



HAL
open science

Vécu de la 42ème semaine d'aménorrhée. Enquête de satisfaction auprès de 55 femmes ayant accouché post-terme à la Maternité Régionale de Nancy

Justine Rulquin

► **To cite this version:**

Justine Rulquin. Vécu de la 42ème semaine d'aménorrhée. Enquête de satisfaction auprès de 55 femmes ayant accouché post-terme à la Maternité Régionale de Nancy. Médecine humaine et pathologie. 2014. hal-01845264

HAL Id: hal-01845264

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01845264>

Submitted on 20 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

Nancy

Vécu de la 42^{ème} semaine d'aménorrhée

Enquête de satisfaction auprès de 55 femmes
ayant accouché post-terme à la Maternité
Régionale de Nancy.

Mémoire présenté et soutenu par

Justine RULQUIN

Directeur de mémoire : Madame Bertrand Murielle

Sage-Femme Cadre enseignante.

Expert : Monsieur Poncy Alexandre

Sage-Femme.

Promotion 2014

SOMMAIRE

Sommaire	1
Introduction	4
Partie 1 : Généralités	6
1. Définition et durée normale d'une grossesse	7
2. Moyens de calcul de terme	8
2.1. Données cliniques	8
2.2. Données biologiques	10
2.3. Méthodes échographiques	10
2.4. Recommandations des sociétés savantes sur la détermination de début de grossesse	12
3. Une grossesse qui se prolonge... ..	13
3.1. Définitions	13
3.2. Epidémiologie	14
3.3. Causes et facteurs favorisants	15
3.4. Conséquences et complications	17
4. Prise en charge du terme atteint	20
4.1. Les moyens de surveillance	20
4.2. Différentes attitudes possibles	25
Partie 2 : Etude personnelle	28
5. Présentation de l'étude	29
6. Présentation des résultats	32
6.1. Caractéristiques maternelles	32
6.2. Délivrance de l'information	34
6.3. Déroulement de la première consultation post-terme	37
6.4. Autres consultations post-terme	41
6.5. Hospitalisation	42
6.6. Prise en charge globale	46
6.7. Vécu de la 42 ^{ème} semaine	47
Partie 3 : Discussion	48
7. Confrontation des résultats aux données de la littérature.	49
7.1. Age maternel	49
7.2. Parité	49
7.3. Antécédent de terme atteint	50

8. Confrontation des hypothèses aux résultats de l'étude	50
8.1. Connaissance de la grossesse prolongée.....	50
8.2. Une première consultation post-terme en adéquation avec les attentes des patientes.	52
8.3. Une hospitalisation bien vécue.....	53
8.4. Quelques jours de plus traversés en toute quiétude.	53
9. Axes d'amélioration	54
Conclusion.....	56
Bibliographie	58
Table des matières.....	65
Annexe 1	I
Annexe 2	<u>II</u>

Liste des abréviations, dans l'ordre alphabétique.

AG	Age Gestationnel
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
BIP	Diamètre Bipariétal
BPM	Battement Par Minute
DDG	Date de Début de Grossesse
DDR	Date des Dernières Règles
DPA	Date Prévue d'Accouchement
FIV	Fécondation In Vitro
GC	Grande Citerne
HCG	Hormone Chorionique Placentaire
HU	Hauteur Utérine
HPP	Hémorragie du Post-Partum
IA	Index Amniotique
LA	Liquide Amniotique
LCC	Longueur Cranio-Caudale
LF	Longueur Fémorale
MRUN	Maternité Régionale de Nancy
RCF	Rythme Cardiaque Fœtal
SA	Semaines d'Aménorrhée

Introduction

Une grossesse dure entre 280 et 290 jours à partir du premier jour de la Date des Dernières Règles (DDR).

Le terme est la période qui s'étend de 37 SA à 41 SA + 6 jours.

Une grossesse prolongée est une grossesse allant au-delà de 41 SA.

Lorsque les 42 SA sont atteintes, on parle alors de terme dépassé.

Les risques d'une grossesse prolongée pour la mère et son bébé sont clairement identifiés.

Une augmentation du taux de césarienne et une accentuation du taux d'hémorragies du post-partum immédiat sont retenues pour le versant maternel.

Pour le fœtus, plus d'émission de méconium in-utero, de risque d'inhalation méconiale, accompagnés d'une majoration d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et d'acidose néonatale sont décrits.

Le taux de grossesses prolongées est variable d'un pays à l'autre, car les attitudes varient.

En France, depuis 2011, les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) face aux situations de grossesses prolongées préconisent une surveillance étroite pouvant aller jusqu'à 42 SA.

En effet, pendant les jours séparant la date du terme atteint et le début d'un travail spontané ou d'un déclenchement, la femme et son fœtus feront l'objet d'une consultation obstétricale toutes les 48h, pour s'assurer que cette situation n'intervient pas sur le bien être maternel et fœtal, et ce jusqu'à 42 SA. A 42 SA, le travail est déclenché artificiellement si la patiente ne présente pas de signes de mise en travail spontané.

Avec ces nouvelles recommandations, ce contexte de grossesse prolongée concerne près de 124 000 femmes et enfants chaque année...

Nous avons voulu savoir si cette notion de dépassement de terme était connue, avant que la femme ne soit confrontée à cette situation.

Puis, d'une suite logique, nous avons trouvé intéressant de travailler sur la manière dont ces jours post-terme se sont déroulés, ainsi que comment il ont été vécus.

Pour répondre à ces interrogations, une étude a été menée dans les services de secteur mère-enfant de la Maternité Régionale de Nancy, auprès des femmes ayant accouché post-terme.

Les résultats de cette étude seront présentés et développés avec leurs axes d'amélioration, après quelques notions théoriques relatives à la grossesse prolongée.

Partie 1 : Généralités

1. DEFINITION ET DUREE NORMALE D'UNE GROSSESSE

La durée conventionnelle d'une grossesse n'a pas toujours été bien identifiée, si bien que jusqu'en 1580, il était convenu que celle-ci pouvait durer jusqu'à onze mois. Ce n'est qu'au début du XXème siècle qu'un obstétricien anglais remarque la morbidité accrue lors des dépassements de terme ; la « découverte » du syndrome de post-maturité en découlera.

La grossesse débute donc au moment de la fécondation, et se termine à l'accouchement. Malgré de nombreux consensus sur la durée de la gestation chez l'espèce humaine, il a été établi qu'elle varie entre 280 et 290 jours à partir du premier jour de la Date des Dernières Règles (DDR)

La date qui correspond à 9 mois varie entre 41 Semaines d'Aménorrhée (SA) et 41SA + 3 jours selon que le mois de Février est compris dans la grossesse ou non. (1)

Dans une étude Suédoise (2) basée sur 427 581 grossesses entre 1976 et 1980, la durée de gestation basée sur la date des dernières règles est de 281 jours soit respectivement 40SA+1j.

En France, la durée moyenne de la grossesse est fixée à 287 jours après la DDR par de nombreux praticiens.

Cette durée est évidemment sujette à des variations dites physiologiques faisant intervenir des facteurs ethniques et nutritionnels entre autres qui seront développés.

2. MOYENS DE CALCUL DE TERME

2.1. Données cliniques

2.1.1. Interrogatoire

L'interrogatoire minutieux constitue la première investigation. Pendant celui-ci, tous les antécédents gynécologiques de la patiente sont abordés. Chaque question a son utilité et chaque information peut nous orienter.

2.1.2. Date des dernières règles et caractéristiques des cycles

La DDR constitue l'élément central, puisque le calcul de l'Age Gestationnel (AG) se fait en semaines d'aménorrhée.

De plus, la durée et la régularité des cycles doivent être pris en compte pour le calcul de terme.

Pour les femmes qui ont un cycle régulier, le terme sera donc fixé 39 semaines après l'ovulation, soit 41 semaines après les dernières règles.

Dans le cas de femmes ayant des cycles irréguliers, il existe plus de risques de surestimer l'AG car on ajoute des jours à la DDR. Effectivement, il faut savoir que l'ovulation survenant obligatoirement 14 jours avant les règles, c'est la durée de la première partie du cycle qui est variable. (3)

Il existe, enfin, beaucoup de situations qui rendent la détermination de début de grossesse approximative ou tout simplement impossible (aménorrhée, grossesse sous contraceptif, arrêt récent de la contraception, métrorragies, post-partum ou post-abortionum immédiat, oubli de la DDR...)

Il faut savoir que la datation du début de grossesse fixée sur la DDR conduit fréquemment à sous-estimer la date du terme et à considérer à tort des grossesses comme post-terme. (4)

2.1.3. Courbe ménothermique

Elle permet de dater le jour de l'ovulation, par une prise de température tous les matins avant le lever et à heure fixe. En effet, il y a un décalage thermique (augmentation de quelques dixièmes de degré de la température) le jour de l'ovulation.

Cette méthode est contestée en raison du nombre de facteurs qui peuvent la fausser : stress, coucher tardifs, réveils décalés, levers nocturnes, maladie infectieuses (fièvre)...

2.1.4. Examen clinique

Il se fait grâce au toucher vaginal combiné au palper abdominal.

Le toucher vaginal rapporte un utérus augmenté de volume, que l'on perçoit dans les culs de sacs vaginaux habituellement libres en dehors de la grossesse.

Avant les datations échographiques, les praticiens comparaient la taille de l'utérus avec un fruit.

- La taille de l'utérus se rapprochait d'une mandarine : grossesse d'un mois.
- Elle atteignait la taille d'une orange : grossesse de deux mois.
- D'un pamplemousse : grossesse de trois mois.

2.1.5. Autres moyens

Une induction de l'ovulation permet de dater plus précisément le début de la grossesse. De la même manière, il semble évident que la connaissance de la date d'insémination permet aussi de la déterminer avec fiabilité, mais jamais avec certitude.

En effet, la fécondation après une induction de l'ovulation peut être décalée de quelques jours.

Enfin, les études menées sur des grossesses obtenues par Assistance Médicale à la Procréation (AMP), indiquent la DDG (Date de Début de Grossesse) avec 5% de marge d'erreur, appelée « erreur aléatoire ».

2.2. Données biologiques

Elle repose sur le dosage des β HCG (Hormone Chorionique Gonadotrope).

Elle est secrétée par le trophoblaste dès sa formation, 10 à 12 jours après la fécondation.

Le taux de β HCG double toutes les 48 heures pour atteindre son maximum à la 8^{ème} semaine d'aménorrhée. Entre la 14^{ème} et la 18^{ème} semaine d'aménorrhée, il diminue pour rester à un taux constant jusqu'à la fin de la grossesse.

2.3. Méthodes échographiques

2.3.1. L'échographie précoce

C'est l'examen de référence pour dater précisément une grossesse. (5)

Elle doit être réalisée le plus tôt possible.

Lorsque l'embryon n'est pas encore visible, la datation de la grossesse est possible grâce à la mesure du sac embryonnaire.

A partir de 6 SA, on utilise les biométries de l'embryon.

La mesure clé de la datation de grossesse est la Longueur Cranio-Caudale (LCC).

C'est grâce aux travaux de Robinson (6) et Wisser (7) que l'on peut déterminer le DDG et donc l'AG avec précision.

A partir de 14 SA, la LCC d'un fœtus à l'autre peut varier plus facilement.

2.3.2. Echographie du deuxième trimestre

Jusqu'à 20 SA, on peut tenter de déterminer la date de début de grossesse par la mesure conjointe du Diamètre Bipariétal (BIP) et de la Longueur Fémorale (LF).

La répétition de deux échographies à 15 jours d'intervalle est alors un argument de précision supplémentaire à la mesure. (8)

2.3.3. Echographie après 20 SA

La détermination du terme devient dès lors très imprécise.

A partir de cette période, c'est surtout la LF qui permet de dater l'âge de la grossesse et qui apporte le plus d'exactitude.

En effet, le BIP perd toute précision en cas de macrosomie ou de Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU). (8)

Le terme d'une grossesse est déterminé par rapport à des dimensions physiques (LCC, BIP, LF) qui varient elles-mêmes en fonction des ethnies, des modes de vies et du sexe du fœtus.

Des études telles que celles d'Henricksen (9) montrent que les déterminations de début de grossesse échographiques versus calcul avec DDR connue ont tendance à augmenter le nombre de grossesses prolongées.

2.3.4. Autres méthodes échographiques

Elles ne permettent pas la datation de grossesse comme celles citées précédemment mais aident seulement à déterminer l'AG probable du fœtus et donc à éviter la prématurité dans des cas de grossesses estimées prolongées.

- La mesure du BIP supérieure à 92 mm est considérée comme un critère de maturation pulmonaire.
- Le degré de senescence placentaire (classification de Grannum) permet de faire des corrélations avec l'état de maturation pulmonaire et donc le terme du fœtus.
- Les points d'ossification tibiaux, fémoraux et du genou ont également fait l'objet d'études corrélant leur visualisation échographique avec la maturation pulmonaire fœtale. (10)
- Enfin, d'autres critères échographiques ont été décrits comme témoignant d'une bonne maturité fœtale, à savoir l'échogénicité pulmonaire par rapport à celle du foie. (11)

2.4. Recommandations des sociétés savantes sur la détermination de début de grossesse.

2.4.1. Recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français.

En pratique, l'utilisation de la LCC avant 14 SA pour dater la date de début de grossesse est donc conseillée dans les cas de grossesses spontanées.

Cette évaluation doit théoriquement être réalisée entre 11 et 13 SA+ 6j, lorsque la LCC est comprise entre 45 et 84mm.

Ce qui est intéressant dans ces recommandations est l'information suivante :

« Dans un souci d'homogénéisation des pratiques et si la LCC a été correctement mesurée, la datation échographique devrait être retenue pour déterminer la date de début de grossesse, quel que soit l'écart par rapport à la date présumée par la patiente ou estimée d'après la date des dernières règles (DDR). Il doit être expliqué à la patiente que cette mesure permet de déterminer au mieux la DDG échographique théorique qui servira de référence pour la surveillance de la grossesse. »

Si les mesures échographiques n'ont pas pu être réalisées, la DDG sera établie selon la DDR et la typologie des cycles menstruels. (12)

2.4.2. Recommandations de la Haute Autorité en Santé.

D'après l'HAS, le dépistage précoce (11-13 SA) permet de dater précisément la grossesse en mesurant la LCC, cette première échographie permet aussi de dépister précocement des anomalies ou signes d'appel de dyschromosomie et de préciser le nombre d'embryons et la chronicité. (13).

3. UNE GROSSESSE QUI SE PROLONGE...

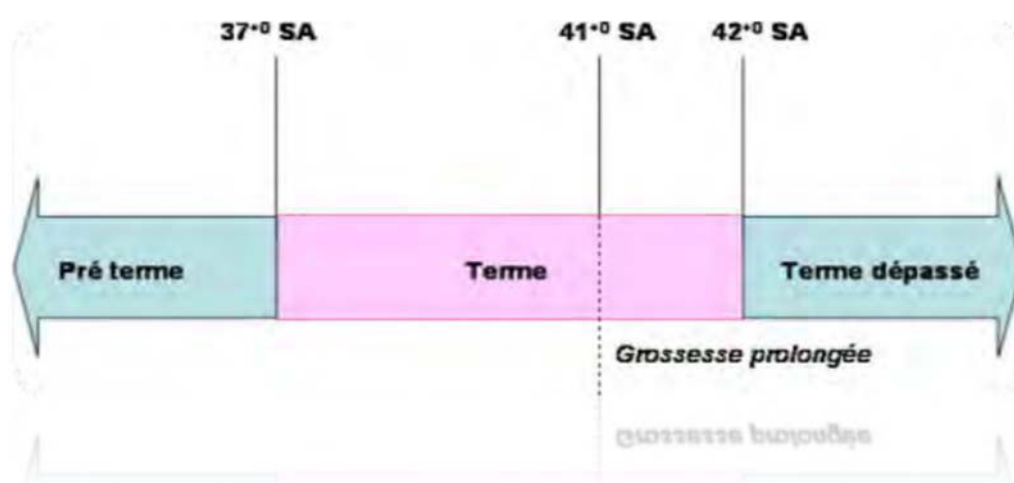
3.1. Définitions

Le terme est la période qui s'étend de 37 SA à 41 SA + 6 jours.

Une grossesse prolongée est une grossesse allant au-delà de 41 SA.

Lorsque les 42 SA sont atteintes, on parle alors de terme dépassé. (12)

La durée de gestation ne doit pas excéder 294 jours.



DEFINITIONS DU TERME, DE LA GROSSESSE PROLONGEE ET DU TERME DEPASSE. (12)

La prise en charge de la grossesse prolongée et du terme dépassé a fait l'objet de recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) (12) en décembre 2011 ; jusqu'à cette date, les modalités de prise en charge étaient propres à chaque établissement.

3.2. Epidémiologie

L'épidémiologie de la grossesse prolongée et du terme dépassé est source de variations importantes entre pays et populations étudiées, sans doute en raison des différences de pratiques obstétricales, des évolutions propres à chaque pays et des caractéristiques ethniques de chaque population.

En France, la grossesse prolongée concerne 15 à 20% des femmes. (12)

Les termes dépassés sont rares (moins de 1%), puisque les grossesses prolongées sont prises en charge et qu'il a été établi que toutes devront être déclenchées à 41SA+6j au plus tard.

En 2012 à Nancy, sur les 3384 naissances, 491 ont eu lieu à 41SA ou plus, et 21 à 42SA.

Ce qui indique un pourcentage de 14,5% des accouchements.

Les accouchements à 42SA représentent quant à eux 0,6%.

Sur l'année 2013, bien que non terminée lors de l'élaboration de mon mémoire, on comptait déjà 381 accouchements à 41SA ou plus, et 27 accouchements à 42SA. Les pourcentages tendent donc à augmenter, ce qui montre que l'attitude attentiste est de plus en plus privilégiée. (14)

Par contre, aux Etats-Unis, le taux de grossesse prolongée varie, selon les états, de 1 à 10%.

Dans les pays nordiques comme la Scandinavie, les patientes peuvent être suivies jusqu'à 43SA, 44SA voire 45SA. (15)

3.3. Causes et facteurs favorisants

3.3.1. Facteurs maternels.

Facteurs génétiques

On pense aujourd'hui qu'il existe des facteurs génétiques influençant la durée de la gestation chez la femme.

Par exemple, il a été prouvé qu'une femme dont la mère ayant déjà accouché post-terme voit son risque augmenter d'accoucher après terme pour ses grossesses. (16)

Par ailleurs, les femmes ayant déjà accouché post-terme sont plus à risque de dépasser le terme lors des grossesses ultérieures ; ce qui peut aussi être expliqué par l'installation d'une tolérance immunitaire dans l'organisme maternel. (17)

De plus, on sait que l'origine ethnique joue un rôle dans la durée de la grossesse. Une étude a montré un risque diminué d'accouchement après 41SA chez les femmes d'origine afro-américaine, latines et asiatiques comparativement aux femmes caucasiennes. (18)

Les recherches sur la maturation placentaire chez les femmes Noires ont montré que celui-ci commençait sa phase de dégénérescence presque 2 semaines avant celui d'une femme d'origine caucasienne. Les surveillances alors débutées plus tôt, et les enfants présentent une avance maturative de près de 7 jours à la naissance. (19)

L'âge maternel pourrait aussi augmenter la durée de la grossesse, puisqu'après 35 ans la grossesse est allongée de deux jours d'après une étude suédoise (2). Ceci étant, ce n'est pas un facteur retrouvé par tous les chercheurs. (3)

Facteurs morphologiques

Une taille plus grande que la moyenne influencerait la durée de la grossesse, avec un risque de grossesse prolongée plus élevée. (20)

Le poids semble aussi avoir un impact sur le risque de présenter un dépassement de terme. En effet, outre l'obésité avant la grossesse, le surpoids entraîne lui aussi un risque augmenté d'accoucher après 41SA. (21)

Facteurs liés aux antécédents

Les lésions utérines telles que les synéchies ou les adhérences pourraient expliquer une mauvaise accommodation de la tête fœtale entraînant un allongement de la durée de la grossesse.

Par ailleurs, on note plus de dépassement de terme chez les patientes présentant une hyperthyroïdie ou une néphropathie gravidique. (24)

Autres facteurs

Certaines femmes souhaitent rester enceintes le plus longtemps possible pour faire perdurer la relation privilégiée qu'elles ont avec leur enfant. La peur de l'accouchement peut aussi expliquer un dépassement de terme inconscient.

Enfin, les « mauvaises conditions locales » à terme semblent favoriser le dépassement de terme, mais aucune étude n'a permis de valider cette hypothèse.

3.3.2. Causes fœtales

Les malformations

Des malformations du système nerveux central entraînent un dérèglement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, qui secrète le cortisol, hormone nécessaire au mécanisme du déclenchement spontané du travail.

L'anencéphalie est la cause la mieux connue du dépassement de terme.

L'hypoplasie congénitale des surrénales, entraînant elle aussi un déficit de production de cortisol, se place également dans les causes fœtales du dépassement de terme.

L'hydrocéphalie quant à elle entraîne une moins bonne sollicitation du col utérin par la tête fœtale. (25)

Autres causes

L'association entre le sexe fœtal et la durée de gestation est controversée. Les résultats des études sont contradictoires et aucune différence significative n'a pu être retenue.

3.4. Conséquences et complications

3.4.1. Complications maternelles

Les complications maternelles sont principalement obstétricales.

En effet, il a été vérifié que plus l'on avance dans l'âge de la grossesse plus le risque de césarienne est important. Il est multiplié par 1,5 en cas de grossesse prolongée (12)

Il a été rapporté une diminution de la contractilité spontanée du muscle utérin et une moins bonne réponse à l'ocytocine lors des dépassements de terme... Ceci pourrait alors expliquer :

- L'augmentation du taux de déclenchement.
- L'augmentation du nombre de dystocies dynamiques.
- L'augmentation des hémorragies du post-partum (HPP) (20% du taux d'HPP sont imputables aux dépassements de terme.)
- L'augmentation des délivrances artificielles.

L'augmentation modérée du risque d'extractions instrumentales et de lésions périnéales de 3^{ème} et 4^{ème} degrés sont aussi définis, et peuvent être en relation avec une macrosomie.

Enfin, les risques infectieux (chorioamniotites, endométrites) et thromboemboliques semblent être majorés lors des dépassements de terme. (26)

Il ne faut pas négliger l'impact psychologique que représente une grossesse qui se prolonge au-delà des espérances et des projets maternels et familiaux. En effet, le fait d'arriver à 41 SA sans avoir accouché entraîne le début d'une surveillance accrue qui peut durer jusqu'à 41 SA+6j.

Une étude anglaise (27) montre que les femmes préféreraient une induction du travail plutôt qu'une surveillance étroite.

Mon étude de mémoire a pour objet d'évaluer le taux de satisfaction et le vécu de ces quelques jours particuliers.

3.4.2. Les risques fœtaux

Pendant la grossesse.

A terme dépassé, une apoptose placentaire débute. Le placenta devient de moins en moins performant et les échanges materno-fœtaux en pâtissent.

La complication principale de cette senescence placentaire est l'apparition du syndrome de post-maturité, qui est l'association d'une diminution des mouvements actifs fœtaux, d'un oligoamnios et d'une émission de méconium dans le liquide amniotique.

Des anomalies du rythme cardiaque fœtal sont aussi à craindre du fait de l'asphyxie périnatale.

Enfin, la macrosomie rejoint souvent les caractéristiques fœtales et entraîne plus de risques obstétricaux que fœtaux proprement dits ; elle est cinq fois plus importante chez le nouveau-né post-terme. (28)

Risques pendant l'accouchement

L'équipe obstétricale peut être confrontée pendant le travail une souffrance fœtale aigue car l'hypoxie chronique provoque une moins bonne adaptation du fœtus aux contractions.

L'inhalation méconiale représente le risque majeur. Après 42 SA, elle concerne 1,8 à 3,6% des nouveaux nés, qui peuvent alors présenter une détresse respiratoire pouvant même entraîner le décès dans 5 à 10% des cas. (29)

D'une manière générale, on estime qu'il survient deux à trois fois plus souvent que chez le nouveau-né à terme.

La macrosomie citée plus haut comme complication fœtale prend tout son sens au moment de l'accouchement. Elle peut être à l'origine de dystocies d'engagement ainsi que de disproportion foeto-pelviennes, mais aussi de dystocies des épaules ou de fractures osseuses.

Ces complications peuvent entraîner des traumatismes neurologiques, tels que la lésion du plexus brachial.

Complications néonatales

Un accouchement post-terme peut avoir des répercussions sur les premières heures et les premiers jours de vie du nouveau-né.

On note une augmentation des risques d'acidose néonatale, de score d'Apgar < 7 à 5 minutes de vie et d'admissions en unités de soins intensifs néonataux.

Pour la période du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Juillet 2013 à Nancy, à la Maternité Régionale de Nancy, (MRUN) il y a eu 872 accouchements dont le terme était supérieur ou égal à 41 SA.

Sur ces 872 enfants, 270 ont été hospitalisés en service de néonatalogie (Unité Kangourou (UK), Médecine Néonatale, Soins Intensifs ou Réanimation) ; 230 d'entre eux n'ont bénéficié que d'un passage en UK. (30)

Le pourcentage des enfants hospitalisés représente donc 31% de la population.

Il est primordial de noter que les motifs d'hospitalisation n'étaient pas toujours en lien avec le terme de l'accouchement.

Par ailleurs, l'hypoglycémie en conséquence de la macrosomie se doit d'être dépistée et les nouveaux nés doivent faire l'objet d'une surveillance accrue.

En outre, il existe un risque accru de polyglobulie et donc d'ictère.

Enfin, un risque majoré de complications neurologiques a été décrit mais un lien direct entre la post-maturité et ces pathologies n'a pas été établi.

Cependant, il existe tout de même une augmentation des décès dans la première année de vie chez les enfants nés après le terme. (26)

4. PRISE EN CHARGE DU TERME ATTEINT

4.1. Les moyens de surveillance

Les grossesses qui se prolongent après 41 SA doivent être surveillées étroitement. Elles sont considérées à haut risque obstétrical et fœtal.

Les complications maternelles, fœtales et ovulaires du dépassement de terme ont été abordés.

Nous nous sommes demandé de quelle manière ces femmes et leurs fœtus étaient surveillés, et comment était réalisée la prise en charge en France.

4.1.1. Surveillance maternelle

Constantes

En premier lieu, la tension artérielle, le pouls et la température sont relevés. Le poids et surtout la réalisation d'une bandelette urinaire font aussi partie intégrante de l'examen clinique. On recherche des signes infectieux, mais surtout une tension modifiée, une protéinurie, des œdèmes ou une prise de poids importante qui pourrait nous faire suspecter une pré-éclampsie, plus fréquente en fin de grossesse.

Hauteur Utérine

Lors de la grossesse, la Hauteur Utérine (HU) est le moyen clinique qui permet d'apprécier la croissance fœtale. Dans le cas de terme atteint, on la surveille particulièrement.

Une HU augmentée doit nous aiguiller vers une suspicion de macrosomie. Au contraire, lorsque la HU est diminuée, un oligoamnios, une restriction de croissance, peuvent nous aiguiller vers un début de syndrome de post-maturité.

Perception des MAF

Beaucoup d'études retrouvent une diminution des mouvements actifs fœtaux dans les cas de terme dépassé. Les mères rapportent souvent une diminution de l'activité fœtale lorsqu'elles approchent du terme. (31)

Une baisse de l'activité fœtale est un facteur pronostic à prendre en compte car il est souvent associé à une pathologie.

Il peut être relié à une hypoxie ou à un oligoamnios.

Différentes recherches établissent un lien entre la diminution des MAF et l'état néonatal. Le devenir fœtal et néonatal semble plus compromis pour les enfants ayant présenté une réduction de leur mobilité. (32)

Dès lors du dépassement de terme, la baisse des MAF ne peut et ne doit pas être banalisée. (33)

Le Toucher Vaginal

Il nous permet d'apprécier la maturité du col et l'accommodation du fœtus dans le bassin. Grâce à cet examen, il est possible d'établir un pronostic obstétrical relatif en s'aidant de score de Bishop.

Un score de Bishop supérieur ou égal à 6 permet un déclenchement par ocytociques.

En dessous, le col subira une maturation pour permettre le déclenchement.

	0	1	2	3
Dilatation du col utérin en cm	0	1 à 2	3 à 4	5
Effacement du col utérin en %	Long	Mi- long	Court	Effacé
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Positionnement de la tête fœtale	Haute et mobile	Amorcée	Fixée	Engagée

SCORE DE BISHOP

4.1.2. Surveillance fœtale

Le Rythme Cardiaque Fœtal

Le Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) est le moyen de première ligne pour évaluer le bien-être fœtal.

L'enregistrement et l'analyse de ce rythme permettent de prévenir les complications fœtales et de déceler une souffrance.

L'étude du RCF se fait selon des critères, qui doivent être tous remplis pour permettre la poursuite de la grossesse, à savoir : (34, 35)

- un rythme de base entre 110 et 160 bpm
- des oscillations d'une amplitude d'au moins 6 bpm et pouvant aller jusqu'à 25bpm
- l'absence de ralentissements répétés
- la présence d'au moins 2 accélérations de plus de 15 bpm durant 15secondes sur une période de 15minutes.

On sait que le rythme de base est physiologiquement diminué après 40 SA, par un phénomène d'hyperactivité sympathique.

La méthode la plus utilisée en France est l'enregistrement cardio-tocographique classique.

Certains établissements et professionnels utilisent des appareils permettant une analyse informatisée du RCF.

Il fournit plusieurs éléments : la fréquence cardiaque basale, la variabilité à court terme (VCT) ; les accélérations, les décélérations, les épisodes de haute variation et de basse variation, et enfin la qualité de l'enregistrement.

Il a été prouvé qu'une diminution de la VCT était associée de façon fiable au degré d'acidose, et que ce critère permettait de prédire une asphyxie fœtale. (36)

L'essai randomisé de Bracero et Hiatt (37) a comparé l'utilisation des deux types d'analyse entre elles.

Cette étude n'a pas montré de différence significative quant à l'issue périnatale.

Mais la différence se fait dans le confort de la patiente et de l'équipe médicale. En effet, l'analyse informatisée dure 12 minutes, et apporte des détails qui ne sont pas repérés par l'analyse visuelle, qui elle peut durer entre 20 et 40 minutes.

L'analyse informatisée diminuerait donc la répétition des tracés mais aussi le recours aux actes échographiques, comme les scores biophysiques.

Elle permettrait aussi utile dans l'analyse des tracés douteux.

Elle offrirait donc des avantages organisationnels. (38)

L'échographie

L'échographie est un outil essentiel et primordial dans la surveillance des termes atteints et pour le diagnostic des syndromes de post-maturité.

Evaluation du bien être fœtal

C'est le profil biophysique de Manning qui nous permet d'évaluer au mieux le bien être fœtal. En plus d'un enregistrement du RCF, l'opérateur va observer le fœtus pendant 30 minutes. Il doit alors noter la présence (cotés 2 points) ou l'absence (cotés 0) de 5 paramètres :

- les mouvements actifs
- le tonus global
- les mouvements respiratoires
- la quantité de liquide amniotique (mesure de la grande citerne)
- la réactivité du RCF

Un score inférieur à 4 impose une induction du travail, et s'il est inférieur à 8 une surveillance rapprochée doit être mise en place.

Si le score est supérieur à 8 la surveillance de la grossesse se poursuit selon le protocole.

Evaluation de la quantité de Liquide Amniotique

Pour dépister une diminution de la quantité de Liquide Amniotique (LA), on réalise deux types de mesures.

La mesure de la plus grande citerne (GC) et l'index amniotique (IA). L'index amniotique est la somme des citernes au niveau des 4 quadrants utérins.

On sait aujourd'hui qu'il est préférable d'utiliser la mesure de la GC plutôt que l'IA, car l'index amniotique rapporte beaucoup de faux positifs. (39)

Un oligoamnios est défini par :

-une CG entre 2 et 3cm

-un IA entre 5 et 8cm

Evaluation du grading placentaire

L'étude du grading placentaire, ou méthode de Grannum ne permet pas de prédire la souffrance fœtale.

On sait seulement que la présence d'un placenta de grade III est associée à plus d'oligoamnios, de liquides méconiaux et de retard de croissance intra utérins. (40)

Evaluation de la croissance fœtale

Elle est réalisée lorsqu'une anomalie de la HU est détectée. Lors d'une diminution de celle-ci, on recherche une restriction de croissance intra utérine ; à l'inverse on peut être amenés à réaliser des biométries lors d'une augmentation excessive de la HU (au-delà de 36-38cm).

4.1.3. Autre méthode

Etude vélocimétrique

L'étude doppler permet de mesurer les résistances placentaires et cérébrales. Lors d'une souffrance fœtale, les résistances placentaires tendent à augmenter (témoins d'une altération des échanges foeto-placentaires) tandis que les résistances cérébrales diminuent par vasodilatation. (41)

L'utilisation des doppler dans la surveillance de la fin de grossesse ne semble pas aussi pertinente que l'analyse du RCF ou que la mesure de quantité de LA et doit plutôt être

réservée à l'évaluation pronostique d'une restriction de croissance intra-utérine découverte tardivement.

En effet, le dépassement de terme correspond à un problème foeto-placentaire et non utero-placentaire.

4.2. Différentes attitudes possibles

C'est parce qu'on ne connaît pas la vitesse de survenue de la défaillance placentaire, qu'une surveillance rapprochée des patientes présentant un terme atteint a été instaurée. Plusieurs sociétés savantes ont élaboré des recommandations dans le cadre de la prise en charge de cette situation particulière.

4.2.1. Recommandations des sociétés savantes

ACOG

(American College of Obstetricians and Gynecologists)

Dans le cas où les patientes présentent des conditions locales favorables, le déclenchement est proposé. Une expectative dans le cas contraire est recommandée. (43)

SOGC

(Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada)

Au Canada, on propose un déclenchement entre 41 SA et 42 SA. (44)

NICE

(National Institute for Clinical Excellence)

Un déclenchement est proposé entre 41 SA et 42 SA mais l'entrée en travail spontané est privilégiée et attendue.

Si une patiente choisit de ne pas être déclenchée, sa décision est respectée. Dans ce cas, à 42 SA, la surveillance anténatale est accentuée et la patiente bénéficie d'un RCF et de la mesure de la grande citerne au moins deux fois par semaine. (45)

WAPM

(World Association of Perinatal Medicine)

Un examen maternel et une surveillance fœtale afin de dépister des risques spécifiques sont recommandés à 41 SA. Après 41 SA, le déclenchement peut être proposé, en ayant informé la patiente des risques et des inconvénients de la démarche. Une attitude d'expectative et de surveillance peut être aussi bien proposée.

Les comités d'experts considèrent que la prolongation de la grossesse au-delà de 42 SA est possible mais reste assortie d'une augmentation des risques fœtaux. (40)

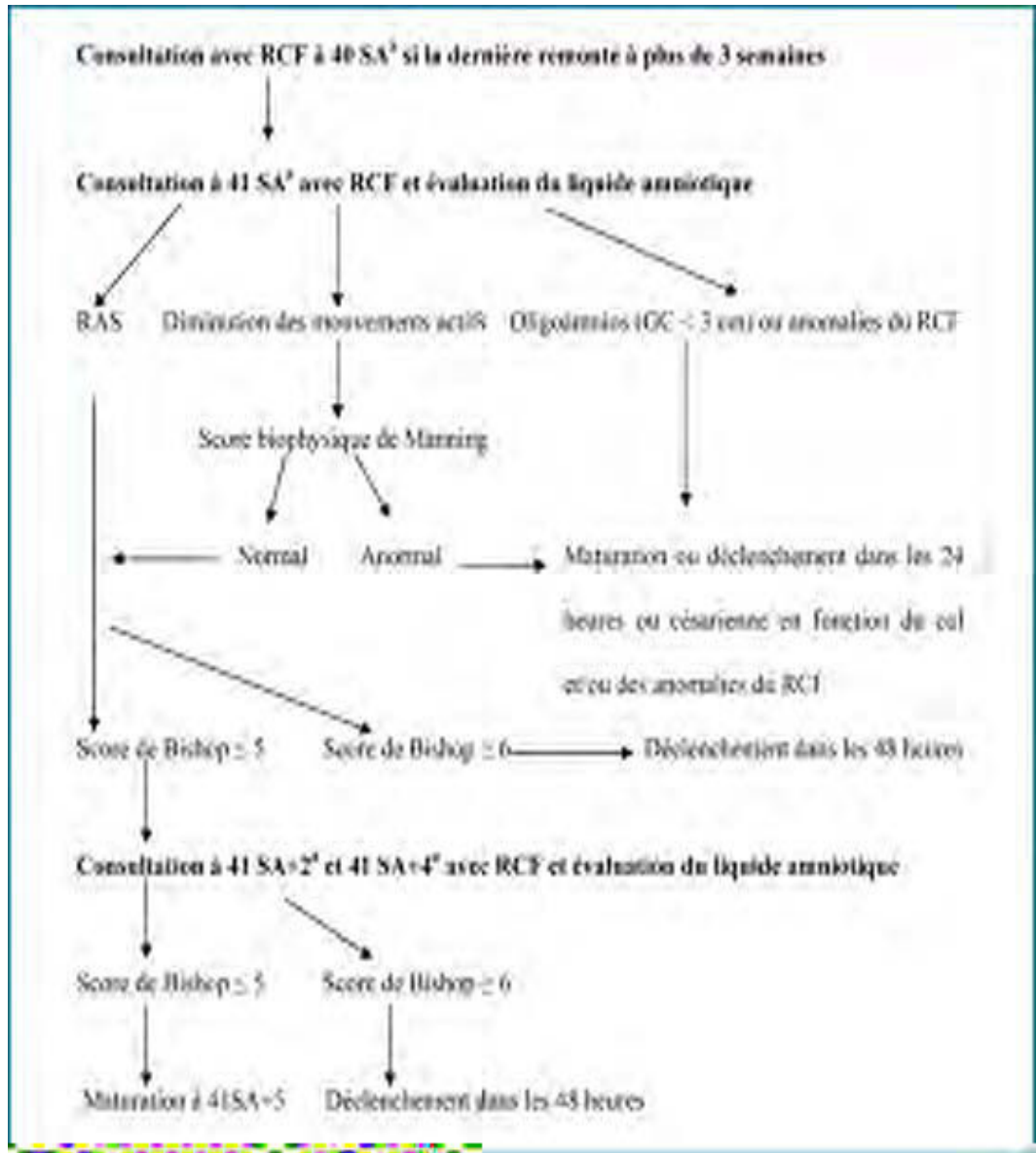
4.2.2. En France et à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

En France, et depuis les recommandations du CNGOF de 2011, un déclenchement n'est pas systématique le jour du terme ; une surveillance commence à 41 SA et est effectuée toutes les 48 heures jusqu'à 41 SA+6jours.

Il est possible de réaliser un déclenchement à 41 SA, à condition que le col soit favorable, d'en avoir informé la patiente 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.

En l'absence de début de travail à 41 SA et 6 jours, il est recommandé de réaliser un déclenchement éventuellement précédé par une maturation, selon le score de Bishop.

L'organigramme ci-dessous reprend les conditions et les indications d'un déclenchement ou de la poursuite de la surveillance.



Organigramme décisionnel devant une situation de terme atteint.

Partie 2 : Etude personnelle

5. PRESENTATION DE L'ETUDE

5.1.1. Questions de recherche

Nous nous sommes penchés sur les jours qui séparaient la date du terme et la date d'accouchement, en se demandant comment ils étaient vécus et si les femmes étaient satisfaites de leur prise en charge.

Nous nous sommes aussi demandé ce que nous pourrions apporter aux futures mamans durant ces moments.

5.1.2. Méthode de travail

Notre travail est une étude mono-centrique rétrospective.

Les données ont été colligées à partir de 55 questionnaires distribués entre le 6 et le 20 Juin, ainsi que du 5 Aout au 5 Septembre 2013 aux femmes ayant accouché post-terme, soit à 41SA+1j inclus.

Toutes les femmes entrant dans le cadre de notre étude recevaient un questionnaire contenant une trentaine de questions à réponses multiples ou courtes, sous forme de QCM (Annexe 1)

Le taux de retour des questionnaires est de 94%.

Hypothèses

Les hypothèses étaient donc les suivantes :

- Les patientes savent qu'il est possible d'arriver au terme de la grossesse sans avoir accouché.
- Les patientes sont satisfaites de leur prise en charge lorsqu'elles viennent en consultation le jour du terme.
- Les hospitalisations des patientes sont vécues agréablement.
- Les patientes sont sereines entre le début de la 41^{ème} semaine et la naissance de leur enfant.

5.1.3. Description de la population

Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude ont été :

- Un début de grossesse déterminé par une échographie de datation.
- Une grossesse d'évolution physiologique, suivie par une sage-femme ou un médecin.
- Un accouchement unique au terme strictement supérieur à 41SA, que celui-ci soit un accouchement par voie basse ou par césarienne.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de l'étude ont été :

- Les grossesses déclarées tardivement après 15SA.

5.1.4. Données collectées

Les données collectées sont essentiellement des données qualitatives, réparties en trois groupes : informations reçues pendant la grossesse, informations reçues pendant les consultations et l'éventuelle hospitalisation, ressenti de la grossesse prolongée et des soins apportés.

Données quantitatives

- l'âge
- la parité
- le nombre de dépassement de terme antérieurs
- l'âge gestationnel à l'accouchement

Données qualitatives

- le suivi de cours de PNP
- la notion du dépassement de terme abordé en PNP
- la notion de dépassement de terme abordé en consultations
- la notion de dépassement de terme connue antérieurement
- le vécu de la grossesse
- la satisfaction générale pour la première consultation post-terme.
- le vécu de l'hospitalisation
- la satisfaction pour la prise en charge globale
- le vécu des jours post-terme.

6. PRESENTATION DES RESULTATS

6.1. Caractéristiques maternelles

6.1.1. Age maternel

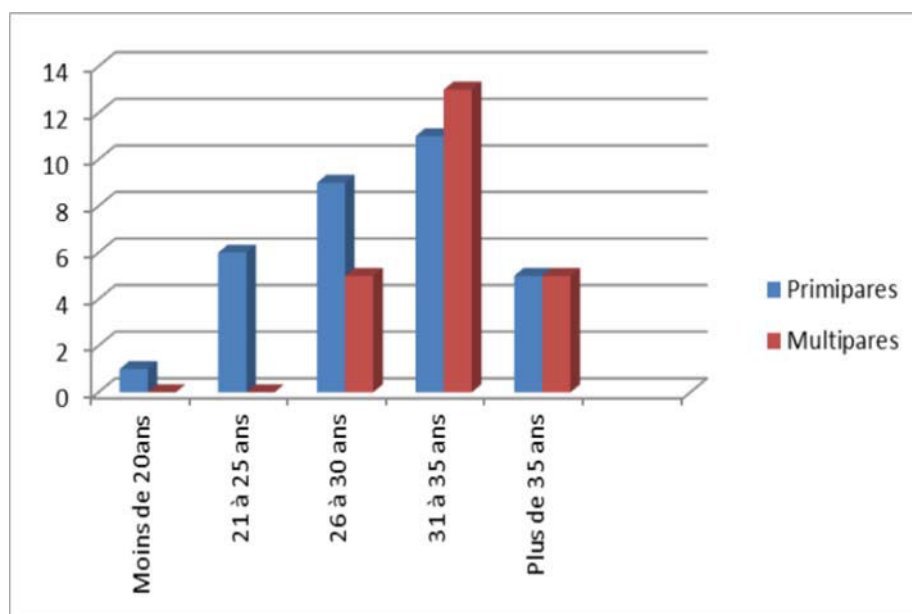


Figure 1 : REPARTITION DE L'AGE MATERNEL SELON LA PARITE

Nous avons observé que l'âge moyen des patientes accouchant post-terme était de 30 ans pour les primipares et 32,9 ans pour les multipares.

6.1.2. Parité

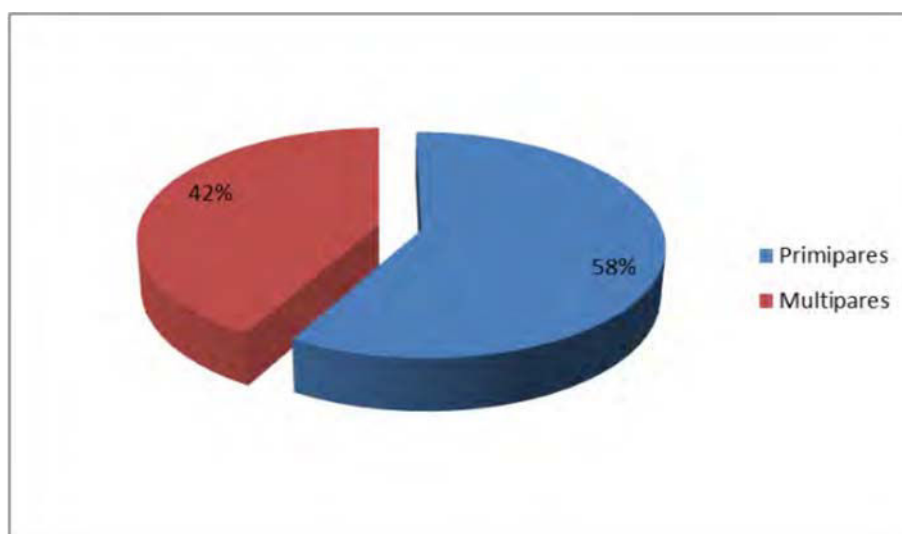


Figure 2 : REPARTITION DE LA PARITE

Dans notre étude, sur 55 patientes, 32 étaient primipares, et 23 étaient multipares.

6.1.3. Antécédent de terme atteint.

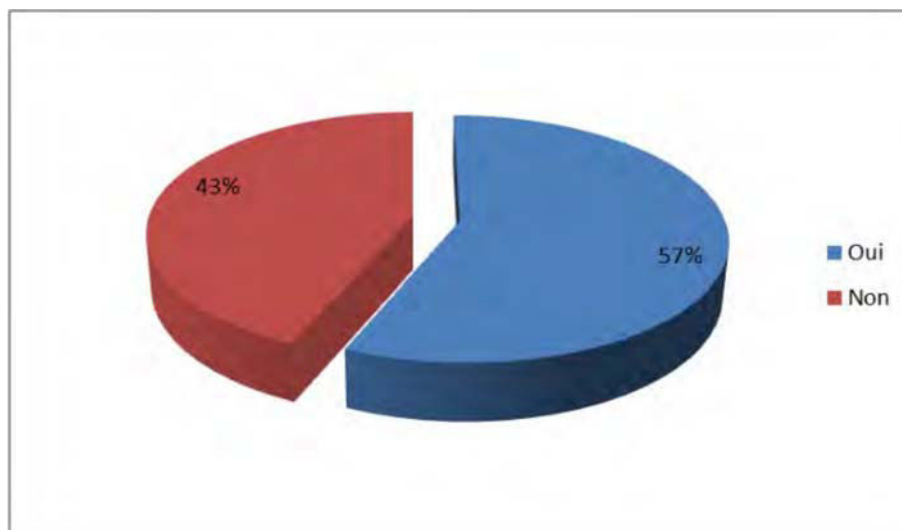


Figure 3 : REPRESENTATION DE LA PROPORTION D'ANTECEDENT D'ACCOUCHEMENT POST-TERME CHEZ LES MULTIPARES.

Dans la population des 23 patientes multipares, 13 d'entre elles avaient déjà accouché post-terme.

6.2. Délivrance de l'information

6.2.1. Lors de séances de PNP

Sur 55 patientes, 37 avaient participé à des séances de PNP, ce qui représentait donc une grande majorité d'entre elles.

Tout d'abord, nous avons remarqué suite à nos statistiques, que c'était surtout les primipares qui assistaient aux séances de PNP ; elles représentaient en effet 75% de la population de femmes ayant suivi les séances.

Nous nous sommes demandé si le dépassement de terme avait été abordé pendant celles-ci.

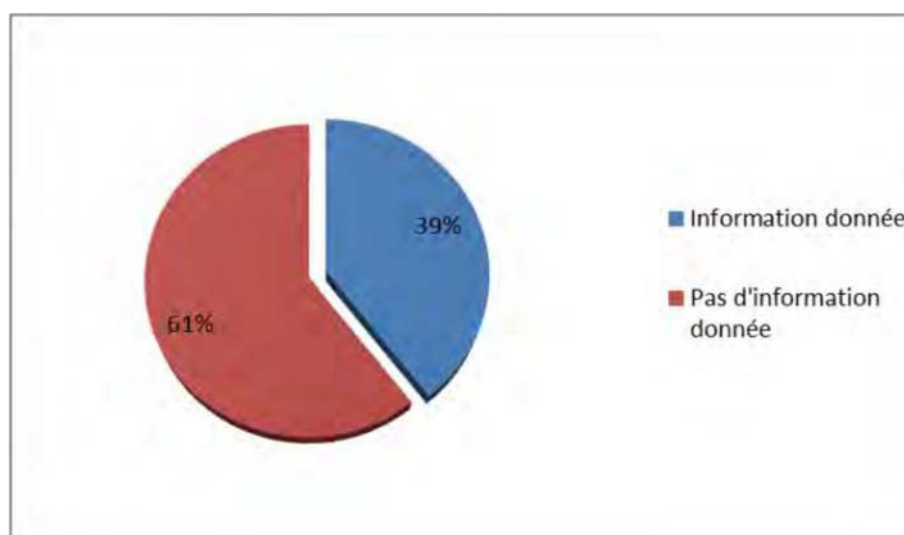


Figure 4 : PROPORTION DE FEMMES AYANT ETE INFORMEES DE LA POSSIBILITE DU DEPASSEMENT DE TERME EN PNP.

Nous constatons que 15 femmes ont été renseignées ; ce qui signifie que plus de la moitié des gestantes n'avaient pas reçu d'informations sur cette éventualité.

Les primipares, n'ayant jamais vécu une grossesse, devraient être encore plus sensibilisées au dépassement de terme.

Nous nous sommes demandé si les primipares étaient bien informées.

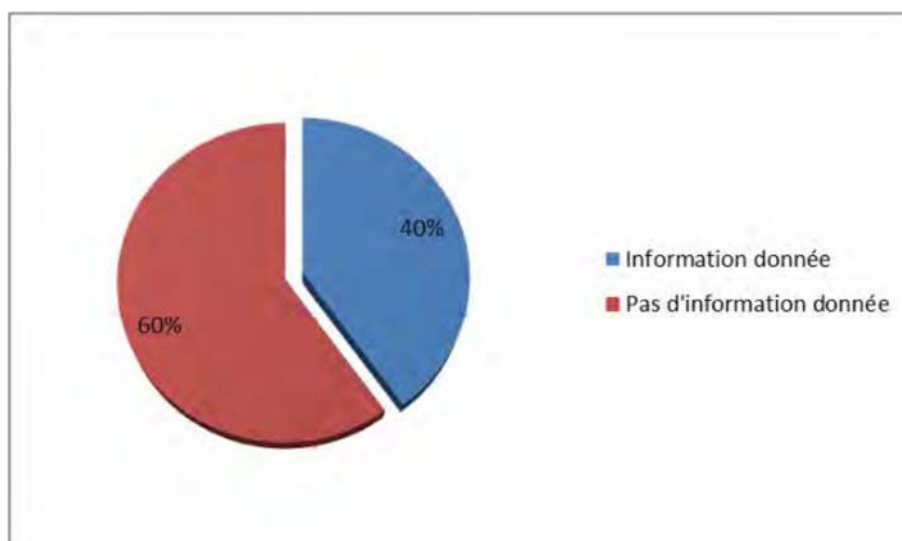


Figure 5 : PROPORTION DE PRIMIPARES INFORMEES DE LA POSSIBILITE DU DEPASSEMENT DE TERME EN PNP.

Le nombre de primipares ayant été informé s'élève à 10. On constate que plus d'une primipare sur deux n'avait pas reçu d'information quant à cette possibilité.

Quant aux multipares, elles sont 5 à avoir reçu une information et 7 à ne pas avoir été renseignées sur le sujet.

6.2.2. Lors des consultations de fin de grossesse

De plus, nous avons tenté de savoir si l'information avait été donnée lors des visites de fin de grossesse.

On note que 29 patientes déclaraient ne pas avoir été informées (dont 18 primipares) contre 26 qui ont reçu l'information lors des dernières consultations de grossesse.

Le décollement des membranes est une technique qui peut être utilisée pour déclencher naturellement le travail ; la libération de prostaglandines suite à la séparation du pôle inférieur de l'œuf de la muqueuse utérine peut entraîner contractions et modifications cervicales.

Lors d'une consultation de fin de grossesse, à l'approche du terme, les patientes peuvent se voir proposer une petite « aide ».

Nous nous sommes demandé combien de femmes s'étaient vu proposé cette manœuvre. Toutes patientes confondues, elles sont 18, soit 32% de la population à avoir été informées sur le décollement des membranes.

Ce qui signifie, que 67% des patientes ayant accouché post-terme n'ont pas bénéficié d'un décollement de membrane, qui pourtant représente une manière naturelle et sans risque d'amorcer le travail.

Par ailleurs, 8 femmes, toutes primipares, n'ont reçu l'information ni en séance de PNP ni lors de leur dernière consultation de fin de grossesse.

Ce qui représente un pourcentage non négligeable de 36% de patientes qui ont subi cette situation sans y être préparée.

6.3. Déroulement de la première consultation post-terme.

6.3.1. Accueil et organisation

Nous allons maintenant aborder les aspects d'accueil et d'organisation de la première consultation post-terme.

Elle se déroule dans les locaux du PATUGO. La situation des femmes consultant pour « le terme » ne constitue pas une situation d'urgence, et de fait, l'attente peut s'avérer plus ou moins longue.

Le questionnaire abordait les informations qui avaient été données aux femmes lors de la prise de rendez-vous, qui se fait le plus souvent par téléphone.

Généralement, l'interlocuteur apporte des précisions sur l'organisation du soin.

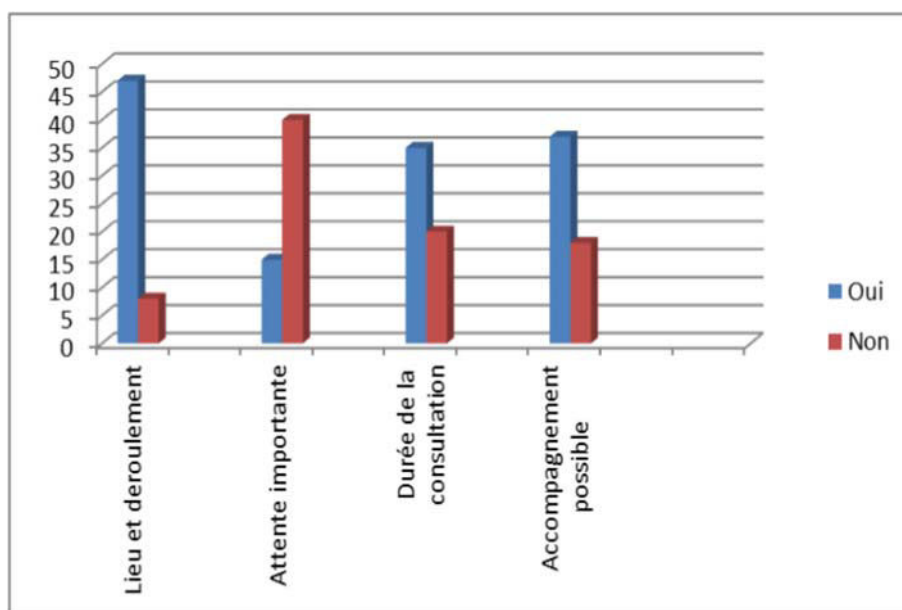


Figure 6 : INFORMATIONS DONNEES A LA PATIENTE LORS DE LA PRISE DE RENDEZ-VOUS POUR LA CONSULTATION POST-TERME.

On observe donc que les informations données sur la première consultation aux patientes étaient satisfaisantes, sauf en ce qui concernait le temps d'attente qui n'est pas toujours révélé.

Nous avons voulu savoir dans quelles conditions ces patientes furent accueillies et ce qui avait été mis en place pour répondre à leur besoin de confort.

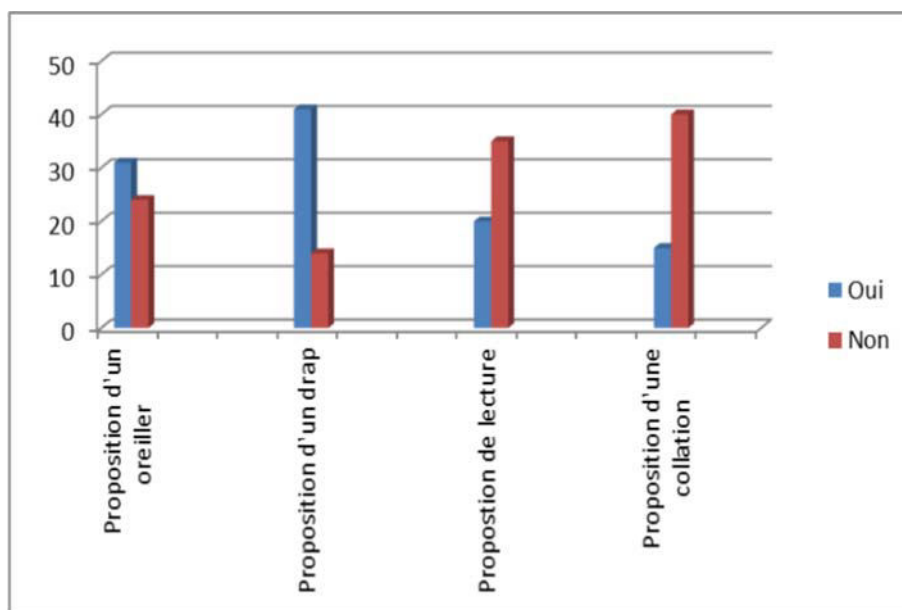


Figure 7 : ELEMENTS DE CONFORT PROPOSES LORS DE LA PREMIERE CONSULTATION POST-TERME.

On note que les femmes ont été généralement bien installées, avec un drap et un oreiller. La proposition de lecture fut moins fréquente, tout comme la proposition d'une collation quand les patientes sont présentes aux alentours de midi.

6.3.2. Explications données à la patiente

Enfin, nous nous sommes intéressés à l'aspect médical de la première consultation post-terme. Pendant cette consultation, des examens sont réalisés et des notions importantes sur la surveillance fœtale et maternelle sont apportées.

Les questions posées concernaient l'explication des buts de la surveillance dont elles allaient faire l'objet ; ainsi que sur les modalités de celle-ci.

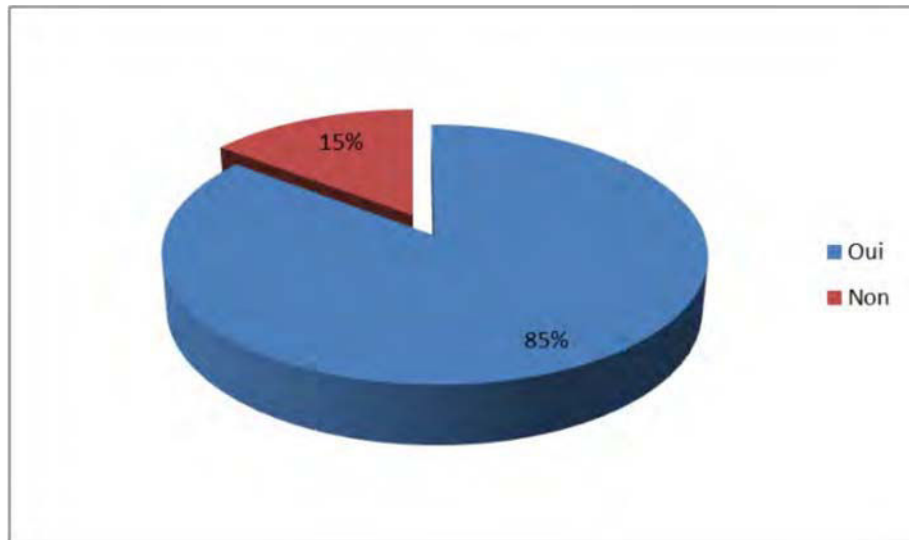


Figure 8 : PROPORTION DE FEMMES AYANT RECU DES EXPLICATIONS SUR LES MODALITES DE LA SURVEILLANCE.

On constate que les modalités de surveillance ont bien été expliquées aux patientes, puisque, dans notre échantillon de 55 patientes, 47 d’entre elles affirmaient avoir reçu l’information.

Il est important aussi que les femmes comprennent le but des examens pour qu’une bonne relation s’établisse entre elle et l’équipe médicale, et qu’ainsi les jours passés soient plus sereins.

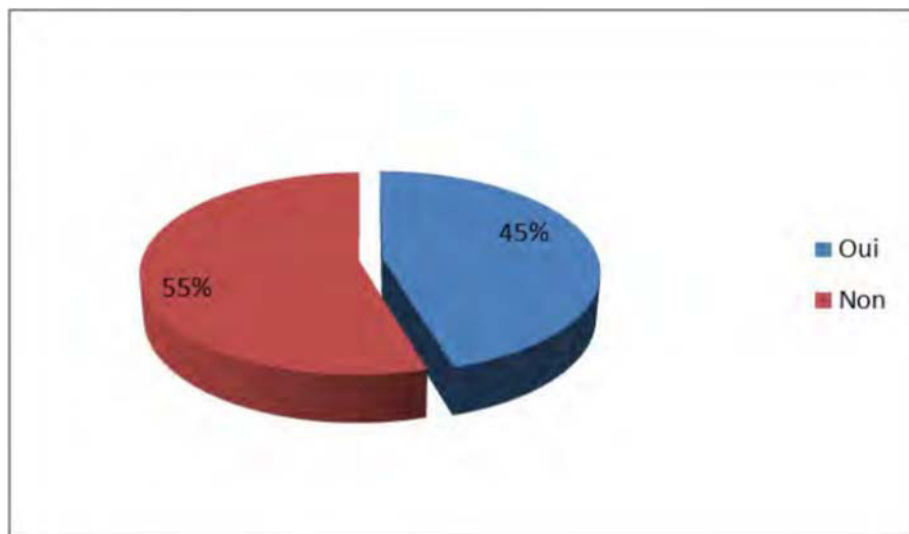


Figure 9 : PROPORTION DE FEMMES AUXQUELLES LES RAISONS DE LA SURVEILLANCE ONT ETE EXPOSE.

Nous avons pu noter que 30 femmes sur 55 n'ont pas été informées des raisons de la surveillance dont elles et leurs fœtus faisaient l'objet.

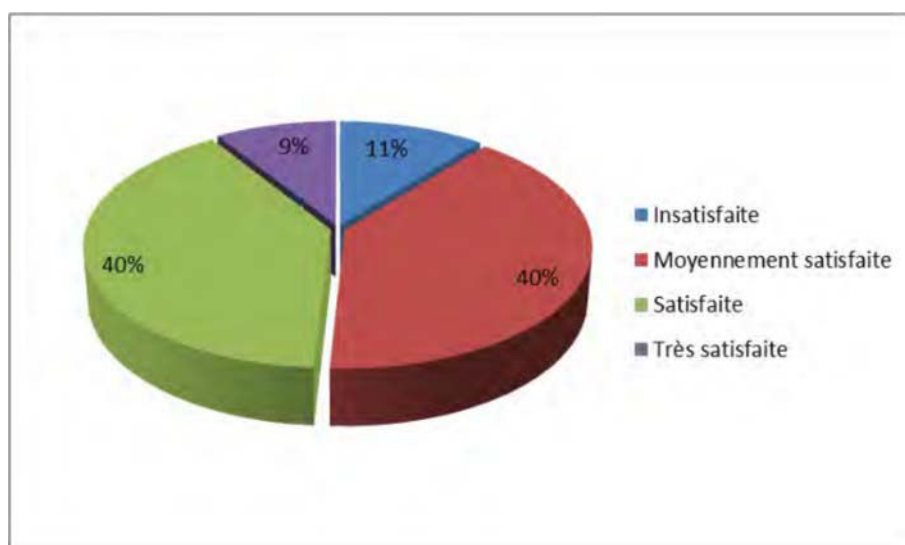


Figure 10 : DEGRE DE SATISFACTION DES FEMMES POUR LEUR PRISE EN CHARGE LORS DE LA PREMIERE CONSULTATION POST-TERME

Pour la première consultation post-terme, et tous thèmes confondus (confort, informations données, accueil, écoute...) le taux de satisfaction des femmes était hésitant : en effet, 80% d'entre elles étaient moyennement satisfaites à satisfaites.

Seulement 5 femmes sur 55 ont déclaré être très satisfaites, et 6 qualifiaient leur prise en charge d'insatisfaisante.

6.4. Autres consultations post-terme.

Les aspects de la première consultation post-terme ont été abordés. Dans la majorité des cas, les femmes repartaient à domicile et avaient comme consigne de revenir à l'hôpital 48h après, afin de renouveler les examens.

Le monitoring et l'échographie, entre autres, sont renouvelés tous les deux jours jusqu'à 42 SA au maximum.

Dans 58% des cas, les futures mamans ont admis que cette répétition était justifiée, et l'ont accepté aisément.

Par contre, 6 des femmes ayant vécu cette réitération désagréablement, ont reconnu qu'elles l'auraient mieux accepté si le but de ces examens leur avait été expliqué.

6.5. Hospitalisation

Lorsqu'elles n'étaient pas autorisées à repartir, les femmes étaient hospitalisées, pour une meilleure surveillance et prise en charge, voir un déclenchement, selon les cas.

Les femmes ayant été hospitalisées représentaient 60% de notre population (soit 33 patientes) ; on constate donc que plus de la moitié des femmes présentant un terme atteint ont été hospitalisées.

Nous nous sommes intéressés à cette hospitalisation.

6.5.1. Vécu de l'hospitalisation

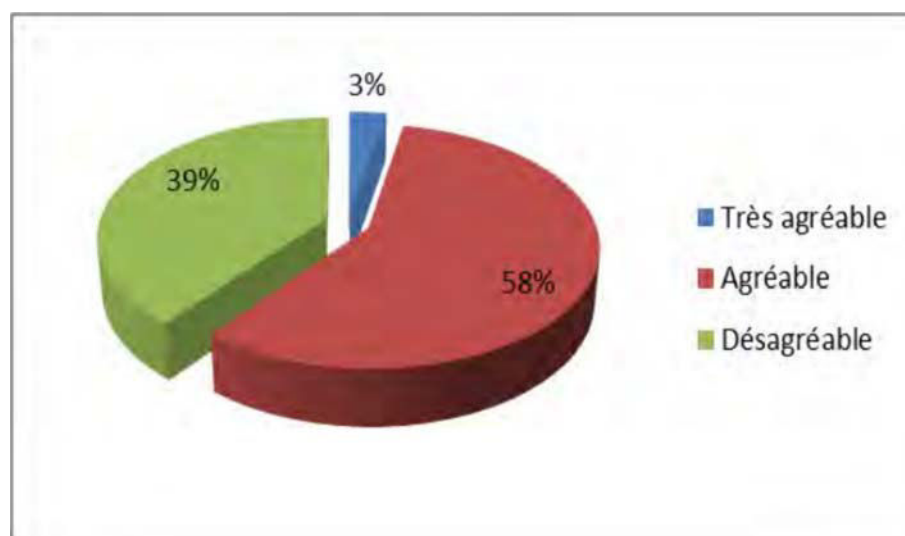


Figure 11 : VECU DE L'HOSPITALISATION DANS LE CADRE DU DEPASSEMENT DE TERME.

On constate donc que l'hospitalisation n'était pas toujours bien vécue par les femmes en situation de terme atteint.

Nous leur avons demandé si elles auraient aimé, pendant l'hospitalisation, rencontrer d'autres femmes ou s'entretenir avec une sage-femme.

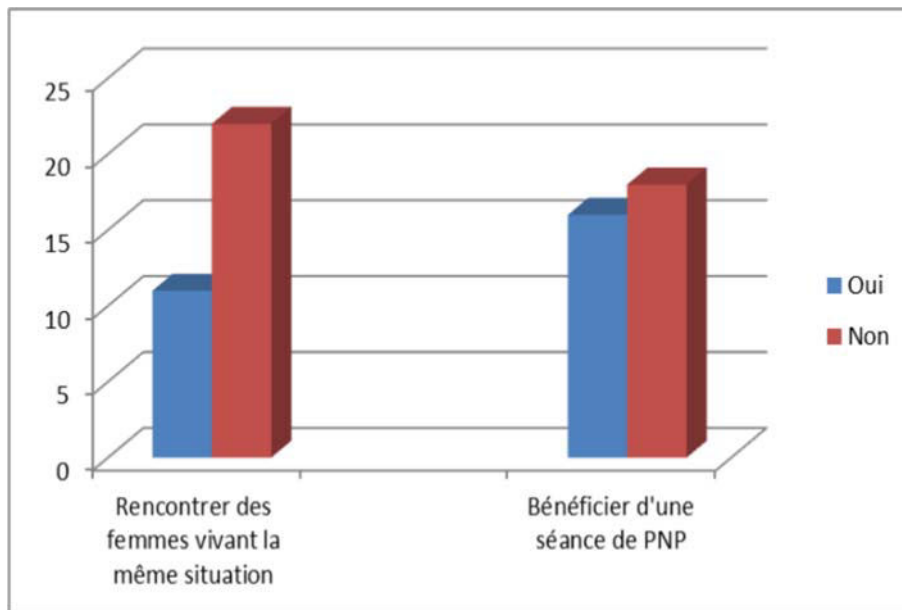


Figure 12 : REPOSES DES FEMMES HOSPITALISEES DEVANT LES PROPOSITIONS.

Nous remarquons donc, que dans la majorité des cas, les femmes ne désiraient pas d'intervention extérieure. Notons tout de même, que dans les 16 femmes qui auraient aimé une séance de PNP, 13 sont primipares.

6.5.2. A propos du déclenchement

Il peut être proposé aux femmes se présentant à terme avec des conditions obstétricales favorables, ou aux femmes hospitalisées qui ne présentent aucune signe de début de travail alors que le terme de 42 SA approche.

En toute logique, il se doit d'être expliqué. Les types de déclenchement, leurs modalités, les bénéfices et les risques doivent être abordés avec la patiente.

Le mode de déclenchement était souvent expliqué, puisque 32 patientes sur 55 avaient été informées. En revanche, elles furent 24 à déplorer le manque d'informations à propos du mode de déclenchement, dont 18 primipares.

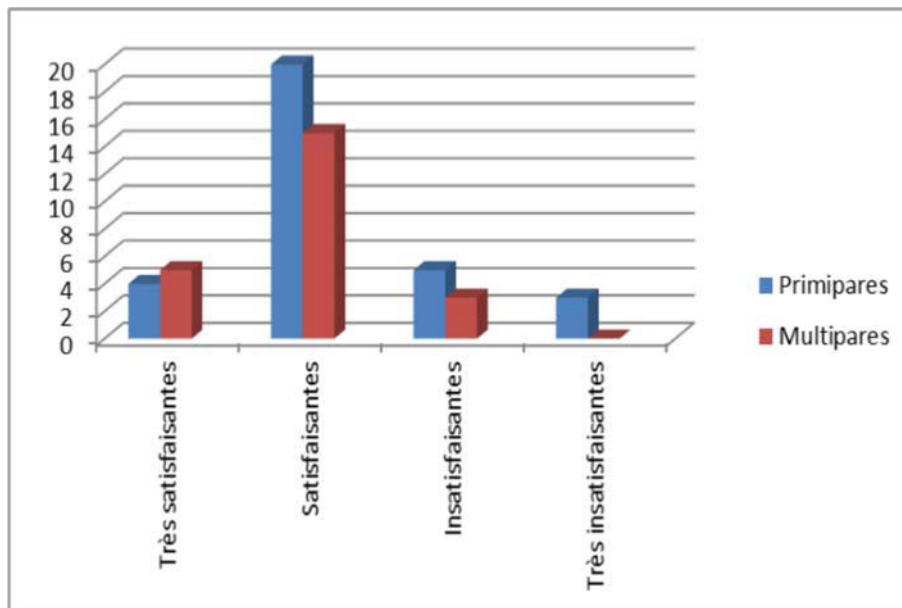


Figure 13 : AVIS DES FEMMES DEVANT LES EXPLICATIONS DONNEES SUR LE DECLENCHEMENT.

On remarque que la plupart des femmes trouvaient que les explications étaient satisfaisantes à très satisfaisantes.

Par contre, l'autre partie des gestantes (11 au total) qui qualifiaient les explications d'insatisfaisantes à très insatisfaisantes étaient en grande majorité des primipares.

Les informations données, nous nous sommes demandés si les femmes étaient écoutées quant à leurs choix sur le déclenchement, et si elles avaient pu faire part à l'équipe médicale (sage femmes et obstétriciens) de leurs désirs.

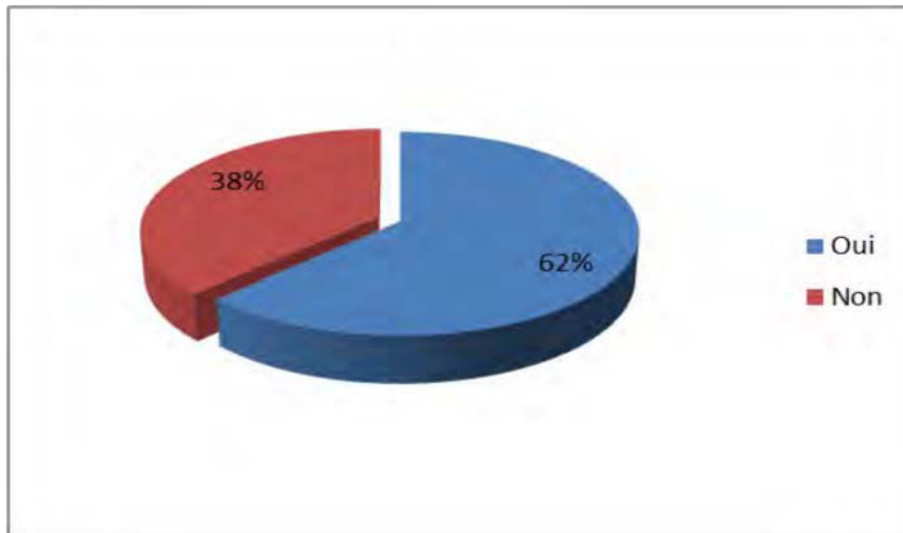


Figure 14 : FEMMES SOUHAITANT UN DECLENCHEMENT AYANT PU EN FAIRE PART A L'EQUIPE.

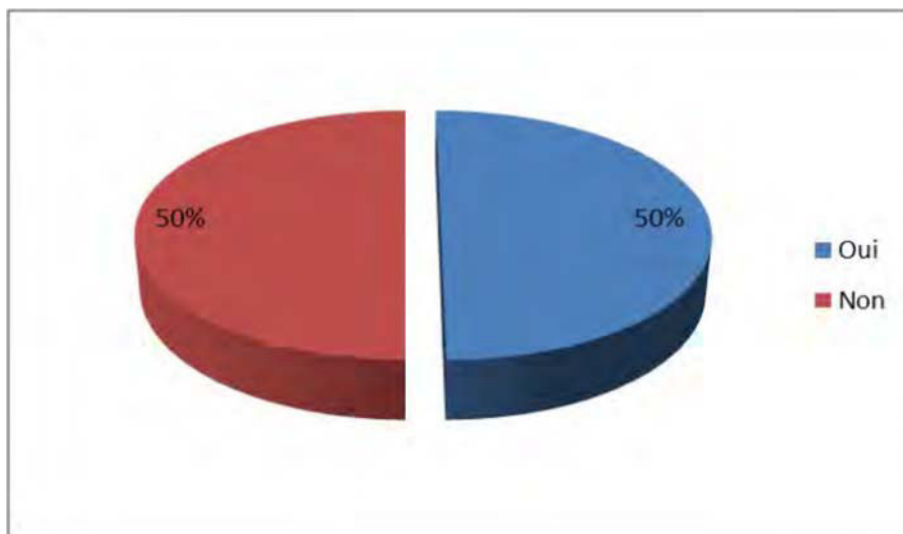


Figure 15 : FEMMES NE SOUHAITANT PAS DE DECLENCHEMENT AYANT PU EN FAIRE PART A L'EQUIPE.

On remarque que lorsque les femmes ne souhaitent pas de déclenchement, il était plus difficile pour elles de le dire à l'équipe.

Par ailleurs, 89% d'entre elles s'avouaient en confiance avec l'équipe médicale.

6.6. Prise en charge globale

Pour finir, nous avons tenté de savoir ce que les gestantes pensaient de leur prise en charge, dans sa totalité.

Elle englobe donc la première consultation post-terme, les autres consultations, l'éventuelle hospitalisation ainsi que la qualité des conseils et soins prodigués.

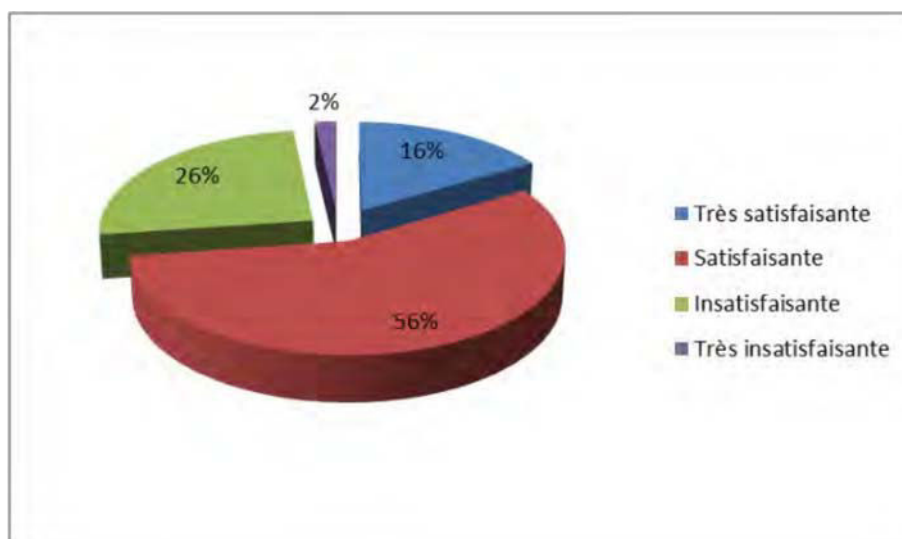


Figure 16 : DEGRE DE SATISAFCTION DES FEMMES POUR LA PRISE EN CHARGE DU TERME ATTEINT.

Nous notons que 31 femmes étaient satisfaites de leur prise en charge ; ce qui représente plus d'une femme sur deux. Les femmes très satisfaites étaient 9.

Néanmoins, 15 femmes ne se sont pas senties suffisamment bien entourées.

6.7. Vécu de la 42^{ème} semaine

Le questionnaire remis aux patientes se terminait avec quelques questions sur le ressenti de ces quelques jours particuliers.

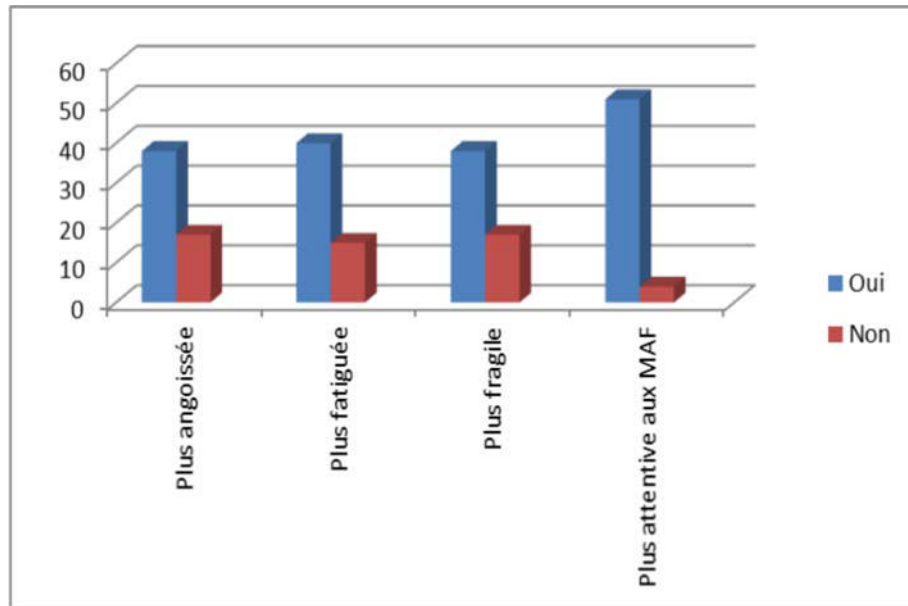


Figure 17 : RESENTI DES JOURS PASSES APRES LE TERME

En grande majorité, les femmes se sentaient plus angoissées, plus fatiguées et fragiles, et surtout bien plus attentives aux Mouvements Actifs Fœtaux (MAF) lors des jours passés après 41SA.

Partie 3 : Discussion

7. CONFRONTATION DES RESULTATS SELON LES DONNEES DE LA LITTERATURE.

7.1. Age maternel

Dans la littérature, l'âge supérieur à 35 ans est un facteur associé au prolongement des grossesses. (23)

A la Maternité Régionale de Nancy, l'âge moyen d'accouchement est de 29,2 ans. (25)

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes ayant accouché post-terme est de 31,5 ans.

On observe donc que l'âge moyen des femmes accouchant post-terme est plus élevé que l'âge moyen général ; néanmoins, il ne dépasse pas les données de la littérature.

On conclut donc que les femmes accouchant post-terme sont plus âgées que les femmes qui accouchent entre 37SA et 41SA à la Maternité de Nancy.

7.2. Parité

Des études ont montré que la primiparité entraînait plus de risques de dépassement de terme, allongeant la durée de grossesse de deux à cinq jours. (3)

Le dépassement de terme serait donc plus fréquent chez les primipares que chez les multipares. (16)

Dans notre échantillon de 55 patientes, 32 sont primipares, ce qui représente 58% de la population.

Les résultats de notre étude, sont donc en adéquation avec les données de la littérature montrant bien que le facteur « primiparité » influence la survenue du dépassement de terme.

7.3. Antécédent de terme atteint

Les travaux de Kistka et Olesen (16 ; 2) prouvent que les femmes ayant déjà accouché après le terme sont plus à risque de dépasser également leur terme lors des grossesses ultérieures.

Dans notre étude, 52% des patientes avaient effectivement déjà accouché post-terme.

Il n'y a donc pas de différence significative entre les données des études et nos résultats ; on peut donc conclure qu'il est exact que l'antécédent d'un dépassement de terme lors d'une grossesse antérieure est un facteur de risque de dépassement de terme pour les grossesses ultérieures.

8. CONFRONTATION DES HYPOTHESES AUX RESULTATS DE L'ETUDE

8.1. Connaissance de la grossesse prolongée.

Séances de PNP

Lors des séances de PNP, de nombreux renseignements sont donnés sur le déroulement de la grossesse, du travail, de l'accouchement... Seulement, l'éventualité du dépassement de terme n'est abordée que dans 39% des cas.

Dans le cas des primipares, 60% d'entre elles ne sont pas informées quant à cette possibilité, alors que l'on a montré qu'elles ont plus de risque d'accoucher après la date prévue.

Consultations de fin de grossesse

Lors des consultations de fin de grossesse, l'information n'est pas plus dispensée. Plus de la moitié des patientes (dont 18 primipares) avouent que ni l'obstétricien, ni la sage-femme ne leur ont parlé de la possibilité du dépassement de terme.

Le décollement des membranes, manière naturelle de déclencher le travail, n'est pas forcément proposé.

Nous avons posé la question aux femmes si, avant de recevoir des informations sur le sujet, elles savaient que c'était possible d'accoucher post-terme. Elles sont exactement 36 à répondre positivement.

Sur notre échantillon de 55 patientes, elles représentent une majorité.

L'hypothèse peut donc être confirmée : les femmes savent qu'il est possible d'accoucher post-terme.

Seulement, savoir que c'est possible n'est pas suffisant, et les patientes ne se sentent pas suffisamment informées à propos de cette particularité : dans tous les cas, les gestantes doivent recevoir une information et être prévenues que le dépassement de terme représente quasiment 15% des accouchements. Et qu'elles peuvent donc être confrontées à cette situation.

8.2. Une première consultation post-terme en adéquation avec les attentes des patientes.

Nous avons approfondi sur quelques détails concernant la première consultation post-terme.

8.2.1. Confort

Au niveau de l'installation de la patiente et du confort proposé, les femmes sont généralement satisfaites. Compte tenu de l'activité aux urgences obstétricales, on peut difficilement proposer plus de soins de confort. Le temps d'attente est raisonnable et les femmes ne se sont pas plaintes de l'accueil.

8.2.2. Informations médicales

L'accueil et l'installation de la patiente ne semblent pas poser de problème.

Selon notre étude, ce serait les modalités de surveillance et surtout le but des examens qui gagneraient à être mieux expliqués.

En effet, comme l'ont montré les chiffres, les femmes sont moyennement satisfaites de cette première consultation.

Pour conclure, notre deuxième hypothèse était la suivante : « Les patientes sont satisfaites de leur prise en charge lorsqu'elles viennent en consultation le jour du terme ». On peut donc infirmer cette hypothèse, car elles sont presque 40% à s'avouer moyennement satisfaites, et même 11% à être insatisfaites.

8.3. Une hospitalisation bien vécue

Nous avons constaté que près d'un tiers des femmes se présentant le jour du terme sont hospitalisées.

Elles qualifient leur prise en charge globale de moyennement satisfaisante. En effet, même si la majorité se sent en confiance avec l'équipe, les informations données sur le déroulement et le motif de déclenchement ne sont pas toujours claires.

Par ailleurs, celle-ci n'est pas toujours à l'écoute en ce qui concerne le choix des patientes sur le déclenchement.

Notre troisième hypothèse, à savoir que les hospitalisations des patientes étaient vécues agréablement, peut être confirmée.

En effet, avec 58% de femmes ayant vécu l'hospitalisation agréablement, et même 3% très agréablement, la prise en charge semble convenir aux gestantes hospitalisées.

N'oublions tout de même pas les 38% qui, elles, n'ont pas vécu cette hospitalisation comme nous le voudrions. Les améliorations proposées ci-dessous pourraient améliorer la prise en charge et donc le taux de satisfaction des futures patientes.

8.4. Quelques jours de plus traversés en toute quiétude.

Durant les jours séparant la première consultation post-terme et la naissance, les femmes se sont en très grande majorité senties plus fatiguées, plus angoissées, plus sensibles et plus attentives aux mouvements de leurs bébés.

La dernière hypothèse, à savoir que les patientes sont sereines entre le début de la 41^{ème} semaine et la naissance de leur enfant, est infirmée. Les améliorations proposées devraient pouvoir aider à traverser ces jours particuliers, sans avoir la prétention de gommer toute anxiété auprès des femmes et des couples vivant cette expérience d'attente.

9. AXES D'AMELIORATIONS

Nous avons constaté que plus de détails sur la fin de la grossesse devraient être apportés aux femmes ; un simple item durant une séance de PNP consacré à cette éventualité permettrait aux femmes d'être plus sereines et moins surprises si elles se voient confrontées à cette situation.

On peut donc proposer aux sages-femmes de PNP ou aux étudiants sages-femmes dispensant les séances d'aborder brièvement cette possibilité, et ainsi d'expliquer le protocole de surveillance.

Par ailleurs, le sujet n'est pas assez abordé pendant les consultations de fin de grossesse.

Nous pourrions transmettre les résultats de notre étude aux médecins et sages-femmes du service de consultations, ainsi qu'aux sages-femmes effectuant les séances de PNP ; afin qu'ils soient sensibilisés au fait que les gestantes ne sont pas toujours informées quant à la possibilité du dépassement de terme, ainsi que sur le protocole national dont elles feront l'objet si la situation se présente.

Pour pallier ce manque d'information, nous proposons l'élaboration d'une plaquette, reprenant les examens et leurs buts, afin que les femmes comprennent au mieux leur prise en charge.

Ce document pourrait leur être remis le jour de la première consultation post-terme. Il permettrait de donner des informations claires et concises, que les femmes pourraient relire, au moindre doute ou questionnement.

Il permettrait aussi à l'équipe médicale de répondre aux questions plus spécifiques une fois que les informations basiques auront été directement données par le prospectus.

Cette maquette vous est présentée en Annexe 2.

Sa diffusion pourrait avoir lieu après validation de notre mémoire et après validation de celle-ci par la cellule qualité.

Enfin, nous avons vu dans la première partie de notre mémoire qu'une méthode plus rapide et plus précise existait pour l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, élément primordial de la surveillance fœtale.

C'est la méthode informatisée, avec l'étude de la VCT (Variabilité à Court Terme).

Cette méthode est loin d'être obligatoire pour apprécier la vitalité fœtale mais la différence se fait dans le confort de la patiente et de l'équipe médicale. En effet, l'analyse informatisée dure 12 minutes, et apporte des détails qui ne sont pas repérés par l'analyse visuelle, qui elle peut durer entre 20 et 40 minutes.

L'analyse informatisée diminuerait donc la répétition des tracés mais aussi le recours aux actes échographiques, comme les scores biophysiques.

Elle permettrait donc à la femme de passer moins de temps dans nos locaux, et permettrait d'éviter par exemple le score de Manning, qui peut s'avérer long ; lors de moments où les locaux se doivent d'être libres le plus rapidement possible, aux urgences par exemple.

En ce qui concerne l'hospitalisation, les femmes ne souhaitent en général pas d'intervention extérieure lorsqu'elles sont hospitalisées pour surveillance ; néanmoins, l'équipe peut toujours proposer aux femmes vivant la même expérience de se rencontrer, ou de bénéficier avec une sage-femme d'un moment d'échange pour mieux comprendre et mieux vivre ces moments.

Conclusion

Les grossesses prolongées sont de plus en plus fréquentes, et les recommandations tendent vers l'attentisme.

Une patience et une reconnaissance de la « toute puissance de la nature » admises comme bénéfiques pour le couple mère-enfant mais qui se doivent d'être encadrées et rassurantes.

Notre étude avait pour objet de répondre aux interrogations suivantes : les femmes sont-elles informées de la possibilité de dépassement de terme pendant la grossesse ? Sont-elles satisfaites de la prise en charge dont elles font l'objet à la Maternité Régionale de Nancy ?

Un questionnaire remis aux patientes ayant accouché post-terme nous a permis de réaliser une étude rétrospective.

Les conclusions de nos travaux sont claires : la prise en charge est satisfaisante selon les femmes mais les explications manquent.

Peu d'entre elles savent qu'il est possible d'accoucher post-terme avant d'être confrontées à cette situation.

Les informations données sur le protocole de surveillance dont elles font l'objet ne sont pas toujours bien comprises par les femmes ; et certaines d'entre elle vivent mal l'attente d'un début de travail naturel.

La question du déclenchement est au cœur des débats, mais se doit d'être adaptée à chaque situation, en prenant en compte, quand cela est possible, du désir des patientes.

Ainsi, dans le but de satisfaire au mieux les futures femmes enceintes, nous proposons de transmettre les résultats de notre étude aux professionnels qui participent au suivi de la grossesse et aux séances de PNP afin de les sensibiliser à cette problématique qu'est le manque d'information sur la grossesse prolongée.

Par ailleurs, l'élaboration d'une plaquette d'informations qui leur serait remise lors de la première consultation post-terme pourrait leur apporter des informations claires et précises sur la situation qu'elles traversent.

Parce qu'il est synonyme de moins de risques pour l'enfant, le risque d'accouchement post-terme n'est pas assez expliqué aux patientes, par rapport au risque d'accouchement prématuré.

Cela est bien-sûr compréhensible mais les femmes devraient tout de même avoir accès à cette information. En effet, l'attente est mieux vécue quand celle-ci est prévenue et expliquée.

BIBLIOGRAPHIE

(1) D. SUBTIL, H.GRANDJEAN, C. VAISSIERE, E. VERSPYCK

Grossesse prolongée et terme dépassé – Introduction.

Gynécol Obstet Biol Reprod. 2011 Volume 40 : 150-65.

(2) P. BERGSJO, D. DENMAN, HJ. HOFFMAN, O.MERICK

Duration of human singleton pregnancy. A population-based study.

Acta Obstet Gynecol Scand. 1990 Volume 69 : 197-207.

(3) HJ. PHILIPPE, R. LENCLEN, A. PAUPE, F. JACQUEMARD

Grossesses prolongées

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1999, page 2.

(4) F. BIQUARD, P. GILLARD, L. SENTILHES, P. DESCAMPS

Grossesse qui se prolonge

Obstétrique pour le praticien, 2008, 18 : 310.

(5) AM. DOUBEK, H. SANTINI

La grossesse prolongée, Dossiers de l'obstétrique 1994 n° 219 page 32.

(6) LJ. SALOMON

How to date pregnancy ?

J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2011 Volume 40 10 ; 1016-09.

(7) P. COQUEL, J.P. BAULT, Y. VILLE

Pratique de l'échographie obstétricale au premier trimestre

Editions SAURAMPS MEDICAL, page 12

(8) HJ. PHILIPPE, R. LENCLÉN, A. PAUPE, F. JACQUEMARD

Grossesses prolongées

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1999 , page 3

(9) TB. HENRICKSEN, AJ. WILCOX, M. HEDEGAARD, NJ. SEECHER

Bias in study of preterm and postterm delivery due to ultrasound assesement of gestational age.

Epidemiology 1995

(10) G. BOOG, A. HASSOUN, M. PETTEAU, D. LEMERY

Les données échographiques de la physiologie foetale

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1988

(11) M. FEINGOLD, J. SCOLLINS, CL. CETRULO, D. KOZA

Fetal lung to liver reflectivity ratio and lung maturity

Jclin Ultrasound 1987 ; 15 : 364-387.

(12) COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS
FRANCAIS

Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, publié le 7 décembre 2011

Page 701

(13) HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

Recommandations professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée.

(25) Recherches et demandes de comptabilisation du nombre d'accouchement post-terme à la Maternité Régionale de Nancy

Septembre 2013

(13) AA. CHANTRY

Epidémiologie de la grossesse prolongée : incidence et morbidité maternelle.

J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2011 volume 40

(14) I. MOGREN, H. STENLUND, U. HOGBERG

Recurrence of prolonged pregnancy

Int J Epidemiol 1999

(15) HJ. PHILIPPE, R. LENCLÉN, A. PAUPE, F. JACQUEMARD

Grossesses prolongées

Encyclopédie Médico-Chirurgicale 1999, page 2

(16) E. PAPIERMIK, GR. ALEXANDER, N. PANETH

Racial differences in pregnancy duration and its complications for perinatal care.

Med Hypothèses 1990 ; 33 181-6.

(17) RR. PATEL, P. STEER, P. DOYLE, MP. LITTLE, P. ELLIOT

Does gestation vary by ethnic group ? A London-based study of over 122,000 pregnancies with spontaneous onset of labour.

Int J Epidemiol 2004 ; 33 : 107-13.

(18) N. SAOUNDERS, C. PATERSON

Can we abandon Naegele's rule ?

Lancet 1991 ; 337 :600-1.

(19) AB. CAUGHEY, NE. SCOTLAND, AE. WASHINGTON, GJ. ESCOBAR

Who is at risk for prolonged pregnancy. The Danish Birth Cohort 1998-2001.

Acta Obstet Gynecol Scand 2006 ;85 :1338-41.

(20) AM. DOUBEK, H. SANTINI

La grossesse prolongée, Dossiers de l'obstétrique 1994 n° 219

(21) G. BEUCHER, M. DREYFUS

Prise en charge du dépassement de terme

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008 ; 37 : 107-17.

(22) R. HEIMSTAD, PR ROMUNDSTAD, J. HYETT, LA. MATTSSON, KA. SALVESEN

Women's experiences and attitudes towards expectant management and induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in post-term pregnancy.

Acta Obstet Gynecol Scand 2007 ; 86 : 950-6

(23) F. BIQUARD, P. GILLARD, L. SENTILHES, P. DESCAMPS

Grossesse qui se prolonge

Obstétrique pour le praticien, 2008, 18 : 328.

(24) JM. THOULON

Dépassement de terme : guide de surveillance de la grossesse de l'ANDEM

Gyneweb

(25) Renseignements transmis par le DIM de la Maternité Régionale de Nancy.

(26) AA. CHANTRY, F. COATLOVEN, MP. DEBORD, JB. HAUMONTE, C. LERAY, E. LOPEZ, L. SALOMON, MV. SENAT, L. SENTILHES, N. WINER

Grossesse prolongée et terme dépassé : complications fœtales et néonatales des grossesses prolongées.

La revue sage-femme 2012, 11, 43-47

(27) A. BOCQUET

Diminution des mouvements actifs fœtaux au troisième trimestre, page 22

Ecole de sage-femme Nancy, 2010.

(28) D. MATHEWS,

Fetal well-being in gravidas with diminished fetal activity at term,

Obstet gynecol 1978 vol 51, n°3, p281-283

(29) F. SERGENT, A. LEFEVRE, L. VERSPYCK, L. MARPEAU

Diminution des MAF au 3^e trimestre : que faire ?

Gynéco-Obstétrique et fertilité, 2005, N° 33 p.861-869.

(30) G.DAVIES

Evaluation prénatal du bien être fœtal,

Directives cliniques de la SOGC, 2010

(31) F. COATLEVEN

Place du rythme cardiaque fœtal et de son analyse informatisée dans la surveillance de la grossesse prolongée,

Journal gynécologie obstétrique et de la reproduction, 2011 40, 774-784

(32) GS. DAWES, CR. HOUGHTON, CW. REDMAN, GH. VISSER,

Pattern of the normal human fetal heart rate.
Br J Obstet Gynecol 1982 ; 89 :276-84

(33) LA. BRACERO, S. MORGAN, DW. BYRNE

Comparaison of visual and computerized interpretation of nonstress test results in a randomized controlled trial.

Obstet Gynecol 1999 ; 181 : 1254-8

(34) T.R. MOORE

Sonographic screening for oligohydraamnios: does it decrease or increase morbidity?

Obstet Gynecol 2004 ; 104 : 3-4

(35) J. MONAGHAN, O. HERLIHY, P. BOYLAN

Ultrasound placental grading and amniotic fluid quantitation in prolonged pregnancy

Obstet Gynecol 1987 ; 70 : 345-352

(36) M.UZAN, E.CYNOBER, C.BERNARD

Guide pratique du doppler en obstétrique,

Editions MASSON

(37) ACOG

Practice bulletin 55 Management of post-term pregnancy

Obstet Gynecol 2004 ; 3 : 639-646

(38) M. DELANEY, M. ROGGENSACK.

Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41e⁺⁰ et la 42e⁺⁰ semaine de gestation

SOGC 2008 ; 214 : 811-822

(39) KM.SHEA, AJ. WILCOX, RE. LITTLE.

Post-term delivery : a challenge for epidemiologic research.

Epidemiology 199;9:199-204.

(40) ZA. KISTKA, L. PALOMAR, SE BOSLAUGH, MR. DEBAUN, EA.
DEFRANCO

Risk for post-term delivery and previous post-term delivery.

Am J Obstet-Gynecol 2007

TABLE DES MATIERES

Sommaire	1
Introduction	4
Partie 1 : Généralités	6
1. Définition et durée normale d'une grossesse	7
2. Moyens de calcul de terme	8
2.1. Données cliniques	8
2.1.1. Interrogatoire.....	8
2.1.2. Date des dernières règles et caractéristiques des cycles.....	8
2.1.3. Courbe ménothermique.....	9
2.1.4. Examen clinique.....	9
2.1.5. Autres moyens.....	9
2.2. Données biologiques	10
2.3. Méthodes échographiques.....	10
2.3.1. L'échographie précoce.....	10
2.3.2. Echographie du deuxième trimestre.....	10
2.3.3. Echographie après 20 SA.....	10
2.3.4. Autres méthodes échographiques.....	11
2.4. Recommandations des sociétés savantes sur la détermination de début de grossesse.....	12
2.4.1. Recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français. 12	
2.4.2. Recommandations de la Haute Autorité en Santé.....	12
3. Une grossesse qui se prolonge...	13
3.1. Définitions.....	13
3.2. Epidémiologie	14
3.3. Causes et facteurs favorisants	15
3.3.1. Facteurs maternels.....	15
Facteurs génétiques	15
Facteurs morphologiques	15
Facteurs liés aux antécédents	16
Autres facteurs	16
3.3.2. Causes fœtales.....	16
Les malformations.....	16
Autres causes.....	16
3.4. Conséquences et complications.....	17
3.4.1. Complications maternelles.....	17
3.4.2. Les risques fœtaux	18
Pendant la grossesse.....	18
Risques pendant l'accouchement.....	18
Complications néonatales	19
4. Prise en charge du terme atteint	20
4.1. Les moyens de surveillance	20

4.1.1.	Surveillance maternelle.....	20
	Constantes	20
	Hauteur Utérine.....	20
	Perception des MAF.....	20
	Le Toucher Vaginal.....	21
4.1.2.	Surveillance fœtale.....	22
	Le Rythme Cardiaque Fœtal	22
	L'échographie	23
	Evaluation du bien être fœtal	23
	Evaluation de la quantité de Liquide Amniotique.....	24
	Evaluation du grading placentaire.....	24
	Evaluation de la croissance fœtale	24
4.1.3.	Autre méthode.....	24
	Etude vélocimétrique	24
4.2.	Différentes attitudes possibles.....	25
4.2.1.	Recommandations des sociétés savantes	25
	ACOG	25
	(American College of Obstetricians and Gynecologists).....	25
	SOGC	25
	(Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada).....	25
	NICE	25
	(National Institute for Clinical Excellence)	25
	WAPM	26
	(World Association of Perinatal Medicine)	26
4.2.2.	En France et à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.....	26
Partie 2 : Etude personnelle		28
5.	Présentation de l'étude	29
5.1.1.	Questions de recherche	29
5.1.2.	Méthode de travail	29
	Hypothèses	29
5.1.3.	Description de la population	30
	Critères d'inclusion	30
	Critères d'exclusion	30
5.1.4.	Données collectées	30
	Données quantitatives	30
	Données qualitatives	31
6.	Présentation des résultats.....	32
6.1.	Caractéristiques maternelles.....	32
6.1.1.	Age maternel	32
6.1.2.	Parité	33
6.1.3.	Antécédent de terme atteint.....	33
6.2.	Délivrance de l'information	34
6.2.1.	Lors de séances de PNP	34
6.2.2.	Lors des consultations de fin de grossesse.....	35
6.3.	Déroulement de la première consultation post-terme.	37
6.3.1.	Accueil et organisation.....	37
6.3.2.	Explications données à la patiente	38
6.4.	Autres consultations post-terme.....	41

6.5.	Hospitalisation	42
6.5.1.	Vécu de l'hospitalisation.....	42
6.5.2.	A propos du déclenchement.....	43
6.6.	Prise en charge globale.....	46
6.7.	Vécu de la 42 ^{ème} semaine	47
Partie 3 : Discussion		48
7.	Confrontation des résultats selon les données de la littérature.	49
7.1.	Age maternel	49
7.2.	Parité	49
7.3.	Antécédent de terme atteint.....	50
8.	Confrontation des hypothèses aux résultats de l'étude	50
8.1.	Connaissance de la grossesse prolongée.....	50
	Séances de PNP	50
	Consultations de fin de grossesse.....	51
8.2.	Une première consultation post-terme en adéquation avec les attentes des patientes.	52
	8.2.1. Confort	52
	8.2.2. Informations médicales	52
8.3.	Une hospitalisation bien vécue.....	53
8.4.	Quelques jours de plus traversés en toute quiétude.	53
9.	Axes d'améliorations.....	54
Conclusion.....		56
Bibliographie		58
Table des matières.....		65
Annexe 1.....		I
Annexe 2.....		II

#

#

ANNEXE 1

Questionnaire remis aux patientes ayant accouché post-terme à la maternité Régionale de Nancy.

Madame, vous avez accouché après la date prévue pour votre accouchement. Votre situation m'intéresse tout particulièrement car je réalise mon mémoire de fin d'étude sur ce sujet. Les réponses aux questions qui vont suivre m'aideront à montrer ce qui vous a satisfait et/ou ce qui vous a manqué, durant ces quelques jours particuliers.

Le but de mon étude est d'améliorer la prise en charge future des femmes qui, comme vous, arrivent à terme sans avoir accouché.

Je vous serais très reconnaissante de bien vouloir y répondre pendant votre séjour à la maternité.

Ce questionnaire est anonyme et protégé par le secret médical.

Seuls les questionnaires complètement remplis pourront être validés pour mon étude.

En vous remerciant de votre collaboration et de ce que vous pourrez m'apporter, je vous souhaite à vous et à votre nouvelle famille une belle continuation.

Justine Rulquin,
Etudiante sage-femme de 4^{ème} année.

QUESTIONNAIRE

MIEUX VOUS CONNAITRE

1-Est-ce votre premier accouchement ?

- OUI
- NON

2-Si non, combien de fois avez-vous accouché ?

3-Quel âge avez-vous ?

4-Avez-vous accouché après la date prévue pour votre (vos) grossesse(s) précédente(s) ?

- 1^{ère} grossesse
- 2^{ème} grossesse
- 3^{ème} grossesse
- 4^{ème} grossesse
- Grossesses suivantes

5-Pour cette grossesse, combien de jour après la date prévue pour l'accouchement avez-vous accouché ?

VOTRE GROSSESSE

6-Pendant cette grossesse, avez-vous suivi des cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) ?

- OUI
- NON

7-Pendant les cours de PNP, la possibilité du dépassement de terme a-t-elle été abordée ?

- OUI
- NON

8-Pendant la dernière consultation de grossesse, vous a-t-on informé quant à cette possibilité ?

- OUI
- NON

9-Vous a-t-on parlé du décollement des membranes ?

- OUI
- NON

10-Comment avez-vous vécu votre grossesse ?

- Très agréablement
- Agréablement
- Désagréablement
- Très désagréablement

Vous pouvez préciser :

11-Pensiez-vous, avant de le vivre et d'avoir des informations sur ce sujet, qu'il était possible d'accoucher quelques jours après la date prévue pour l'accouchement ?

- OUI
- NON

1ERE CONSULTATION POST-TERME

12-Lors de la prise du rendez-vous pour la consultation à 41SA (du terme), vous a t-on précisé :

-le lieu et le déroulement de la consultation ?

- OUI
- NON

- la durée de la consultation ?

- OUI
- NON

-que l'attente pourrait être importante ?

- OUI
- NON

-d'emporter de quoi vous occuper ?

- OUI
- NON

-qu'il était possible de vous faire accompagner ?

- OUI
- NON

13-As t'on mis à votre disposition :

- un oreiller ?

- OUI
- NON

-un drap pour vous couvrir ?

- OUI
- NON

14-Vous a-t-on proposé :

-de la lecture (magazines ou revues)

- OUI
- NON

-une collation ou un repas si vous étiez là près de midi ?

- OUI
- NON

15-Vous a t-on expliqué dès la 1^{ère} consultation en quoi allait consister la surveillance ?

- OUI
- NON

16-les informations reçues concernaient :

Les modalités du suivi (rythme des consultations, type d'examens réalisés)

- OUI
- NON

Les raisons de ce suivi (risques pour la mère et pour le bébé).

- OUI
- NON

17-D'une manière générale, et pour cette première consultation, vous étiez :

- Très satisfaite
- Satisfaite
- Moyennement satisfaite
- Insatisfaite.

Si après cette consultation vous êtes rentrée chez vous, répondez aux questions suivantes.
Si vous avez été hospitalisée, passez à la question B.

Vous êtes donc revenue 2 jours plus tard pour renouveler les examens. Vous êtes éventuellement revenues une seconde fois (encore 2 jours après cette première consultation)

A-CONSULTATIONS POST-TERME

A chaque consultation, un examen général, un examen obstétrical, avec un toucher vaginal, un enregistrement du rythme cardiaque de votre enfant et une échographie ont été réalisés.

18-Cette répétition d'examens vous a paru :

- Très désagréable
- Désagréable
- Acceptable
- Cela ne vous a pas marqué

19-Elle vous a semblé

- Tout à fait justifiée
- Justifiée
- Pas justifiée
- Pas du tout justifiée

20-Auriez-vous mieux accepté ces examens si le but de cette surveillance vous avait été expliqué ?

- OUI
- NON

B- Vous avez été hospitalisée....

21-Comment avez-vous vécu cette hospitalisation ?

- Très agréablement
- Agréablement
- Désagréablement
- Très désagréablement

Vous pouvez préciser

22-Auriez-vous aimé bénéficier de séances de relaxation ou d'une séance de PNP particulière pour vous aider à mieux vivre cette hospitalisation ?

- OUI
- NON

23-Auriez-vous aimé rencontrer d'autres femmes vivant la même expérience que vous ?

- OUI
- NON

C-A propos du déclenchement...

24-Vous a t-on expliqué les différents modes de déclenchement ?

- OUI
- NON

25-Vous a t-on expliqué le déroulement de ceux-ci ?

- OUI
- NON

26-Souhaitiez-vous que votre accouchement soit déclenché ?

- OUI
- NON

27-Si oui, avez-vous pu en faire part à l'équipe ?

- OUI
- NON

28-Vous êtes- vous sentie en confiance avec l'équipe ?

- OUI
- NON

29-D'une manière générale qu'avez-vous pensé des explications données ?

- très satisfaisantes
- satisfaisantes
- insatisfaisantes
- très insatisfaisantes

Vous pouvez préciser :

30-D'une manière générale, qu'avez-vous pensé de votre prise en charge globale ?

- très satisfaisante
- satisfaisante
- insatisfaisante
- très insatisfaisante

Vous pouvez préciser :

D-VECU DE LA 42^{ème} SEMAINE

31-Cette semaine ou ces quelques jours après le terme se sont passés de façon :

- Rapide
- Ordinaire
- Longue
- Très longue

32-Vous sentiez-vous plus fragile ou plus sensible ?

- OUI
- NON

33-Avez-vous l'impression que votre corps était plus fatigué ?

- OUI
- NON

34-Vous êtes-vous sentie plus angoissée au cours de ces derniers jours de grossesse ?

- OUI
- NON

35-Pensez-vous avoir été plus attentive aux mouvements de votre enfant ?

- OUI
- NON

Mon questionnaire est à présent terminé et je vous remercie d'y avoir répondu. C'est grâce au temps que vous m'avez accordé que mon projet pourra aboutir...!

Je reste joignable pour toute question ou suggestion dont vous aimeriez me faire part.

Justine Rulquin,

Justine.rulquin@gmail.com.

ANNEXE 2

Université de Lorraine - Ecole de sages-femmes A.Fruhinsholz

Mémoire de fin d'études de sage-femme de RULQUIN Justine - Année 2014

Vécu de la 42^{ème} semaine d'aménorrhée : Enquête de satisfaction auprès de 55 femmes ayant accouché post-terme à la Maternité Régionale de Nancy.

Directeur de mémoire : BERTRAND Murielle Sage-Femme Cadre enseignante

Expert : PONCY Alexandre Sage-Femme

Introduction : La situation de grossesse prolongée concerne aujourd'hui près d'une femme enceinte sur quatre en France. Nous nous sommes demandé si elles étaient sensibilisées à cette éventualité durant leur grossesse, et de quelle manière étaient vécus ces jours qui suivent la date du « terme prévu ».

Matériel et méthodes : Une étude rétrospective a été menée grâce à un questionnaire remis aux patientes ayant accouché post-terme à la Maternité Régionale de Nancy entre le 6 et le 20 Juin, ainsi qu'entre le 5 août et 5 Septembre 2013.

Résultats : Nous avons décelé que les gestantes n'étaient pas assez informées quant à cette possibilité, que les informations données sur la surveillance n'étaient pas toujours bien comprises, mais que l'éventuelle hospitalisation était bien vécue.

Discussion et conclusion : La sensibilisation des professionnels de santé à cette problématique ainsi que la distribution d'une plaquette d'information aux patientes pourraient être des solutions pour améliorer la prise en charge de ces femmes.

Grossesse prolongée, vécu, attente.

Introduction : The prolonged pregnancy now affects nearly one in four pregnant women in France. We asked if they were aware of this possibility during pregnancy, and how these experience was lived.

Equipments and methods : a retrospective study was conducted with a survey, distributed to woman who gave bith after the term, since the 6 to 20 June and 5 august to 5 september 2013.

Results : we found that pregnant were not sufficiently informed about this possibility, the information monitoring data were not always understood, but that the hospitalization was lived well.

Discussion : Distribution of a brochure of information could be a solution to provide the additional information they seem to need.

Prolonged pregnancy, lived, expectation.

