-femme, Giberville ;
Pr Guibaud Laurent, radiologue, Lyon ;
Pr Jarreau Pierre-Henri, néonatalogiste, Paris ;
Pr Lequien Pierre, néonatalogiste, Lille ;
Dr Lerendu Brigitte, médecin de santé publique, Mâcon ;
Pr Letellier Philippe, médecin interniste, Caen ;
Dr Lévêque Michel, médecin généraliste, Thann ;
Mme Marquis-Diers Flore, représentante du CIANE, Paris ;
Pr Mignon Alexandre, anesthésiste réanimateur, Paris ;
Mme Teurnier Frédérique, sage-femme, Paris ;
Pr Thépot François, Saint-Denis La Plaine.

Comité de pilotage

Dr Grandjean Hélène, épidémiologiste, Toulouse, président du groupe de travail ;
Dr Klapouszczak Dana, pédiatre, Cugnaux, chargée de projet ;
Dr Ardiet Emmanuel, gynécologue-obstétricien, Lens ;
M. Dancoisne Aurélien, documentaliste, HAS, Saint-Denis ;
Dr Huchet François-Xavier, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Dr Mlika-Cabanne Najoua, adjoint au chef de service, Saint-Denis.

Groupe de travail

Dr Grandjean Hélène, épidémiologiste, Toulouse, président du groupe de travail ;
Dr Klapouszczak Dana, pédiatre, Cugnaux, chargée de projet ;
Mme Barré Stéphanie, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Mme Bongiovanni Isabelle, chef de projet HAS, Saint-Denis.
Dr Huchet François-Xavier, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Dr Laurence Michel, chef de projet HAS, Saint-Denis ;
Dr Mlika-Cabanne Najoua, adjoint au chef de service, Saint-Denis.

Dr Ardiet Emmanuel, gynécologue-obstétricien,
Lens ;
Dr Aya Guy, anesthésiste, Nîmes ;
M. Bel Bernard, représentant associatif, Aix-en-
Provence ;
Dr Chaillou Jacques, gynécologue-obstétricien,
Rochefort ;
Mme Galley-Raulin, sage-femme cadre, Verdun ;
Dr Lévêque-Kubler Marie-Josée, médecin
généraliste, Thann ;
Dr Loup Cécile, représentante associative,
Strasbourg ;
Pr Marpeau Loïc, gynécologue-obstétricien,
Rouen ;

Mme Maubert Martine, sage-femme, Saint-André ;
Dr Mensier Antoine, gynécologue-obstétricien,
Saint-Herblain ;
Pr Perrotin Franck, gynécologue-obstétricien,
Tours ;
Pr Poulain Patrice, gynécologue-obstétricien,
Rennes ;
Mme Rivière Michèle, sage-femme, Paris ;
Dr Vayssière Christophe, gynécologue-
obstétricien, Toulouse ;
Mme Wagner Marie-Hélène, sage-femme,
Gonesse.

Groupe de lecture

Dr Alberti Corinne, épidémiologiste, Paris ;
Mme Blanchot-Isola Christine, sage-femme,
coordinatrice HAD, Chartres ;
Dr Bonnet Marie-Pierre, anesthésiste-
réanimateur, Clamart ;
Mme Brouqui Nathalie, sage-femme, Marseille ;
Dr Caroit-Cambazard Yolande, gynécologue-
obstétricien, Nantes ;
Dr de Reilhac Pia, gynécologue médical, Nantes ;
Mlle Denoix Stéphanie, sage-femme, Gonesse ;
Dr Desprats Roland, anesthésiste-réanimateur,
Toulouse ;
Dr Ducloy-Bouthors Anne-Sophie, anesthésiste-
réanimateur, Lille ;
Mme Gass Martine, sage-femme, Thann ;
Mlle Gélébart Marie, sage-femme, Gonesse ;
Pr Goffinet François gynécologue-obstétricien,
Paris ;
Mme Guiraud-Toti Laure, sage-femme cadre,
Saint-Denis ;
Dr Koninck Béatrice, gynécologue-obstétricien,
Perpignan ;
Mme Lalier Frédérique, sage-femme, Bourges ;
Dr Lassel Linda, gynécologue-obstétricien,
Rennes ;

Mme Legentil Marielle, sage-femme cadre, Dole ;
Dr Martinez Vix, gynécologue-obstétricien,
Perpignan ;
Dr Moquet Pierre-Yves, gynécologue-obstétricien,
Rennes ;
Dr Morau Estelle, anesthésiste, Montpellier ;
Dr Multon Olivier, gynécologue-obstétricien, Saint-
Herblain ;
Mme Nguyen Françoise, sage-femme, Poissy ;
Dr Oustry Patricia, gynécologue-obstétricien,
Toulouse ;
Dr Palot Maryse, anesthésiste-réanimateur,
Reims ;
Dr Perrottin Nathalie, gynécologue-obstétricien,
Chambray-les-Tours ;
Mlle Piéjus Marine, sage-femme, Paris ;
Dr Potin Jérôme, gynécologue-obstétricien,
Tours ;
Dr Rozenberg Patrick, gynécologue-obstétricien,
Poissy ;
Dr Sibaï-Séré Carole, gynécologue-obstétricien,
Bordeaux.

Fiche descriptive

TITRE	Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée
Méthode de travail	Adaptation des Recommandations pour la pratique clinique (RPC) existantes
Date d'édition	Uniquement disponible sous format électronique
Objectif(s)	Homogénéiser les pratiques en matière de déclenchement artificiel du travail Identifier les éventuels risques liés au déclenchement artificiel du travail Définir le contenu de l'information destinée aux femmes enceintes
Professionnel(s) concerné(s)	Gynécologues-obstétriciens et aux femmes enceintes, ainsi qu'aux sages-femmes, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, médecins généralistes et médecins de PMI
Demandeur	Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), Service des bonnes pratiques professionnelles et Service évaluation économique et santé publique
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Michel Laurence, chef de projet, Service des bonnes pratiques professionnelles (sous la direction de l'adjoint au chef de service, Dr Najoua Mlika-Cabanne), Mmes Stéphanie Barré et Isabelle Bongiovanni, chefs de projet, Service évaluation économique et santé publique (chef de service : Mme Catherine Rumeau-Pichon) Secrétariat : Mme Sladana Praizovic Recherche documentaire : M. Aurélien Dancoisne, avec l'aide de Mme Laurence Frigère, Service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité technique périnatalité, groupe de travail (président : Dr Hélène Grandjean, épidémiologiste, Toulouse), groupe de lecture : cf. <i>liste des participants</i> Les participants au comité technique périnatalité et au groupe de travail ont communiqué leur déclaration d'intérêts à la HAS
Recherche documentaire	Recherche de RPC : de janvier 1996 à janvier 2006 Recherche sur les questions traitées <i>de novo</i> : de janvier 1996 à octobre 2007 Mise à jour des questions traitées dans les RPC existantes : de janvier 2001 à octobre 2007
Auteurs de l'argumentaire	Dr Dana Klapouszczak, pédiatre, Cugnax Dr Hélène Grandjean, épidémiologiste, Toulouse Mme Isabelle Bongiovanni, HAS Dr Laurence Michel, HAS
Validation	Avis de la commission Évaluation des stratégies de santé Validation par le Collège de la HAS le 2 avril 2008
Autres formats	Recommandations, synthèse et argumentaire scientifique téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

CODE Étude (rempli par le service communication)