Déclenchement artificiel du travail (DAT)

Salus Global.

Bienvenue à la présentation sur la **Déclenchement artificiel du travail**.
Durée approximative : **75 minutes**.

Édition : mars 2026

REMARQUES À L'INTENTION DE L'APPRENANT(E)

- Messages clés
- Conseils de navigation

L'IMPORTANCE DU SUJET – MOMENTS À HAUT RISQUE

- L'importance du sujet
- Mesures concrètes pour de meilleurs soins et des équipes plus sécuritaires

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

- Objectifs d'apprentissage
- Surveillance et mesure

- Questions de réflexion pour mesurer les impacts

CONTENU CLINIQUE CLÉ

- Aperçu clinique
- Facteurs de risque
- Mesures clés/Points de décision
- Des données probantes pour des soins plus sûrs
- Pièges et risques courants liés à la sécurité
- Communication avec la patiente et consentement
- Facteurs contextuels à considérer
- Intégration avec des sujets connexes

COLLABORATION, COMMUNICATION ET DOCUMENTATION DE L'ÉQUIPE

- Culture de sécurité lors du déclenchement artificiel du travail

CHANGEMENT PRATIQUE / MÉTHODOLOGIE / COMPÉTENCE

- Le débreffage

ÉVOLUTION DES SUJETS DE SÉCURITÉ ET DE RISQUE

- Humilité culturelle

RÉCAPITULATION

- Questionnaire et journalisation

Références

Messages clés

Veuillez sélectionner les éléments suivants pour les messages importants.

Remarque importante

Le contenu du programme amproOB est élaboré à partir de directives provenant de ressources cliniques fondées sur des données probantes et des lignes directrices disponibles à la date de publication. Il peut ne pas inclure les publications, les lignes directrices cliniques et les normes les plus récentes, ni d'autres mises à jour.

Le contenu est fourni à titre informatif et ne constitue pas une recommandation concernant la norme de soins en vigueur au moment de l'utilisation, y compris, mais sans s'y limiter, le traitement, la posologie ou l'approche procédurale. Les recommandations et le contenu de ces sujets ne remplacent pas le jugement professionnel indépendant, l'expertise et la prise de décision des professionnels de la santé qualifiés, qui doivent tenir compte des circonstances particulières de chaque patient, notamment son état de santé individuel et ses préférences, et les pratiques fondées sur les données probantes les plus récentes.

Salus Global décline expressément toute garantie, représentation et condition expresse, implicite, collatérale ou légale, qu'elle soit écrite ou orale, y compris toute garantie et condition implicite, qu'elle soit écrite ou orale, y compris, mais sans s'y limiter, toute garantie implicite de qualité marchande, d'absence de contrefaçon, de fiabilité, d'exhaustivité, de précision, de qualité, d'aptitude à un emploi particulier, ou d'utilisation. Il est fortement conseillé aux utilisateurs de consulter d'autres sources et d'exercer leur propre jugement clinique lorsqu'ils appliquent ces renseignements dans leur pratique.

En utilisant ce contenu, vous reconnaissez et acceptez que la responsabilité finale des décisions relatives aux soins et au traitement des patients incombe exclusivement au prestataire de soins de santé.

Langage inclusif et reconnaissance du genre

Nous nous engageons à communiquer de manière inclusive et respectueuse. Nos documents font actuellement l'objet d'une révision afin de se conformer aux directives du gouvernement du Canada en matière de rédaction inclusive, qui encouragent l'utilisation d'un langage non stéréotypé et inclusif sur le plan du genre, ainsi que la reconnaissance de toutes les identités de genre. Lorsque les citations directes ou les documents cités ne reflètent pas ces principes, nous encourageons les apprenantes et apprenants à interpréter et à appliquer le contenu dans un cadre de travail inclusif, équitable et respectueux.

Bien-être et contenu sensible

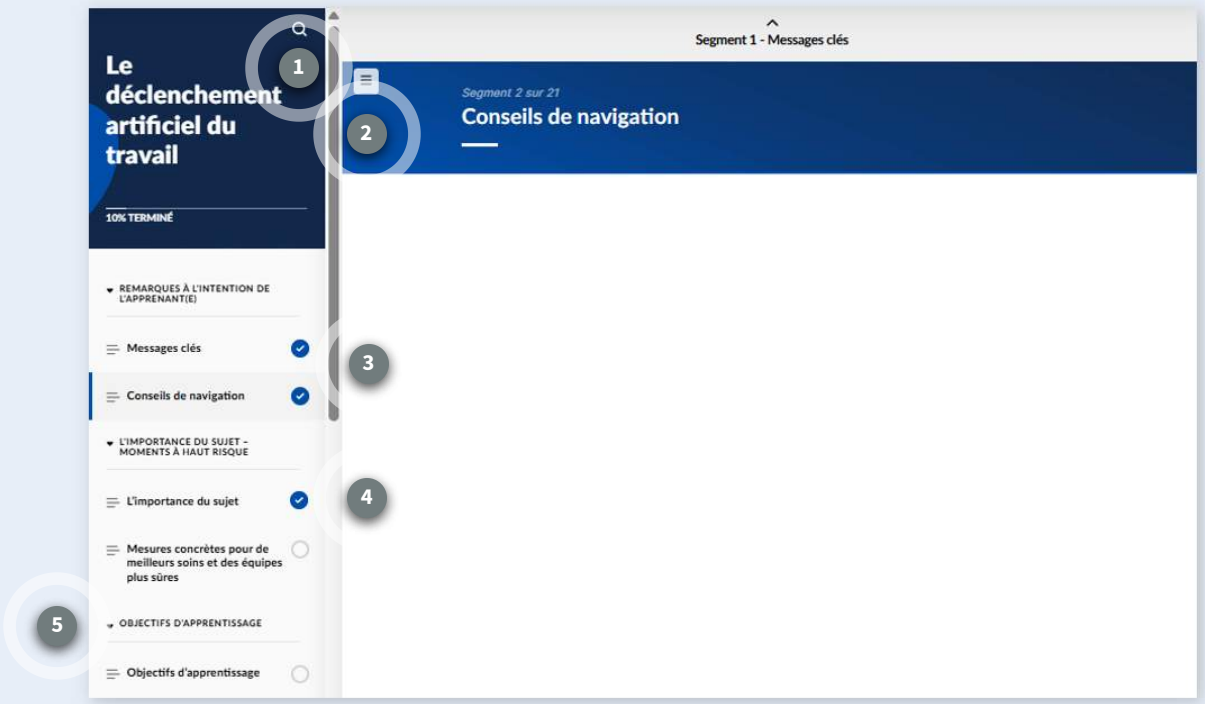
Certains thèmes abordés dans ce module peuvent faire référence à des événements cliniques indésirables ou à des expériences professionnelles qui pourraient être une source de détresse, en particulier pour les personnes qui ont subi un traumatisme ou sont victimes du phénomène de « seconde victime ». Veuillez prendre soin de votre bien-être lorsque vous consultez ces documents, et n'hésitez pas à faire une pause ou à demander de l'aide si nécessaire.

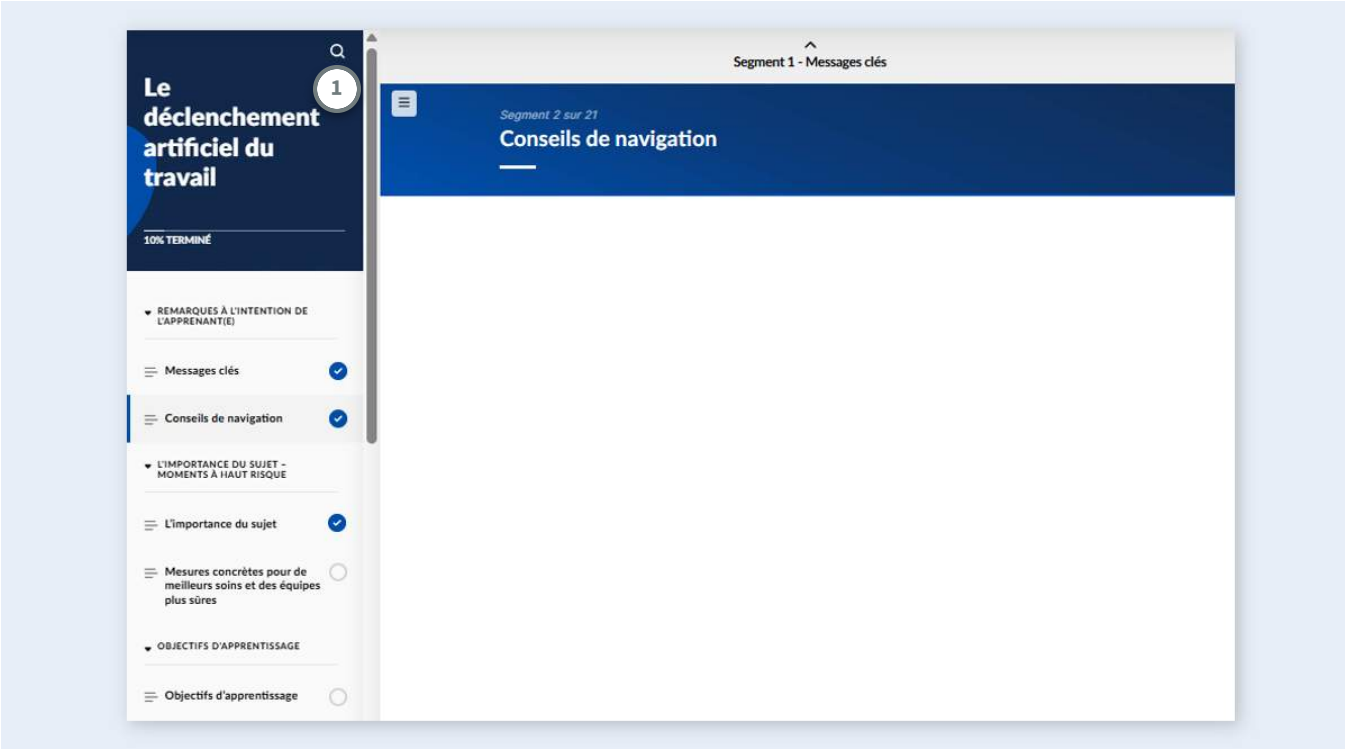
Utilisation de l'intelligence artificielle dans le développement du contenu

Lorsque des outils d'intelligence artificielle ont été utilisés dans la préparation des documents préliminaires, l'ensemble du contenu a par la suite fait l'objet d'un examen approfondi, d'une révision et d'une validation par des professionnels qualifiés. Les documents finaux sont vérifiés par des humains afin d'en assurer l'exactitude, la qualité et la pertinence.

Conseils de navigation

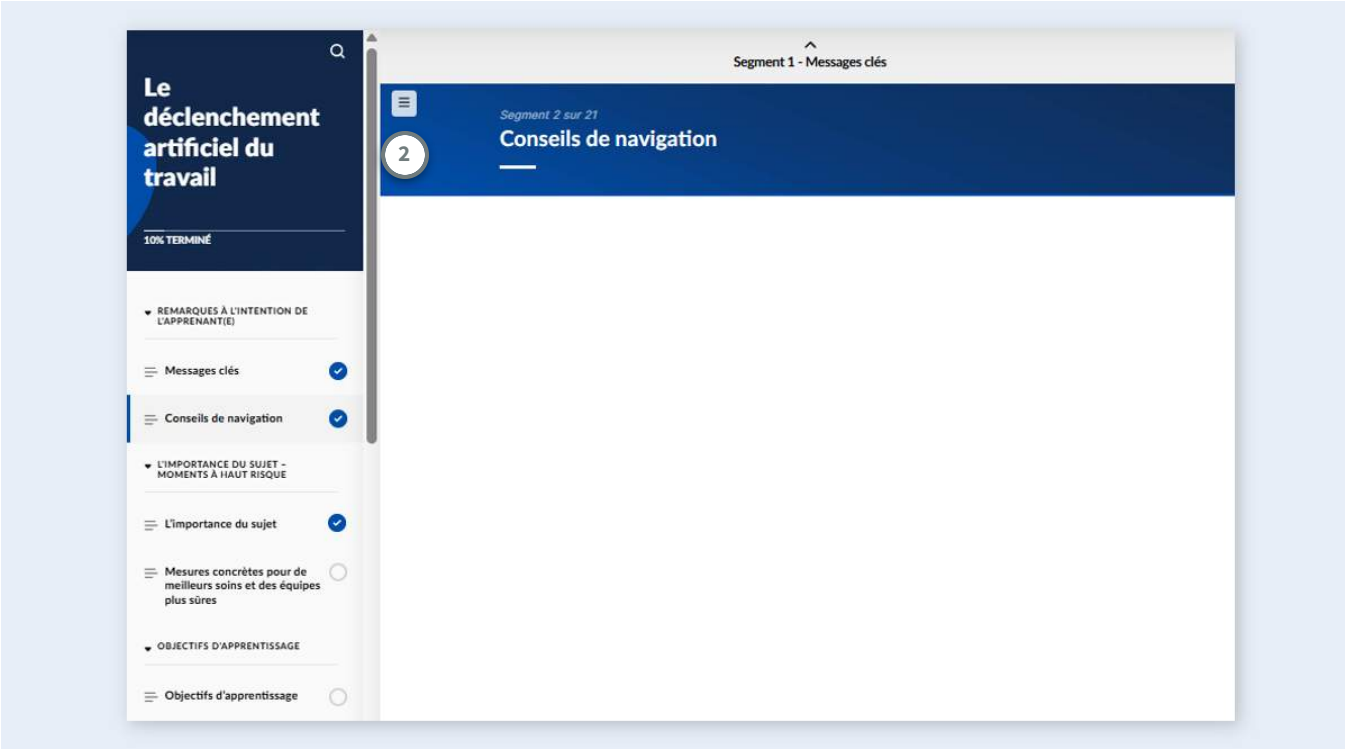
Sélectionnez les numéros ci-dessous pour obtenir des conseils sur la navigation dans ce sujet.





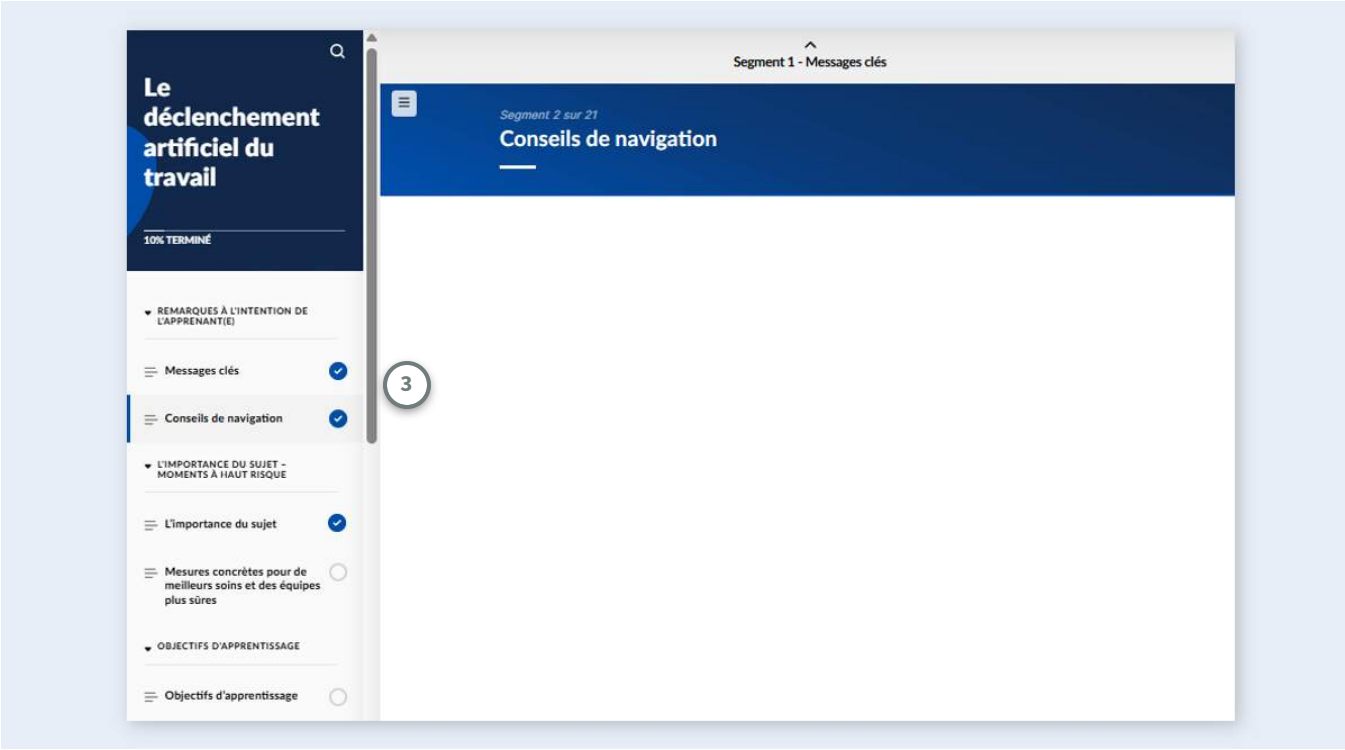
Fonction de recherche

Sélectionnez la loupe pour ouvrir le champ Recherche. Tapez votre ou vos mots-clés, puis appuyez sur Entrée. Les mots-clés seront surlignés en jaune. Vous devrez peut-être faire défiler la page pour les trouver.



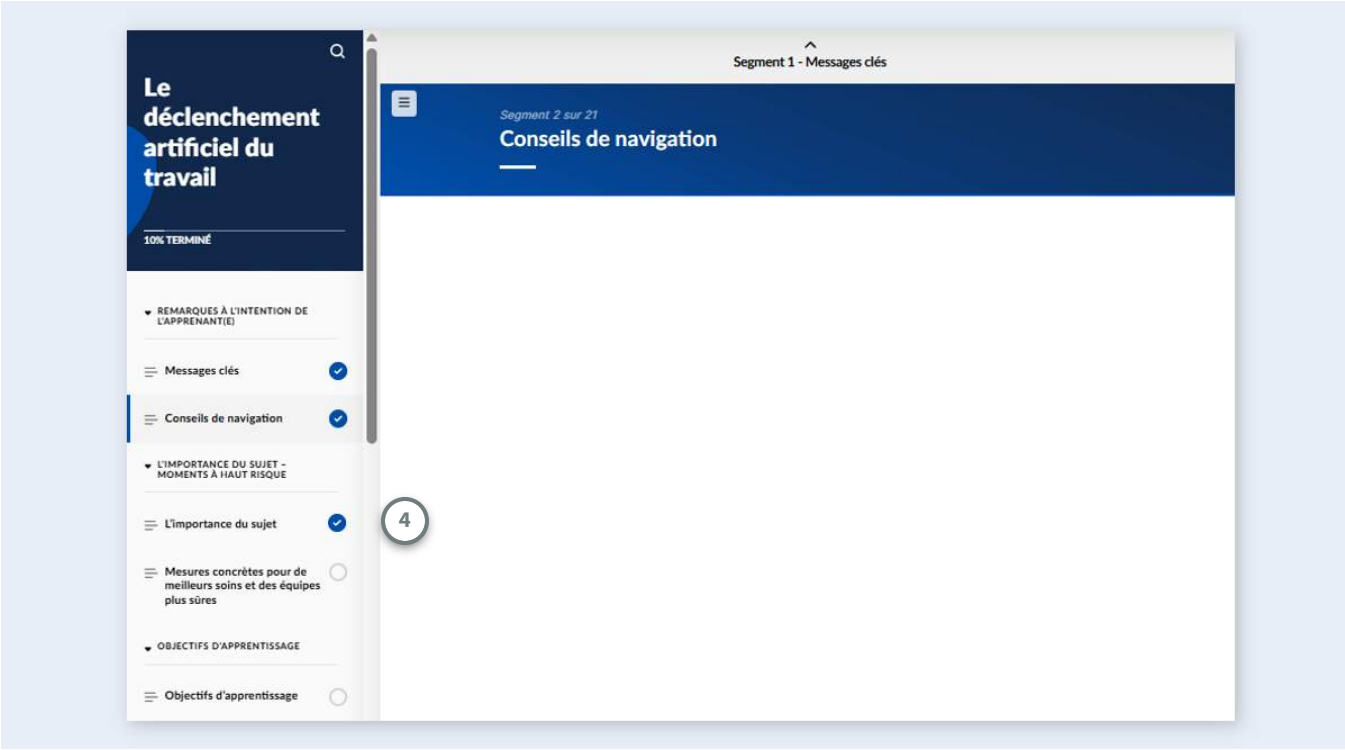
Afficher le menu

Sélectionnez l'icône du carré dans le coin supérieur gauche pour ouvrir ou fermer le menu. Sur les tablettes et les téléphones intelligents, vous devrez peut-être sélectionner cette icône pour révéler le menu.



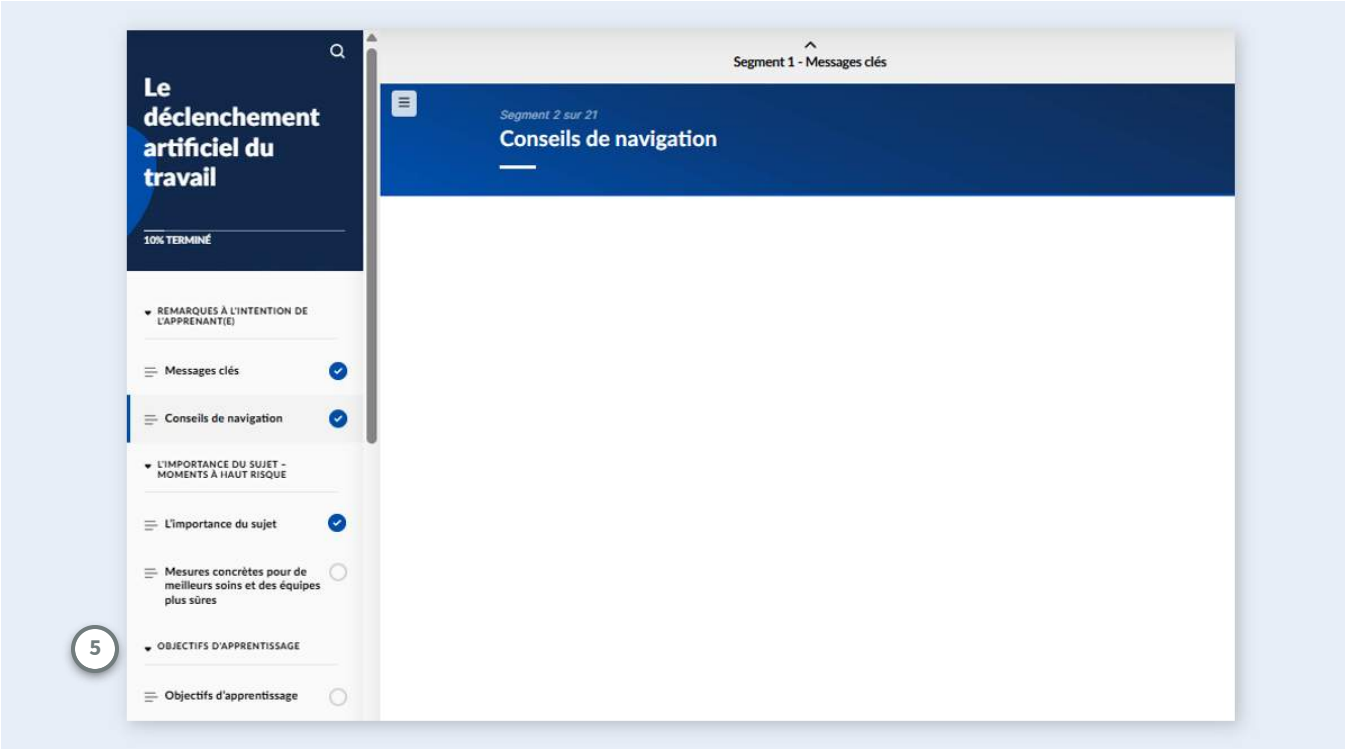
Navigation par le menu

Sélectionnez n'importe quel élément du menu pour passer à la section suivante ou revoir le contenu.



Suivi des progrès

Les éléments de menu complétés affichent des coches, ce qui vous permet de suivre votre progression.



Déployer / Réduire

Sélectionnez la flèche descendante pour révéler ou masquer des éléments de menu.

L’importance du sujet



Le recours au déclenchement artificiel du travail (DAT) est en hausse dans le monde entier et, dans les pays développés, environ 30 % des femmes enceintes y ont recours. Selon l’Association canadienne de protection médicale (ACPM), un facteur associé aux préjudices graves pour les patientes est le non-respect des lignes directrices d’exercice clinique, notamment la surveillance de la santé

fœtale et le déclenchement artificiel du travail.[1] Un déclenchement artificiel du travail (DAT) sécuritaire exige une évaluation clinique minutieuse des préoccupations maternelles et fœtales, de l'indication du DAT et de son urgence, ainsi qu'une prise de décision partagée avec la patiente.

L'organisme Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) note que l'administration d'ocytocine par voie intraveineuse ou son interruption en temps opportun en présence de contre-indications cliniques sont des constats fréquents dans les réclamations liées à l'ocytocine chez les femmes enceintes et les nouveau-nés.[2] Le misoprostol et l'ocytocine sont des agents pharmaceutiques largement disponibles et couramment utilisés pour le déclenchement artificiel et/ou l'accélération du travail. Si l'administration d'ocytocine pour accélérer le travail n'est pas effectuée de façon appropriée, le risque de préjudices graves augmente. En raison de ce risque accru pour les personnes enceintes et pour les fœtus, l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada a classé l'ocytocine comme « médicament de niveau d'alerte élevé » (ISMP 2024).

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a démontré que la moitié des traumatismes (déchirures du troisième et du quatrième degré) survenus pendant le travail chez les femmes enceintes ont été déclenchés artificiellement. Ceci est particulièrement vrai dans les grands hôpitaux communautaires et les hôpitaux d'enseignement.[3]

Les risques liés au DAT peuvent également inclure :

- La tachysystolie, qui est définie comme une activité utérine excessive, en particulier :
  a) Fréquence : 6 contractions ou plus en 10 minutes, en moyenne sur 30 minutes
  b) Durée : supérieure à 90 secondes
  c) Tonus de repos faible pendant moins de 30 secondes
- Intolérance fœtale au travail/aux contractions
- Nécessité d'une césarienne d'urgence
- Échec du DAT

Il est important d'expliquer le processus de maturation cervicale, le cas échéant, et de déclenchement artificiel du travail avec les patientes. Le degré d'urgence du déclenchement artificiel du travail doit être dicté par son indication sous-jacente. Compte tenu de l'augmentation de l'âge maternel moyen et de la gravité et de la complexité des grossesses à l'échelle nationale, il serait pertinent d'évaluer les pratiques de déclenchement artificiel et leur conformité aux lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada pour le déclenchement artificiel du travail. Le suivi et la surveillance des pratiques nationales de déclenchement artificiel du travail, dans le but de réduire les variations de pratique et d'améliorer la qualité des soins, peuvent avoir un impact positif et contribuer à réduire les risques d'issues indésirables.[3]

- **Le déclenchement artificiel du travail (DAT)** consiste à amorcer des contractions régulières produisant des changements cervicaux, en général

par des moyens pharmaceutiques.

- **La maturation cervicale** consiste à utiliser des moyens pharmacologiques (à base de prostaglandines) ou mécaniques pour produire un ramollissement, un effacement ou une dilatation du col avant le déclenchement du travail afin d'augmenter la probabilité d'accouchement vaginal.

Certaines notes de bas de page ont été ajoutées pour faciliter la consultation. Sélectionnez la section Références pour consulter toutes les citations.

[1] Association canadienne de protection médicale (juin 2025) Sachez quels sont vos risques. Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/know-your-risk/what-obstetricians-need-to-know

[2] HIROC – Fiche de référence « Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour Risk » (en anglais seulement) (2023). Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour

Mesures concrètes pour de meilleurs soins et des équipes plus sécuritaires

L'application des meilleures pratiques permet d'offrir de meilleurs soins et des équipes plus sécuritaires. Grâce à AmproOB, Salus Global s'associe avec les équipes de soins de santé pour appliquer les connaissances acquises pour des naissances plus sécuritaires. Contactez votre équipe principale ou votre gestionnaire pour en savoir plus. Des exemples de mesures concrètes visant à offrir de meilleurs soins et des équipes plus sécuritaires sont présentés ci-dessous.

- [ ] Mettre en œuvre un protocole normalisé et fondé sur des données probantes actuelles pour la gestion du déclenchement artificiel et de l'accélération du travail afin de faciliter une approche systématique et coordonnée.
- [ ] Adopter une liste de vérification de sécurité pour le déclenchement artificiel et l'accélération du travail.
- [ ] Encourager la remise en question respectueuse des directives relatives à la maturation du col, au déclenchement artificiel et à l'accélération du travail.

- [ ] Entreprendre (et documenter) des discussions sur la prise de décision partagée (choix éclairé-consentement éclairé) avec les personnes enceintes concernant la maturation cervicale, ainsi que le déclenchement artificiel et l'accélération du travail.

- [ ] Adopter les meilleures pratiques pour favoriser la sécurité psychologique dans les milieux de soins périnatals.[2]

---

[2] HIROC – Fiche de référence « Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour Risk » (en anglais seulement) (2023). Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour

Objectifs d’apprentissage

Les objectifs d’apprentissage clarifient les buts à atteindre et permettent de mesurer les progrès, garantissant ainsi un apprentissage ciblé, pertinent, plus efficace et conforme aux rôles CanMEDS.

Avec le soutien des services professionnels de Salus Global, les équipes cliniques utilisent amproOB pour mettre en œuvre des étapes d’apprentissage et d’action qui permettent d’améliorer les compétences, les comportements et les pratiques, et d’offrir ainsi des soins plus sécuritaires et plus fiables.

Sélectionnez les options ci-dessous pour en savoir plus sur les rôles CanMEDS.

Rôles CanMEDS

CanMEDS est un référentiel de compétences pour les médecins élaboré au Canada. Il décrit les compétences et aptitudes essentielles nécessaires pour répondre efficacement aux besoins des patients en matière de soins de santé. Le référentiel initial regroupe ces compétences en sept rôles :

Expert médical, Communicateur, Collaborateur, Leader, Promoteur de la santé, Érudit et *Professionnel.*

Bien qu'initialement conçu pour les médecins, ce référentiel a été adopté par diverses professions et organisations de soins de santé et est utilisé dans le monde entier.

Partout au Canada, les professionnels de la périnatalité, y compris les infirmières et les sages-femmes, incarnent également les rôles CanMEDS en intégrant l'expertise clinique, la collaboration, la communication, le leadership, la défense des intérêts, la recherche et le professionnalisme pour fournir des soins périnataux sécuritaires, équitables et centrés sur la personne.

Grâce à une pratique réflexive continue, les professionnels s'efforcent de faire preuve de responsabilisation et de professionnalisme, contribuant ainsi à de meilleurs résultats pour les personnes, les familles et les systèmes de santé à l'échelle nationale. Ils utilisent également ce référentiel de compétences pour planifier et satisfaire aux exigences d'apprentissage professionnel.

Objectifs d'apprentissage

1. Évaluer de manière critique et appliquer des lignes directrices fondées sur des données probantes concernant le déclenchement artificiel du travail afin de développer en collaboration des plans de soins centrés sur la personne et des protocoles locaux. *CanMEDS : Érudit, Expert médical*

2. Faciliter la prise de décisions éclairée, culturellement sécuritaire et partagée concernant le déclenchement artificiel du travail. *CanMEDS : Collaborateur, Communicateur*

3. Mettre en œuvre des stratégies qui améliorent la collaboration interprofessionnelle dans le processus de

déclenchement artificiel du travail. *CanMEDS : Collaborateur, Leader*



Questions relatives aux objectifs d’apprentissage pour les équipes

Est-ce que votre équipe :

- Suit un protocole normalisé et fondé sur des données probantes actuelles pour la gestion du déclenchement artificiel et de l'accélération du travail et met à jour les protocoles avec les leçons apprises?

- A mis en place un processus documenté et une liste de vérification des notes sur la prise de décision partagée (choix éclairé-consentement éclairé) avec les personnes enceintes concernant la maturation du col et le déclenchement artificiel et l'accélération du travail, et comment ce processus est-il révisé?

- Participe à un débreffage structuré qui appuie la réflexion, l'apprentissage et l'amélioration continue de l'équipe, et quels outils se sont révélés utiles?

Croissance culturelle et fonctionnement sain des équipes

Les objectifs d'apprentissage sont présentés dans plusieurs domaines qui vont au-delà des faits cliniques et de la pathophysiologie. Les objectifs d'apprentissage secondaires favorisent la croissance culturelle et le fonctionnement sain des équipes.

Sélectionnez les objectifs d'apprentissage secondaires ci-dessous pour en savoir plus.

Sécurité et documentation

- Démontrer une documentation claire et en temps opportun des décisions critiques pour la sécurité.
- Reconnaître les signes précurseurs et les mesures à prendre pour réduire le risque.

Résilience et culture des équipes

- Décrire trois comportements qui développent la confiance, la responsabilisation et la culture des équipes.
- Faire un débreffage après un accouchement. Ajouter la gestion d'une conversation difficile et viser à renforcer la dynamique de l'équipe.

Communication et expression des préoccupations

- Utiliser des outils structurés pour faire remonter les préoccupations de façon efficace.
- Exprimer vos préoccupations avec respect afin de protéger la sécurité psychologique.
- Démontrer que vous avez reçu un message qui intensifie les préoccupations concernant une personne enceinte.

Reconnaître les préjugés

- Déterminer les manières dont les préjugés inconscients peuvent affecter les soins et les façons de les aborder
- Considérer et décrire votre compréhension d'une pratique culturelle affectée par les soins abordés dans ce sujet.

Surveillance et mesure



Les meilleures pratiques en matière de mesure pour le déclenchement artificiel du travail comprennent le suivi des résultats, des processus, des mesures d'équilibrage et des indicateurs du système. La preuve de l'impact survient lorsque vous pouvez les démontrer.

Mesures

Veuillez sélectionner chaque type de mesure pour en savoir plus.

MESURES DES RÉSULTATS | MESURES DU PROCESSUS | MESURES D'ÉQUILIBRAGE

Mesures des résultats

- Incidence de la tachysystolie utérine avec signes d’atteinte prénatale
- Taux de césarienne après le déclenchement artificiel (y compris par parité et indication)

MESURES DES RÉSULTATS | MESURES DU PROCESSUS | MESURES D’ÉQUILIBRAGE

Mesures du processus

- Conformité avec les processus organisationnels de déclenchement artificiel (p. ex., documentation du score de Bishop, indication appropriée)
- Utilisation de protocoles normalisés de dosage de l’ocytocine et de surveillance
- Documentation de la prise de décision partagée et du consentement éclairé

MESURES DES RÉSULTATS | MESURES DU PROCESSUS | MESURES D’ÉQUILIBRAGE

Mesures d’équilibrage

- Expérience de la personne enceinte ou qui accouche avec le consentement éclairé et la compréhension du plan de soins

Indicateurs normalisés de la qualité en obstétrique créés par l'ACPM, y compris le déclenchement artificiel et l'accélération du travail.[4]

Voici quelques stratégies supplémentaires :

- Adopter un protocole normalisé, interdisciplinaire, collaboratif et fondé sur des données probantes pour les examens de la qualité des soins portant sur le déclenchement artificiel ou l'accélération du travail ayant entraîné des préjudices à la cliente ou son décès (Machen 2023); intégrer les concepts de pensée systémique et de facteurs humains dans le processus d'examen.

- Intégrer les enseignements tirés des incidents locaux, provinciaux et nationaux liés à la morbidité et à la mortalité néonatales (p. ex., rapports du coroner) et des données (p., ex. registres provinciaux des naissances) dans les protocoles locaux ainsi que dans la formation et l'éducation du personnel et des clients.[2]

Mesurer l’impact

Voici d’autres exemples de mesures de l’impact sur les personnes, les équipes et les systèmes en lien avec le déclenchement artificiel du travail.

Reconnaître les risques cliniques associés au déclenchement artificiel du travail et intervenir afin d’améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Mesure individuelle : Évaluation des connaissances concernant le risque et les signes précurseurs de DAT (avant et après).

Mesure d’équipe : Observation pendant la simulation ou l’examen du cas montrant une intensification appropriée des soins et une conscience situationnelle partagée.

• Met l’accent sur le risque, la sécurité et la qualité des soins.

• Définit des compétences et des jalons clairs.

Mesure du système :

• Temps écoulé entre la décision et le début du déclenchement artificiel (guidé par l’acuité).

• Conformité avec les processus organisationnels de déclenchement artificiel (documentation du score de Bishop, processus pré-déclenchement pour atteindre les objectifs en matière du score de Bishop, l’indication du déclenchement satisfait les critères de l’unité).

Démontrer une collaboration interprofessionnelle en utilisant des outils de communication structurée (p. ex., I-CHAT, caucus de sécurité, communication en boucle fermée) pendant les scénarios de soins associés au DAT.

Mesure individuelle : Auto-évaluation et rétroaction des pairs concernant l'utilisation d'outils lors de discussions sur le cas ou de simulations.

Mesure d'équipe : Exécution évaluée par le facilitateur de la liste de vérification de la coordination de l'équipe.

• Développe la confiance, le respect professionnel et la culture partagée au sein de l'équipe.

• Définit des compétences et des jalons clairs.

Mesure du système :

• Fréquence des débreffages de l'équipe interprofessionnels après des déclenchements artificiels complexes ou prolongés ou des déclenchements qui se sont bien passés.

• Intégration des opportunités d'apprentissage du DAT dans les mécanismes de rétroaction visant l'amélioration de la qualité (réunions, audits et rétroaction).

Relever et aborder les facteurs psychologiques et culturels liés à la sécurité dans la communication avec les patients et les collègues lors de l'intégration.

Mesure individuelle : Rédaction réflexive de journal ou déclaration d'engagement à changer décrivant une conversation future à mener avec plus de sensibilité.

Mesure d'équipe : Débreffage ou suivi du scénario identifiant des exemples de langage, de ton ou d'hypothèses abordés lors de la consultation en matière de DAT.

• Renforce la préparation au changement et la sécurité psychologique.

• Lie l'apprentissage au contexte local et au travail d'AQ.

Mesure du système :

• Documentation de la prise de décision partagée et du consentement éclairé.

• Perceptions du personnel, des médecins et des sages-femmes concernant la culture de sécurité (selon les sondages d'évaluation de la culture de sécurité).

---

[2] HIROC – Fiche de référence « Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour Risk » (en anglais seulement) (2023). Consulté le 30 juin 2025 sur

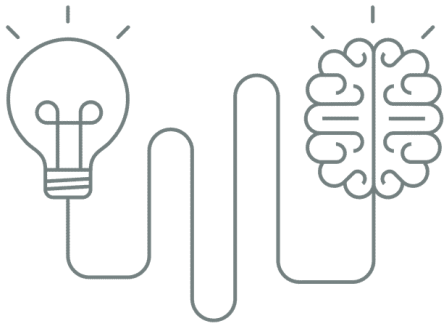
https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour

[4] Calder LA, Bowman CL, Yang Q, Gondocz T, Young C, Zhang C, MacIntyre A, Darling R, O'Neill JP, Roye C, Lefebvre G. 2019. Un cadre d'indicateurs de la qualité pour les domaines à risque élevé en soins obstétricaux. Manuscrit non publié, Association canadienne de protection médicale. https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/cmpa-research/a-quality-indicator-framework-for-high-risk-areas-in-obstetrical-care

Questions de réflexion pour mesurer les impacts

Les questions de réflexion permettent aux participants de arrimer leur pratique aux rôles CanMEDS, tout en démontrant leur effet sur :

- **Apprentissage individuel :** confiance, compétence, professionnalisme
- **Fonctionnement de l'équipe :** communication, collaboration, leadership
- **Amélioration du système :** sécurité, équité, plaidoyer, changement du flux de travail



Questions de réflexion

Sélectionnez le bouton ou les flèches pour les questions de réflexion.

Étape 2



Apprentissage individuel et pratique

- Dans quelle mesure suis-je capable d'expliquer les indications, les risques et les avantages du déclenchement artificiel du travail de manière à favoriser un choix éclairé?
- À quel point est-ce que je me sens prêt(e) à adapter les plans de soins en toute sécurité lorsque le travail ne progresse pas comme prévu?
- Dans quelle mesure suis-je apte à documenter la prise de décision partagée qui reflète les valeurs de la patiente et les indications cliniques?

Étape 3



Fonctionnement de l’équipe et collaboration interprofessionnelle

- Comment l’équipe favorise-t-elle la collaboration interprofessionnelle et interdépartementale pendant la prise en charge du DAT?
- Comment l'équipe veille-t-elle à ce que la patiente et la personne qui l'accompagne soient tenues informées et se sentent écoutées tout au long du processus de déclenchement?
- Comment l'équipe soutient-elle les débreffages professionnels et en tire-t-elle des enseignements après des déclenchements difficiles ou prolongés?

Étape 4



Amélioration du système

- Pendant ce déclenchement artificiel, quel moment lié à la sécurité vous vient à l’esprit? Avons-nous travaillé de la manière la plus sûre possible, ou est-ce que quelque chose aurait pu être plus sûr, et pourquoi?
- Comment notre système assure-t-il un accès équitable aux options de déclenchement et à des renseignements adaptés à la culture pour toutes les personnes enceintes?
- Quel petit changement pourrions-nous apporter la prochaine fois qui aurait le plus grand impact sur la sécurité ou l'expérience des patients?

Faites défiler vers le bas pour continuer.

Aperçu clinique

Le déclenchement artificiel du travail (DAT) est une intervention obstétricale visant à stimuler les contractions utérines et la dilatation graduelle du col dans le but de favoriser la tenue d'un accouchement vaginal sécuritaire. Selon la maturité cervicale du col avant le déclenchement, le déclenchement du travail peut être effectué avec ou sans maturation cervicale.

La maturation cervicale consiste à utiliser des moyens pharmacologiques ou mécaniques pour ramollir, effacer et dilater le col avant le déclenchement du travail afin d'augmenter la probabilité d'accouchement vaginal, tandis que le déclenchement consiste essentiellement à stimuler les contractions.

Le déclenchement artificiel du travail (DAT) est envisagé et offert selon un processus de prise de décision partagée lorsque les résultats pour la mère, le fœtus ou les deux sont préférables à ceux associés à l'attente du travail spontané et que l'accouchement vaginal est acceptable et privilégié. Cette section abordera les considérations cliniques, le processus, les risques et les résultats liés au déclenchement artificiel du travail.

Incidence

Le recours au déclenchement artificiel du travail est en hausse dans le monde entier et, dans les pays développés, environ 30 % des femmes enceintes y ont recours. La revue des soins maternels au Canada de l'Agence de la santé publique du Canada la plus récente, publiée en 2018, indique que le taux de déclenchement s'élevait à 21,8 % en 2004-2005, contre seulement 12,9 % en 1991-1992.[5] En Colombie-Britannique, les taux ont grimpé à un rythme semblable à celui des autres pays développés, atteignant 29,0 % à l'échelle de la province en 2021-2022. Ce taux était de 21,2 % en 2000-2001.

À l'aide d'un registre médical national des naissances, des chercheurs finlandais ont suivi les taux de déclenchement artificiel du travail et de césariennes entre 2008 et 2019. Alors que les taux de déclenchement artificiel ont augmenté régulièrement, passant de 17,8 % à 30,3 %, on n'a observé aucune augmentation importante des césariennes, que ce soit chez les nullipares, les multipares ou dans les situations planifiées, d'effondrement ou d'urgence. De même, on n'a observé aucune augmentation du taux de césariennes lorsque le travail a été déclenché artificiellement.[6]

La tendance croissante au déclenchement artificiel du travail s'explique en partie, mais pas entièrement, par la complexité croissante des patientes avec, notamment :

- un âge plus avancé au premier accouchement;
- une augmentation des taux de diabète;
- des maladies métaboliques et hypertensives sous-jacentes au cours de la grossesse; et
- un recours accru aux technologies de reproduction assistée (TRA).

Le taux de déclenchement varie également selon la province, la région sanitaire et l'établissement. Il est influencé, dans une certaine mesure, par le niveau d'acuité des cas dans un centre donné, mais encore plus par les protocoles de déclenchement artificiel du travail et les pratiques locales.

Si l'existence d'un lien de causalité entre le taux de déclenchement artificiel du travail et la hausse du taux de césariennes au Canada fait débat, il demeure impératif d'évaluer la nécessité, la sécurité et l'acceptabilité des interventions proposées.

Réduction des déclenchements non justifiés

En effet, plusieurs études ont fait état d'une diminution significative des déclenchements non indiqués après la mise en place d'un comité sur le déclenchement du travail. Le rôle de ce comité était d'examiner chaque demande et de promouvoir le recours aux indications appropriées dans le déclenchement du travail.[7-10] Par exemple, il est maintenant bien

établi que la réduction du taux de naissances à terme précoce non indiquées (**37 SA** à **38 SA + 6 j**) réduit le taux d'admissions en UNSI et le recours à l'assistance respiratoire néonatale, sans augmenter le risque de mortinaissance.

En cas de changements majeurs à la politique de déclenchement du travail, il convient d'évaluer les résultats axés sur la patiente, comme la satisfaction quant au processus de déclenchement, et les résultats systémiques tels que la durée des soins hospitaliers avant et après l'accouchement.

Facteurs de risque

Nous établissons un lien entre les facteurs de risque et la priorisation du déclenchement artificiel du travail, car certaines grossesses comportent des risques plus élevés si le travail est retardé. Certaines affections (p. ex. la prééclampsie, le diabète, le retard de croissance intra-utérine, l'oligoamnios, la grossesse post-terme) sont associées à un risque accru de mortinaissance, de morbidité ou de complications si la grossesse se poursuit.

Le déclenchement artificiel du travail est donc planifié en fonction de l'urgence clinique : les cas à haut risque nécessitent une intervention rapide pour prévenir les complications, tandis que les situations à faible risque peuvent attendre en toute sécurité. Cette approche établit un équilibre entre les avantages et les risques du déclenchement artificiel du travail, favorise une prise de décision cohérente et contribue à garantir une utilisation juste et efficace des ressources.

Détermination de la priorité pour le déclenchement du travail

Un des aspects cliniques importants du déclenchement artificiel du travail est la détermination du degré d'urgence. Voici quelques exemples généraux pour faciliter la prise de décision.

Sélectionnez chaque niveau de priorité pour en savoir plus sur l'urgence du déclenchement.

Priorité élevée —

- Prééclampsie grave ou éclampsie à tout âge gestationnel
- Toute prééclampsie survenant à ou après **37 SA + 0 j**
- Maladie grave chez la mère
- Hémorragie antepartum importante, mais stable
- Chorioamniotite
- Rupture prématurée des membranes à terme et colonisation maternelle par des streptocoques du groupe B
- Atteinte fœtale soupçonnée

Priorité moyenne —

- Grossesses supérieures ou égales à **41 SA + 0 j** jour (indication la plus courante)[11,12]
- Grossesse bichoriale biamniotique entre **37 SA + 0 j, 38 SA + 0 j** [13]
- Grossesse monochoriale biamniotique entre **36 SA + 0 j, 37 SA + 0 j**
- Diabète sucré (la régulation glycémique peut définir le niveau d'urgence)
- Maladie allo-immune à terme ou en fin de grossesse
- Oligoamnios[14]
- Hypertension gestationnelle (à ou après **37 SA + 0 j**)
- Mort fœtale in utero
- Rupture prématurée des membranes à terme ou presque à terme et culture de streptocoques du groupe B négative

Faible priorité

- Contraintes logistiques (travail rapide, distance jusqu'à l'hôpital, transfert d'un centre rural à un centre urbain, etc.)
- L'augmentation du taux de mortinaissance observée chez les femmes de plus de 40 ans après **40 SA + 0 j** justifie l'offre d'un déclenchement du travail entre **39 SA + 0 j, 40 SA + 0 j** [11,12,15-18]
- Obésité maternelle
- Macrosomie fœtale soupçonnée
- Demande de la mère à ou après **39 SA + 0 j** de grossesse.

Mesures clés/Points de décision

Le déclenchement artificiel du travail (DAT) vise à favoriser un **accouchement vaginal sécuritaire**. Le déclenchement du travail et l'approche utilisée doivent être élaborés dans le cadre d'un processus de prise de décision partagée.

- **Le score de Bishop** permet de déterminer si le col est favorable. Si le score est inférieure ou égale à 6, une maturation du col est nécessaire avant le DAT.
- **Le déclenchement artificiel du travail (DAT)** consiste à utiliser des moyens pharmacologiques (à base de prostaglandines) ou mécaniques pour produire un ramollissement, un effacement ou une dilatation du col avant le déclenchement du travail afin d'augmenter la probabilité d'accouchement vaginal.
- **Le déclenchement artificiel du travail (DAT)** consiste à amorcer des contractions régulières entraînant des modifications cervicales, généralement par des moyens pharmacologiques.

Les unités d'obstétrique doivent disposer de critères sur les indications du déclenchement du travail et de la maturation cervicale, avec des degrés d'urgence basés sur le temps. La maturation cervicale peut se faire de façon mécanique (dispositif de maturation cervicale à ballonnet) ou pharmacologique (prostaglandine **E_1** ou **E_2**). Le déclenchement du travail peut se faire en administrant de l'ocytocine intraveineuse ou de la prostaglandine **E_1**. La tachysystolie, avec ou sans variation de la fréquence cardiaque fœtale, est un risque inhérent à toute méthode pharmacologique de maturation cervicale ou de déclenchement. L'ensemble des prestataires effectuant le DAT doivent être capables de prendre en charge la tachysystolie.

Le déclenchement planifié du travail est à éviter avant 39 semaines de grossesse, les nouveau-nés à terme précoce (**37 SA** à **38 SA + 6 j**) présentent une morbidité respiratoire plus élevée et davantage d'admissions en UNSI. Les données probantes actuelles suggèrent que, par rapport à la prise en charge expectative et avec une prise en charge adéquate de l'accouchement à terme, le DAT n'est pas associé à un risque accru de césarienne, d'hémorragie post-partum ou d'accouchement vaginal opératoire.

La proposition d'un DAT planifié à 39 semaines chez les nullipares demeure controversée sur la seule base de l'essai ARRIVE. La SOGC ne recommande pas le DAT électif systématique à 39 semaines. Si la patiente le demande, il faut prendre en compte les préférences de cette dernière, les ressources de soins de santé locales et les taux de césarienne associés au déclenchement dans la région.[46]

Évaluation préalable au déclenchement

Pour que le déclenchement du travail ***avec membranes intactes*** soit réussi, il est essentiel d'examiner le col et de déterminer le score de Bishop.

- Comme indiqué dans le sujet sur la rupture prématurée des membranes à terme (RPM à terme), le succès et la prise en charge du déclenchement artificiel du travail chez les femmes présentant une **rupture prématurée des membranes sont indépendants** du score de Bishop.
- Il est important de comprendre que les discussions suivantes dans ce sujet sont particulières au déclenchement artificiel du travail pour les femmes ***dont les membranes sont intactes***.

Important

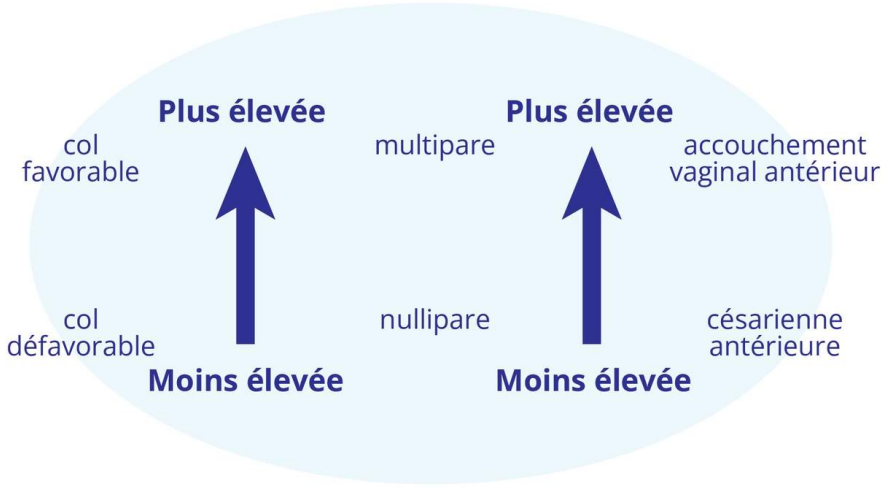
L'état du col au début du déclenchement avec membranes intactes est le principal indicateur prévisionnel d'une intervention réussie.

Le score de Bishop

Le score de Bishop a été élaboré en 1964[19] afin de prédire le succès du déclenchement; il reposait initialement sur cinq critères : la dilatation cervicale, l'effacement, la consistance, la position et la station fœtale.

Xenakis et coll. ont clairement démontré que, par rapport aux femmes dont le score de Bishop était supérieure à 3 au début du déclenchement, celles dont le score était de 3 ou moins avaient un taux d'échec du déclenchement (9,4 % contre 0,7 %; *P* inférieur à 0,01) et un taux de césarienne (29 % contre 15,4 %; *P* inférieur à 0,01) significativement supérieurs que celles ayant un score de Bishop supérieur à 3.[20]

FIGURE 1 : PROBABILITÉ D'ACCOUCHEMENT VAGINAL RÉUSSI



Le col est considéré comme défavorable si le score de Bishop est inférieure ou égale à 6, et est considéré comme favorable avec un score

de Bishop supérieure ou égale à 7.[19] De nombreuses études ont utilisé d'autres valeurs du score de Bishop pour affiner ces critères.[21]

TABLEAU 1 : SCORE DE BISHOP MODIFIÉ

	score			
Facteur	**0**	**1**	**2**	**3**
Dialation (cm)	0	1 - 2	3 - 4	Supérieur à 5
Effacement (%)	0 - 30	40 – 50	60 – 70	Supérieur à 80
Longueur (cm)	Supérieur ou 3	1 – 3	inférieur à 1	
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Centrée	Antérieure	
Station fœtale	-3 ou au-dessus	-2	-1 ou 0	+1 ou en dessous

En outre, il faut déterminer la présentation du fœtus (céphalique ou autre) par palpation abdominale ou échographie avant d'initier le DAT.

Prédicteurs de succès du déclenchement[22-24]

Les deux variables connues pour prédire un déclenchement réussi avec membranes intactes sont un score de Bishop modifié qui est supérieure ou égale à 7 et un antécédent d'accouchement vaginal.

Important

Si le score de Bishop modifié est inférieure ou égale à 6, il est essentiel de faire maturer le col avant de déclencher le travail.

Des données probantes pour des soins plus sûrs

Méthodes de maturation du col

La maturation cervicale consiste à utiliser des moyens pharmacologiques (à base de prostaglandines) ou mécaniques pour ramollir, effacer et dilater le col avant le déclenchement du travail afin d'augmenter la probabilité d'un accouchement vaginal réussi.

Une revue systématique et méta-analyse de 2016 (96 ECR sur 17 387 femmes) a comparé le misoprostol (oral et vaginal), la dinoprostone et le cathéter à ballonnet pour la maturation cervicale. ***Aucune de ces méthodes n'était nettement supérieure aux autres***.

- L'administration de misoprostol vaginal s'est avérée la méthode de maturation cervicale la plus efficace pour obtenir un accouchement vaginal dans les 24 heures, mais a également présenté l'incidence la plus élevée de tachysystolie utérine avec des changements de fréquence cardiaque fœtale (FCF).
- L'utilisation d'un cathéter à ballonnet pour déclencher le travail a été associée au taux le plus faible de tachysystolie utérine accompagnée de changements de fréquence cardiaque fœtale.

- Le taux de césarienne était le plus faible avec le recours au misoprostol oral pour le déclenchement artificiel du travail.[25]

Des résultats similaires ont été rapportés dans la revue Cochrane de 2019 comparant les approches mécaniques et pharmacologiques pour la maturation cervicale.[26]

Des ECR et méta-analyses récents ont démontré une sécurité et une efficacité similaires pour le cathéter à ballonnet par rapport au misoprostol vaginal/oral[27] et aux implants vaginaux de prostaglandine **E_2**.[28-30]

L'utilisation d'un cathéter à ballonnet est la meilleure option lorsqu'il y a des préoccupations concernant le bien-être fœtal ou la fonction placentaire, car le risque de tachysystolie est moindre.

L'utilisation d'une sonde de Foley est également moins coûteuse que l'utilisation de la prostaglandine **E_2**[28,31] et, lorsqu'elle est utilisée en soins externes, elle est moins chère que l'administration **orale de PGE_1**.[32]

Les ballonnets cervicaux de Foley peuvent être considérés comme des options de première intention pour la maturation cervicale, car elles sont sûres, efficaces et peu coûteuses. Elles peuvent être utilisées en soins externes, pour une tentative de déclenchement du travail après une césarienne et leur utilisation entraîne rarement le déclenchement du travail, ce qui peut être important dans la gestion des unités de travail et d'accouchement occupées.

L’amniotomie et l’administration d’ocytocine ne sont pas des méthodes de maturation du col efficaces.

Méthodes mécaniques de maturation du col



L’emploi de cathéters à ballonnet peut entraîner un ramollissement, un effacement et une dilatation du col, avec peu ou pas d’effets systémiques. Le mécanisme d’action ici en cause est probablement la libération locale de prostaglandines (PG).[8] Les méthodes utilisant un ballonnet ont l’avantage d’être économiques et moins susceptibles d’engendrer une tachysystolie.[26,33] Employées seules, les méthodes mécaniques sont peu susceptibles de déclencher le travail.

Sélectionnez le bouton ou les flèches pour continuer.

Étape 2

Des revues portant sur la maturation cervicale au moyen d'une sonde à ballonnet ont conclu à l'innocuité relative de cette méthode, y compris dans le cadre ambulatoire.[34-39]

Les sondes à un et à deux ballonnets ont des niveaux comparables d'efficacité, d'innocuité et de satisfaction des patientes, mais les sondes à un ballonnet sont beaucoup plus économiques.[40-44] Avec la sonde à ballonnet double, un ballonnet transcervical est gonflé et placé contre l'orifice interne dans le segment utérin antérieur et un autre est gonflé dans le vagin, sous l'orifice externe.

Avant de placer la sonde, il faut s'assurer que la patiente ***n'est pas allergique au latex et, le cas échéant, utiliser des sondes en silicone***.

Étape 3

Facteurs à considérer :

- La colonisation maternelle par des ***streptocoques*** du groupe B *n'est pas* une contre-indication à l'utilisation de méthodes de maturation mécaniques; une chimioprophylaxie habituelle devrait être administrée au début du travail ou à la rupture des membranes, selon ce qui survient en premier.
- Le remplissage d'une sonde à ballonnet pourrait déplacer une tête fœtale non engagée vers une présentation non céphalique (risque de 0,07 %).[38] La pose d'une sonde à ballonnet est également associée à un faible risque de rupture accidentelle des membranes (0,3 % pour la sonde en latex, 2,9 % pour la sonde en silicone [sans latex]).
- Si cela se produit, la sonde doit être retirée et il faut suivre les lignes directrices de prise en charge de la RPM.
- Un placenta se trouvant à 2 cm ou moins de l'orifice cervical interne constitue une contre-indication relative à l'utilisation d'une sonde à ballonnet pour la maturation du col.

Faites défiler vers le bas pour continuer.

Protocole d’une sonde de Foley pour la maturation du col

(pour un protocole détaillé, consulter la directive clinique de la SOGC[45-47] : Technique de Foley).

- [ ] Utiliser une sonde de Foley de calibre 18 à 20, avec un ballonnet de 30 ml.
- [ ] Tester le ballonnet du Foley avant l’insertion.
- [ ] Introduire, par palpation ou sous visualisation directe au moyen d’un spéculum, la sonde dans l’orifice cervical jusqu’à ce que le ballonnet ait passé l’orifice interne; l’insertion peut être plus facile avec un stylet.
- [ ] Gonfler le ballonnet avec 30 à 60 ml d’eau (un volume supérieur n’offre aucun avantage).[48,49]
- [ ] Aucune tension n’est nécessaire;[50] il peut toutefois être plus pratique pour la femme de fixer la sonde sur la cuisse.

- [ ] Retirer la sonde après 24 heures si elle n'est pas sortie toute seule.

FIGURE 2 : SONDE DE FOLEY POUR LA MATURATION DU COL

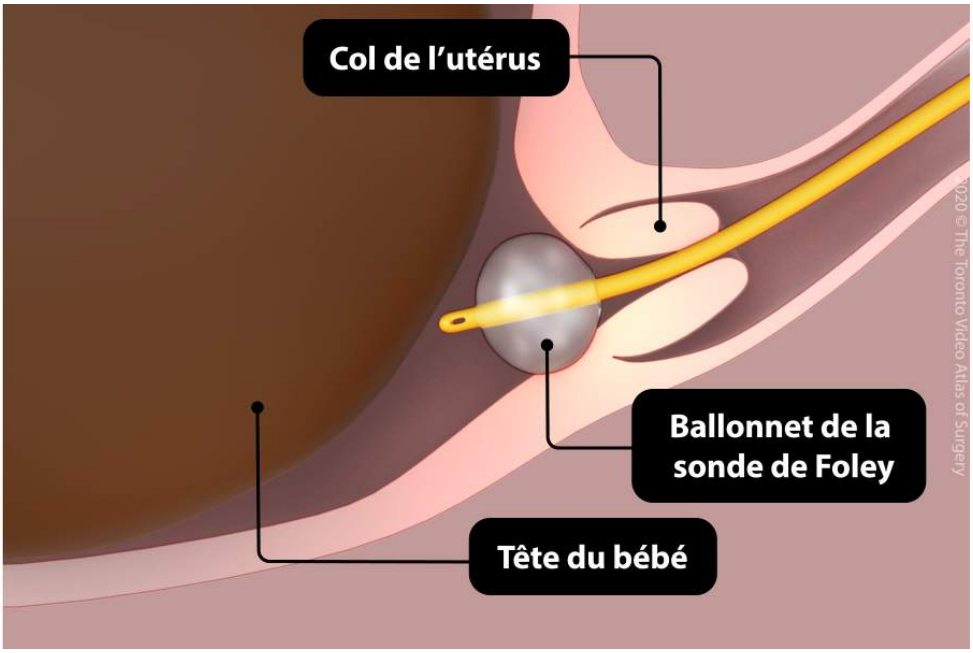


Image reproduite avec l'autorisation du chapitre d'obstétrique-gynécologie du Toronto Video Atlas of Surgery, dirigé par la Dre Eliane Shore, la Dre Mara Sobel et le Dr Sebastian Hobson.

Prise en charge ambulatoire

Après l'insertion d'une sonde de Foley transcervicale pour la maturation mécanique du col, la prise en charge ambulatoire est généralement indiquée. Il faut clairement indiquer à la patiente quand revenir à l'hôpital et retirer la sonde dans les 24 heures. Il est recommandé de fournir des instructions par écrit, avec le numéro de téléphone de l'unité de déclenchement.

Points clés

- La sonde à un ballonnet (p. ex., sonde de Foley) est aussi efficace que celle à double ballonnet, pour un coût largement inférieur.
- Les sondes à ballonnet sont la méthode privilégiée pour la maturation cervicale en cas d'antécédents de césarienne ou de cicatrice utérine.

Méthodes pharmacologiques de maturation du col

Prostaglandines

Les prostaglandines stimulent le remodelage cervical par un processus inflammatoire et sont efficaces pour ramollir, effacer et dilater le col. Contrairement aux méthodes de maturation mécaniques, les prostaglandines sont aussi susceptibles de stimuler les contractions myométriales, ce qui peut entraîner un travail spontané ***en plus de la*** maturation du col.

Les protocoles suivants peuvent être utilisés pour la maturation du col :

Voie d’administration et posologies*

Sélectionnez chacune des voies d’administration pour en savoir plus sur les posologies.

ORALE | VOIE VAGINALE

Orale

PGE_1 (misoprostol) : 50 mcg toutes les 4 heures.
PGE_1 (misoprostol) : 25 mcg toutes les 2 heures.

ORALE | VOIE VAGINALE

Voie vaginale

PGE_1 (misoprostol) : 25 à 50 mcg toutes les 4 heures.
PGE_2 en gel PGE2 (Prostin) : 1 ou 2 mg dans le cul-de-sac postérieur.
PGE_2 dispositif (Cervidil) : 10 mg dans le cul-de-sac postérieur. La substance se libère au rythme de 0,3 mg/h. Le dispositif doit être retiré une fois la patiente en travail actif, ou 12 à 24 heures après l’insertion. Si au moment du retrait le col n’est toujours pas favorable, on peut, en l’absence de contre-indications, administrer plus d’une dose.

S'il n'y a toujours pas d'effet après quatre à six doses, on recommande de réévaluer la patiente et de penser à une autre méthode de maturation cervicale.

Facteurs à considérer pour l'utilisation de prostaglandines

L'utilisation de prostaglandines pour la maturation du col exige certaines **précautions** :

- [ ] Il faut procéder à une surveillance fœtale électronique par tocodynamométrie et palpation de l'intensité utérine pendant au moins 30 minutes avant l'utilisation de **PGE_1** OU **PGE_2**. Si le tracé est atypique ou anormal, ou s'il y a déjà des contractions régulières, fortes ou modérées, ne pas administrer de prostaglandines.
- [ ] NE PAS appliquer de gel vaginal de **PGE_2** (Prostin) ni de misoprostol dans le canal cervical.
- [ ] Il faut procéder de nouveau à une surveillance fœtale électronique au moins 30 minutes après l'administration de **PGE_1** ou **PGE_2** et à l'apparition de contractions utérines régulières, fortes ou modérées.
- [ ] Évaluer attentivement l'activité utérine avant toute nouvelle dose.

- [ ] NE PAS administrer de prostaglandines aux patientes qui ont déjà eu une césarienne en raison du risque accru de rupture utérine.[51,52]

- [ ] Il faut faire preuve de vigilance lors de l'administration de prostaglandines en présence d'un retard de croissance fœtal, d'un oligoamnios ou d'une grande multiparité (au moins sept accouchements vaginaux antérieurs).

Effets secondaires des prostaglandines

Parmi les effets secondaires potentiels des prostaglandines chez la mère figurent les nausées, les vomissements, la diarrhée, les douleurs abdominales, les tremblements, les frissons et la fièvre; toutefois, ces effets sont liés à la dose et rares avec le misoprostol, plus précisément, n'entraîne pas de bronchospasmes et est sûr pour les asthmatiques.

Prise en charge ambulatoire

Dans les cas de déclenchement du travail pour cause d'indication maternelle au moyen d'un gel vaginal de **PGE_2** (Prostin) ou de **PGE_2** à libération lente (Cervidil), il est possible d'opter pour une prise en charge ambulatoire; la patiente peut alors partir après une évaluation électronique complète du fœtus effectuée après l'administration.[53]

Une prise en charge ambulatoire est envisagée moins souvent lors de l'utilisation de **PGE_1** orale (misoprostol oral). Toutefois, ce type de prise en charge n'est souvent pas une option lorsqu'on administre de la **PGE_1**

par voie orale, la fréquence d'administration de cet agent constituant un obstacle. Les patientes qui ont besoin d'une pause au cours d'une maturation prolongée peuvent partir après que la demi-vie du misoprostol soit passée (deux heures après une dose orale, ou quatre heures après une dose vaginale), à condition qu'il n'y ait aucune activité utérine et que les résultats de la surveillance fœtale électronique soient normaux.

Bien que certains centres administrent des prostaglandines en traitement ambulatoire, les preuves de l'innocuité de cette pratique sont limitées.[54,55] Les équipes qui les utilisent doivent donc confirmer que le fœtus se porte bien et que l'activité utérine n'est pas importante avant de laisser partir la patiente. **Il faut aussi prendre soin de demander aux femmes de revenir rapidement pour une évaluation si l'activité utérine augmente**. À noter que la prise en charge ambulatoire ne convient PAS lorsque le travail est déclenché en raison d'une atteinte fœtale soupçonnée (p. ex. retard de croissance intra-utérin, profil biophysique défavorable).

Points clés

- **La PGE_1** (misoprostol) et la **PGE_2** (dispositif vaginal Cervidil ou gel vaginal Prostin) peuvent être employées pour la maturation cervicale des femmes sans cicatrice utérine ou antécédents de césarienne.
- Il faut suivre des précautions appropriées pour surveiller le bien-être maternel et fœtal et la tachysystolie.

- Une prise en charge ambulatoire est envisageable pour les méthodes à base de **PGE_2**, dès lors que l'unité dispose d'un protocole et que la patiente reçoit des consignes claires sur le processus et les motifs de retour à l'hôpital.



Déclenchement du travail

On peut déclencher le travail une fois que le score de Bishop modifié est supérieur ou égal à 7, que celui-ci ait été obtenu spontanément ou par des méthodes mécaniques ou pharmacologiques.

Plusieurs scénarios cliniques sont alors possibles :

1. **Il n'y a pas de contractions utérines** (la maturation du col s'est probablement faite spontanément ou a été obtenue au moyen de méthodes mécaniques). Dans ce cas, on peut déclencher les contractions avec des prostaglandines ou de l'ocytocine.

2. **Il y a des contractions utérines** (la maturation du col a probablement été obtenue au moyen de prostaglandines), **mais l'activité utérine est insuffisante** pour que la femme soit en travail. Dans ce cas, il est possible de faire augmenter les contractions par l'administration de prostaglandines (une dose plus

faible pourrait être appropriée, selon l'activité utérine présente) ou en changeant pour de l'ocytocine.

3 **Il y a des contractions utérines** (la maturation du col a probablement été obtenue au moyen de prostaglandines), **de force et de fréquence suffisantes** pour que la femme soit en travail. Dans ce cas, une prise en charge expectative est adéquate, mais une stimulation au moyen de prostaglandines ou d'ocytocine pourrait être nécessaire plus tard.

Dans les trois cas, l'obtention de contractions utérines repose sur deux classes de médicaments : les prostaglandines et l'ocytocine. Au Canada, les deux médicaments principalement utilisés pour le déclenchement du travail sont l'ocytocine et le misoprostol oral.

Misoprostol oral

Une revue Cochrane de 2021 évaluant l'administration de misoprostol oral à faible dose pour le déclenchement du travail a permis de tirer les conclusions suivantes :[56]

- Administré à faible dose, le misoprostol oral est associé à un taux d'accouchement vaginal semblable à celui du misoprostol vaginal, quoique ce taux pourrait être plus bas dans les 24 premières heures (risque relatif [RR] : 0,81; IC à 95 % : 0,68-0,95; 16 essais; 3 451 femmes). Il est toutefois possible qu'il entraîne moins d'hyperstimulation avec variations de la FCF (RR : 0,69; IC à 95 % : 0,53-0,91; 25 essais; 4 857 femmes) et moins de césariennes

effectuées en raison de détresse fœtale (RR : 0,74; IC à 95 % : 0,55-0,99; 24 essais; 4 775 femmes).

- Une analyse par sous-groupes laisse entendre qu'il y a moins d'hyperstimulation accompagnée de variations de la FCF avec 10 à 25 mcg de misoprostol oral (RR : 0,28; IC à 95 % : 0,14-0,57; 6 essais; 957 femmes) qu'avec 50 mcg (RR : 0,82; IC à 95 % : 0,61-1,11; 19 essais; 3 900 femmes).
- Comparativement à l'ocytocine, le misoprostol oral entraîne probablement moins de césariennes (RR : 0,67; IC à 95 % : 0,50-0,90; 6 essais; 737 femmes).

D'après ces conclusions, le misoprostol oral serait l'option supérieure pour le déclenchement du travail.

Prostaglandines : dinoprostone et misoprostol

Sélectionnez chaque type de prostaglandine pour en savoir plus.

DINOPROSTONE | MISOPROSTOL

Prostaglandine E_2 (dinoprostone)

Également connue sous le nom de dinoprostone, la **PGE_2** est offerte sous forme de dispositif (Cervidil) et de gel (Prostin) intravaginal. Plusieurs études ont montré que la **PGE_2**, comme les autres prostaglandines, stimule entre autres les contractions utérines. Malgré cela, au Canada, la **PGE_2** est principalement utilisée pour la maturation du col plutôt que pour le déclenchement du travail.

PGE_2 est un bronchodilatateur qui n'est pas contre-indiqué chez les asthmatiques.[8,57] Elle peut causer des événements cardiovasculaires indésirables, mais ceux-ci sont rares et idiopathiques, et surviennent presque toujours immédiatement après l'application.

DINOPROSTONE | MISOPROSTOL

Prostaglandine E_1 (misoprostol)

Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine **E_1** destiné à prévenir et à traiter les ulcères d'estomac associés aux anti-inflammatoires non stéroïdiens. Il est toutefois utilisé de façon non conforme partout dans le monde, principalement pour les indications suivantes : l'hémorragie postpartum (HPP), l'avortement spontané incomplet, l'interruption médicale de grossesse selon différents schémas posologique

L'American College of Obstetricians & Gynecologists (ACOG) et la Food and Drug Administration (FDA) appuient d'ailleurs son utilisation pour déclencher le travail[58] et l'Organisation mondiale de la Santé l'a inscrit sur sa liste des médicaments essentiels pour la grossesse, l'accouchement et les soins postpartum.

Comme d'autres prostaglandines, le misoprostol stimule la maturation du col et les contractions utérines proportionnellement à la dose administrée. L'utérus y étant de plus en plus sensible au fil de la grossesse, les doses sont plus faibles à terme qu'au premier et au second trimestre. Il est habituellement offert sous forme de comprimé de 100 mcg ou de 200 mcg (Cytotec), mais un nombre limité de fabricants produisent des gélules de 25 mcg à des fins obstétricales.

Les formes orales sont facilement absorbables par les muqueuses (voies sublinguale, buccale, vaginale et rectale). Administré par voie orale ou sublinguale, le misoprostol atteint sa concentration maximale après 30 minutes; cependant, en raison du métabolisme de premier passage hépatique, la concentration sérique maximale chez la mère et la durée d'action sont deux fois supérieures pour la voie sublinguale, par rapport à la voie orale. Administrer 50 mcg par voie orale équivaut donc à peu près à administrer 25 mcg par voie sublinguale. Quant à l'administration vaginale, elle est associée à une

concentration sérique maximale plus tardive, à une concentration moindre et à une action plus courte, comparativement à l'administration sublinguale.[59,60]

Voie d'administration et posologies

On recense dans la littérature plus de 200 essais randomisés comparant les différentes posologies et voies d'administration du misoprostol avec des traitements à base d'ocytocine ou d'autres prostaglandines à administration vaginale. On constate que la probabilité de réussite et les risques de tachysystolie augmentent avec la dose de misoprostol, et que l'innocuité de ce médicament à faible dose et son efficacité pour le déclenchement du travail sont bien établies.

Trois revues systématiques Cochrane, publiées en 2010, en 2014 et en 2021 et rassemblant plus de 100 essais et 20 000 femmes, ont comparé le misoprostol administré par voie vaginale et le misoprostol administré par voie orale l'un à l'autre ainsi qu'à la **PGE_2** et à l'ocytocine.[56,61,62] Voici leurs conclusions :

> *« Utilisé comme agent de déclenchement, le misoprostol oral favorise l'accouchement vaginal. Il est plus efficace qu'un placebo et aussi efficace que le misoprostol vaginal, et entraîne moins de césariennes que la dinoprostone vaginale et l'ocytocine ».*[61]

Important

Le schéma posologique optimal pour le misoprostol par voie orale reste à déterminer, mais les schémas suivants sont sûrs et efficaces [63].

- **50 mcg PO toutes les 4 heures**
- **25 mcg PO toutes les 2 heures**

Une dose excédant 50 mcg pose un risque accru d'hyperstimulation utérine.[56,64]

Il n'existe pas de données concernant le nombre maximal de doses qui soit sans risque. Cependant, s'il n'y a toujours pas d'effet après quatre à six doses, on recommande de réévaluer la patiente et de penser à une autre méthode de maturation cervicale.

Misoprostol : en solution et non en solution (comprimé)

Sélectionnez chaque posologie pour en savoir plus.

SOLUTION DE MISOPROSTOL | MISOPROSTOL ORAL NON EN SOLUTION (COMPRIMÉ)

Solution de misoprostol

Une solution aqueuse de misoprostol obtenue par dissolution d'un comprimé de 200 mcg permet d'obtenir une dose exacte et titrable. La pharmacocinétique et les essais cliniques appuient l'utilisation d'une dose toutes les deux heures. On

commence avec une dose initiale de 20 mcg, qui peut être augmentée si plusieurs faibles doses n'ont pas l'effet escompté, jusqu'à un maximum de 50 mcg. L'approche de dose titrable permet d'adapter la dose au déroulement de chaque travail.

Les directives pour la préparation d'une solution de misoprostol sont accessibles à l'adresse *misoprostol.org* ou dans la Directive clinique n° 432c : 432c: Induction of Labour.[47]

Une solution de misoprostol demeure stable pendant 24 à 48 heures après la préparation.

SOLUTION DE MISOPROSTOL

MISOPROSTOL ORAL NON EN SOLUTION (COMPRIMÉ)

Misoprostol oral non en solution (comprimé)

Si une dose de misoprostol oral non en solution est utilisée, une façon de réduire au minimum le risque de surdose accidentelle consiste à

- faire couper les comprimés de 100 mcg en doses de 25 à 50 mcg par la pharmacie de l'établissement.
- Les doses de 25 à 50 mcg peuvent être conditionnées individuellement dans des emballages d'aluminium, et sont ensuite rangées à part des comprimés de 200 mcg, que l'on trouve couramment dans les salles de travail pour le traitement de l'HPP et des fausses couches.

Il est recommandé de faire couper les comprimés par la pharmacie d'hôpital pour améliorer la précision, la fiabilité et l'étiquetage de la dose. La capacité à couper un comprimé de 100 mcg en quarts (25 mcg) avec précision varie selon les pharmacies.

Si la pharmacie ne peut pas fournir de comprimés de 25 mcg, la méthode de la solution, permettant d'obtenir une dose titrable de moins de 50 mcg, ou l'acquisition de gélules de 25 mcg sont envisageables.

Il est important que les solutions et comprimés de misoprostol pris par voie orale soient avalés et non gardés dans la bouche ou sous la langue, car les voies buccale et sublinguale engendrent des taux sanguins plus élevés et posent un risque accru de tachysystolie utérine.

Important

Les hôpitaux devraient établir des protocoles standardisés pour l'administration de misoprostol à des fins de maturation cervicale et de déclenchement du travail afin de réduire le risque d'erreur médicamenteuse et de respecter des modalités adéquates de monitorage maternel et fœtal.

Monitorage fœtal

Le monitorage fœtal électronique (MFE) continu est recommandé pendant au moins 20 minutes après l'administration. S'il n'y a aucun signe de travail actif après 20 minutes, le MFE peut être interrompu jusqu'à la dose suivante de misoprostol. S'il y a des signes de travail actif, si le misoprostol a été administré dans les quatre dernières heures ou en cas d'activité utérine excessive, il faut rétablir le MFE continu.

Si la patiente est en travail actif, sans misoprostol ou ocytocine supplémentaire, et répond aux critères de la surveillance de la santé du fœtus intrapartum, il est possible de recourir à l'auscultation intermittente (AI). Le MFE continu est toutefois recommandé en cas d'administration de misoprostol régulière ou d'ocytocine.

ALERTE

Il faut faire attention dans le cadre d'un déclenchement du travail à terme, à ne pas **administrer, par inadvertance, de comprimés de 200 mcg,** qui sont couramment utilisés pour traiter les HPP ainsi que les fausses couches survenant au premier ou au deuxième trimestre.

Ocytocine

Synthétisée pour la première fois en 1955, l'ocytocine est une hormone naturellement produite dans l'hypothalamus qui se stocke dans la neurohypophyse et dont la sécrétion est pulsatile. Son administration par perfusion intraveineuse, la méthode de déclenchement la plus courante, demeure très utile dans certains cas bien précis.

Ocytocine : Effets sur la physiologie

Sélectionnez chacun des onglets pour en savoir plus.

MYOMÈTRE (MUSCLE LISSE) | COL | VASOACTIF

Myomètre (muscle lisse)

- Contraction rythmique à faible dose.
- Sensibilité accrue à l'approche du terme (insensibilité avant 20 semaines de grossesse)
- Les perfusions de 6 milliunités par minute (mU/min) donnent les mêmes taux d'ocytocine que le travail spontané; à terme, la plupart des femmes auront une réaction clinique avec une dose de 8 à 10 mU/min.

MYOMÈTRE (MUSCLE LISSE) | COL | VASOACTIF

Col

- Aucun effet direct.

MYOMÈTRE (MUSCLE LISSE) | COL | VASOACTIF

Vasoactif

- Effet vasopresseur très faible.
- Risque d'hypotension après l'injection intraveineuse d'un bolus.
- Activité antidiurétique – Risque d'intoxication hydrique (hyponatrémie hypervolémique) avec une forte dose d'ocytocine (supérieure à 40 mU/min) du fait de son homologie structurelle avec la vasopressine, une autre hormone neurohypophysaire.

Amniotomie

L'amniotomie (rupture artificielle des membranes) rend l'accouchement nécessaire et est efficace en présence d'un col favorable. **Des essais montrent que dans la plupart des cas, elle devrait s'accompagner d'un traitement à l'ocytocine**. Un ECR de 2009 a révélé que les femmes qui avaient reçu de l'ocytocine immédiatement après l'amniotomie étaient plus susceptibles d'entrer en travail dans les quatre heures, d'accoucher dans un délai réduit suivant l'amniotomie, d'accoucher dans les 12 heures et d'être satisfaites de l'intervention par rapport à celles qui en avaient reçu quatre heures plus tard.[65] À l'inverse, une revue systématique de 2011 comparant la combinaison amniotomie et administration d'ocytocine par intraveineuse à l'application vaginale de prostaglandines a fait état de taux d'HPP plus élevés et d'une plus grande insatisfaction chez les femmes ayant reçu le traitement combiné.[66]

En raison du risque accru de procidence du cordon, les cas de présentation haute exigent de la prudence. Après l'amniotomie, le

professionnel doit noter la quantité de liquide observée ainsi que la couleur et la consistance de celui-ci.

Déclenchement du travail à l'ocytocine.

Déclenchement du travail à l'ocytocine La Healthcare Insurance Reciprocal of Canada (HIROC) et l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) considèrent le déclenchement du travail à l'ocytocine comme un domaine de pratique à risque élevé. Les deux problèmes liés au déclenchement artificiel (ou à l'accélération) du travail à l'ocytocine qui mènent le plus souvent à des incidents obstétricaux (2004-2013) sont l'omission d'interrompre la perfusion d'ocytocine ou d'en réduire le débit, et le retard dans la notification ou la consultation du médecin concernant une tachysystolie non résolue, des signes de rupture utérine ou un tracé de fréquence cardiaque fœtale anormal.[67]

Toute unité de travail offrant le déclenchement du travail à l'ocytocine doit disposer de politiques et de protocoles relatifs à l'intervention et avoir sur place, au moment de procéder, un nombre d'employés suffisant pour assurer une prise en charge sécuritaire.

L'ocytocine peut être utilisée :

- pendant ou après le retrait d'un ballonnet ayant servi à la maturation du col;
- 30 minutes après le retrait d'une insertion de dinoprostone (Cervidil);
- quatre heures après l'ingestion de misoprostol oral;

- six heures après l'application de gel vaginal de prostaglandine **E_2** ;
- peu après une amniotomie;[68]
- comme méthode de déclenchement artificiel du travail initiale si le score de Bishop est supérieur à 6.



Protocole de déclenchement

Administration :

1. Brancher en Y l'ocytocine par perfusion dans la ligne IV principale reliée au port le plus près de la personne enceinte et ajuster la dose selon la réponse utérine.
2. Exprimer la posologie en milliunités par minute (mU/min).
3. Les concentrations varient, mais il faut prévenir les grandes charges d'eau libre (ne pas administrer une solution aqueuse de dextrose à 5 %).
4. Suivre le protocole de l'établissement.

L'administration d'ocytocine vise à produire des contractions utérines efficaces et des changements au col de l'utérus avec la *dose la plus faible* possible. Une fois cet objectif atteint, la dose peut être maintenue.

Sélectionnez le bouton ou les flèches pour continuer.

Étape 2

L'ocytocine peut s'utiliser selon un protocole à faible ou à forte dose.[58]

Prichard a comparé l'ocytocine à dose faible et élevée pour le déclenchement du travail (n = 4 885) et a obtenu les résultats suivants : aucune différence pour le taux de césarienne (RC : 0,99; IC à 95 % : 0,87-1,13) ou le taux d'accouchement opératoire ajusté en fonction de l'anesthésie régionale (RC : 1,16; IC à 95 % : 0,99-1,36); un allongement de la durée du travail dans le groupe d'ocytocine à dose élevée (différence moyenne : 0,6 h ou 36 min; IC à 95 % : 0,81-0,12); nombre plus élevé d'HPP supérieure ou égale à 1 000 ml (10,5 % contre 7,8 %; p<0,001); et une augmentation du recours à l'anesthésie régionale (55,8 % contre 52,1 %; P = 0,03) dans le groupe à faible dose.[69]

Étape 3

En réponse au constat de la HIROC et de l'ACPM selon lequel l'ocytocine présente un facteur de risque important,[67] le Conseil provincial pour la santé de la maternité et de l'enfance (Provincial Council for Maternal Child Health/PCMCH) de l'Ontario a publié des recommandations de pratiques exemplaires, qui conseillent notamment l'utilisation d'un **protocole à faible dose** pour une administration sans danger.[70]

L'utilisation d'un tel protocole est déjà appuyée par Services de santé de l'Alberta,[71] Services périnataux de la C.-B,[72] et le Programme de soins de la reproduction de la Nouvelle-Écosse.[73]

Étape 4

Le **choix du protocole** devrait reposer sur les risques relatifs de rupture utérine, la sensibilité à l'ocytocine et la probabilité d'atteinte placentaire. Le protocole d'administration d'ocytocine doit être adapté en fonction de la réaction utérine et de la tolérance du fœtus face à l'augmentation de l'activité utérine. On recommande un protocole à faible dose chez les femmes pares, lors des EDTAC ou en cas de soupçon d'insuffisance placentaire.

Faites défiler vers le bas pour continuer.

Exemple de protocole à faible dose	
Dose initiale	1 à 2 milliunités par minute (mU/min)
Intervalle d’augmentation	30 minutes
Augmentation de la dose	1 à 2 mU
Dose habituelle pour assurer un bon travail	8 à 12 mU/min[20]
Dose maximale avant réévaluation	20 mU/min

Exemple de protocole à dose élevée	
Dose initiale	2 à 4 mU/min
Intervalle d'augmentation	30 minutes
Augmentation de la dose	4 mU/min
Dose habituelle pour assurer un bon travail	8 à 12 mU/min[20]
Dose maximale avant réévaluation	20 mU/min[74,75]

> La pratique clinique jugée la plus sécuritaire est le dosage de l'ocytocine en fonction des contractions utérines et de la fréquence cardiaque fœtale observées après le début de l'administration.

Une fois le travail actif amorcé

Une fois le travail actif amorcé, l'ocytocine peut être administrée à plus faible dose pour en favoriser la progression, ou elle peut être cessée. Une revue Cochrane de 2018 (10 essais; 1 888 femmes) a comparé l'arrêt

et la poursuite de l'administration d'ocytocine au moment où la patiente entre dans la phase active du premier stade du travail.[76]

L'analyse des résultats selon l'intention de traiter a montré que, par rapport à la poursuite de l'administration, l'arrêt était associé à :

- un taux de césarienne moindre (RR : 0,69; IC à 95 % : 0,56-0,86) [9 essais, 1 784 femmes, degré de certitude faible*];
- une réduction des cas de tachysystolie et de fréquence cardiaque fœtale anormale combinées (RR : 0,15; IC à 95 % : 0,05-0,46);
- une diminution des observations indiquant ou laissant croire que le fœtus a un problème cardiaque (RR : 0,65; IC à 95 % : 0,51–0,83).

Les auteurs concluent que l'abandon de l'ocytocine pendant la phase active du travail n'a eu que peu ou pas d'incidence sur le recours à l'analgésie épidurale, sur un indice d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes et sur un pH à l'artère ombilicale inférieur à 7,10.

*La plupart des essais inclus dans la revue présentaient des risques de biais, les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Lorsque l'activité utérine ne peut être évaluée de manière adéquate par surveillance externe et palpation, envisager l'utilisation d'une sonde de pression intra-utérine (CPIU) pour surveiller l'activité utérine.

Prise en charge de la tachysystolie

La prise en charge de la tachysystolie diffère selon que la FCF varie ou non. Il est recommandé que chaque unité de travail dispose d'un protocole de traitement de l'activité utérine excessive.

En présence d'une tachysystolie et d'un tracé de FCF normal :

- [ ] Envisager le retrait de la source de prostaglandines selon la situation clinique. Garder en tête que l'objectif visé est de stimuler l'utérus et de modifier le col; si le fœtus tolère l'activité utérine, il est possible de laisser la source de prostaglandines en place et de poursuivre le MFE continu.
- [ ] Ralentir ou arrêter la perfusion d'ocytocine, le cas échéant.
- [ ] Maintenir un MFE continu.

En présence d'une tachysystolie et d'un tracé de FCF anormal ou atypique :

- [ ] Si la mesure externe de la FCF est sous-optimale, songer à appliquer une électrode sur le cuir chevelu du fœtus.

- [ ] Faire une évaluation immédiate (médecin traitant ou sage-femme).
- [ ] Cesser l'administration d'ocytocine, le cas échéant.
- [ ] Retirer la source de prostaglandines, si possible (Cervidil, gel vaginal récemment appliqué ou misoprostol non dissous).
- [ ] Pratiquer un examen pelvien pour évaluer la dilatation du col et écarter la possibilité de procidence du cordon.
- [ ] Entreprendre la réanimation intra-utérine.
- [ ] Envisager de réaliser une tocolyse aiguë avec de la nitroglycérine (administration d'une dose intraveineuse de 50 mcg toutes les 90 secondes à 3 minutes, jusqu'à concurrence de 200 mcg en 15 minutes).[68,77,78] La voie intraveineuse est privilégiée.
- [ ] Se préparer immédiatement à pratiquer l'accouchement si les mesures ci-dessus ne font pas rapidement revenir la FCF à la normale.

Si la tachysystolie se résorbe, mais que le col reste non favorable :
Il faut, avant toute autre intervention, réévaluer les indications et le bien-être fœtal. Il est aussi possible de privilégier la maturation cervicale avec une sonde à ballonnet, étant donné que cette méthode ne pose pas de risque d'activité utérine excessive.

Si la tachysystolie s'est résorbée et que la reprise de l'administration d'ocytocine est indiquée :

- Ne pas oublier que la demi-vie de l'ocytocine est d'environ 6 à 8 minutes.
- En cas de reprise de l'administration, il faut songer à commencer avec une dose plus faible.

Approches complémentaires

Sélectionnez chaque approche pour en savoir plus.

HUILE DE RICIN | STIMULATION DES MAMELONS ET/OU COMPRESSION DES SEINS | RELATIONS SEXUELLES

Huile de ricin

Il y existe certaines données appuyant l'efficacité de l'huile de ricin par voie orale pour le déclenchement du travail en cas de grossesse prolongée chez les multipares à faible risque sans complications maternelles ou fœtales ni antécédents de césarienne.

Gilad a mené un ECR (n = 82) comparant l'administration de 60 ml d'huile de ricin par voie orale à 60 ml de placebo (huile de tournesol), dans du jus d'orange. Les multipares à faible risque ayant un score de Bishop inférieure à 7 qui ont reçu de l'huile de ricin sont entrées en travail dans les 24 heures [rapport de risque : 2,92; IC à 95 % : 1,01-8,47], les 36 heures [rapport de risque : 32,9; IC à 95 % : 1,15-9,43] et les 48 heures [rapport de risque : 2,78; IC à 95 % : 1,04-7,46] suivant l'ingestion, comparativement à celles ayant reçu un placebo.[79] Cet effet bénéfique n'a pas été démontré chez les nullipares. DeMaria et coll. et Neri et coll. ont obtenu des résultats semblables.[80,81]

L'administration de 60 ml d'huile de ricin dans du jus peut être tentée sans danger chez les *multipares* à faible risque dont la grossesse est à terme, en consultation externe.

Stimulation des mamelons et/ou compression des seins

Sur la base de la physiologie de l'ocytocine, des techniques de stimulation des mamelons et/ou de massage des seins sont mises en avant comme des méthodes de déclenchement du travail complémentaires non pharmacologiques.

Une revue Cochrane de 2005 rapporte que, comparativement à un groupe témoin, le travail était plus susceptible de commencer dans les 72 heures suivant la stimulation des mamelons ou des seins.[82] Une étude plus récente de 2021 portant sur 222 femmes suggère que la stimulation des mamelons pendant la phase latente du travail en réduirait significativement la durée (3,2 heures contre 4,8 heures, p=0,008), ainsi que la nécessité de stimulation à l'ocytocine (p=0,001). Aucune différence dans la durée de la phase active entre les deux groupes n'a été observée.

Les protocoles de stimulation des mamelons ou de massage des seins peuvent être proposés aux nullipares ou aux multipares à risque faible dont la grossesse est à terme et qui souhaitent encourager le début spontané du travail.

Relations sexuelles

Une méta-analyse de 2019 sur 1 483 femmes à faible risque dont le fœtus était à terme et en présentation céphalique n'a relevé aucun préjudice aux relations sexuelles avec pénétration à terme.[83]

Cependant, aucune différence n'a été observée dans l'incidence du travail spontané subséquent entre les femmes aléatoirement réparties dans le groupe avec relations sexuelles et les autres.



Indications cliniques pour le déclenchement du travail

Lors de la planification du déclenchement, il est également important de tenir compte des risques que pose le report de l'accouchement pour la mère, le fœtus ou les deux, de même que des ressources disponibles sur l'unité de soins de maternité. Voici des exemples de cas dans lesquels un déclenchement pourrait être offert, en ordre de priorité.

Sélectionnez chaque situation ci-dessous pour vous renseigner sur les risques et les ordres de priorité.

Grossesses supérieures ou égales à 41 SA + 0 j

Comme la prévention de la grossesse prolongée est la principale indication du déclenchement du travail, elle mérite une attention toute particulière.

La grossesse dite prolongée dure au moins **42 SA + 0 j** (soit 294 jours depuis le début des dernières menstruations). Environ 6 % des grossesses entrent dans cette catégorie. Marquette et coll. ont calculé la probabilité cumulative de travail spontané (n = 15 253) pour chaque jour entre **41 SA + 0 j, 42 SA + 0 j** et sont arrivés à 14,1 % pour les 24 premières heures et à 67,6 % dans les 7 jours.[84] Des études ont montré que les grossesses prolongées étaient associées à une hausse de la mortalité et de la morbidité périnatales ainsi que du nombre d'accouchements opératoires.[85-87]

La datation exacte basée sur une échographie de début de grossesse peut toutefois limiter l'incidence du diagnostic de grossesse prolongée (RR : 0,59; IC à 95 % : 0,42-0,83), puis prévenir les interventions inutiles telles que le déclenchement artificiel du travail.[88]

Selon une revue Cochrane de 2018 portant sur 30 essais totalisant 12 479 femmes, comparativement à l'application d'une politique de prise en charge expectative, l'application d'une politique qui prévoit un déclenchement de convenance à partir de la 41e semaine de grossesse est associée à :[63]

- une réduction des décès périnatals, toutes causes confondues (RR : 0,33; IC à 95 % : 0,14-0,78)
- une réduction des mortinaissances (RR : 0,33; IC à 95 % : 0,11-0,96)
- une diminution des césariennes (RR : 0,92; IC à 95 % : 0,85-0,99)
- une hausse non significative du nombre d'accouchements vaginaux opératoires (RR : 1,07; IC à 95 % : 0,99-1,16)
- une réduction non significative du taux d'admission en UNSI (RR : 0,88; IC à 95 % : 0,77-1,01)
- une diminution des cas de score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes (RR : 0,70 ; IC à 95 % : 0,50-0,98)

Aucune différence entre les groupes n'a été observée pour l'incidence de :

- traumatisme périnéal grave (RR : 1,09; IC à 95 % : 0,65-1,83)
- hémorragie post-partum (RR : 1,09; IC à 95 % : 0,92-1,30)
- traumatisme néonatal (RR : 1,18; IC à 95 % : 0,68-2,05)[63]

On recommande donc, pour éliminer les risques associés à la grossesse prolongée, d'adopter une politique préconisant le déclenchement du travail à partir de 41 semaines de grossesse (voir le diagramme ci-dessous). Si après discussion la patiente refuse l'intervention, alors il est fortement recommandé d'exercer une surveillance fœtale deux fois par semaine. Au minimum, la surveillance doit comprendre un décompte quotidien des mouvements fœtaux et, pour les grossesses qui en sont à 41 ou 42 semaines, un test de réactivité fœtale (TRF) et une évaluation échographique du volume de liquide amniotique (VLA) effectués au moins deux fois par semaine.[89,90]

Stratégies de prévention du déclenchement dans les cas de grossesse prolongée[91]

Échographie

Il est important de faire tout en son possible pour s'assurer d'une datation exacte. L'échographie précoce (entre 8 et 12 semaines) permet l'estimation la plus fiable de la date d'accouchement et fait diminuer les diagnostics de grossesse prolongée.[92,93]

À ce sujet, la directive clinique publiée en 2019 par la SOGC sur la détermination de l'âge gestationnel par échographie explique :
« Le recours isolé à l'échographie, lorsque celle-ci est menée avec précision et dans le respect des normes de qualité, est plus précis que l'utilisation d'une date menstruelle "certaine" pour la détermination de l'âge gestationnel au cours des premier et deuxième trimestres (inférieur ou égal à 23 semaines) dans les cas de grossesse spontanée; il s'agit de la meilleure méthode pour ce qui est de l'estimation de la date d'accouchement » [91]

En présence de plus d'une échographie (menée au premier trimestre) ayant permis la mesure du diamètre moyen du sac ou de la distance vertex-coccyx, la première ayant permis de mesurer une distance vertex-coccyx équivalant à au moins sept semaines (ou 10 mm) devrait être utilisée pour déterminer l'âge gestationnel.[91]

Décollement des membranes à terme

La recherche montre que le décollement des membranes (trois tours à l'intérieur du col ou massage cervical pendant 15 à 30 secondes s'il est impossible d'aller au-delà de l'orifice cervical externe) favorise le travail en stimulant la production locale de prostaglandines.[94-96]

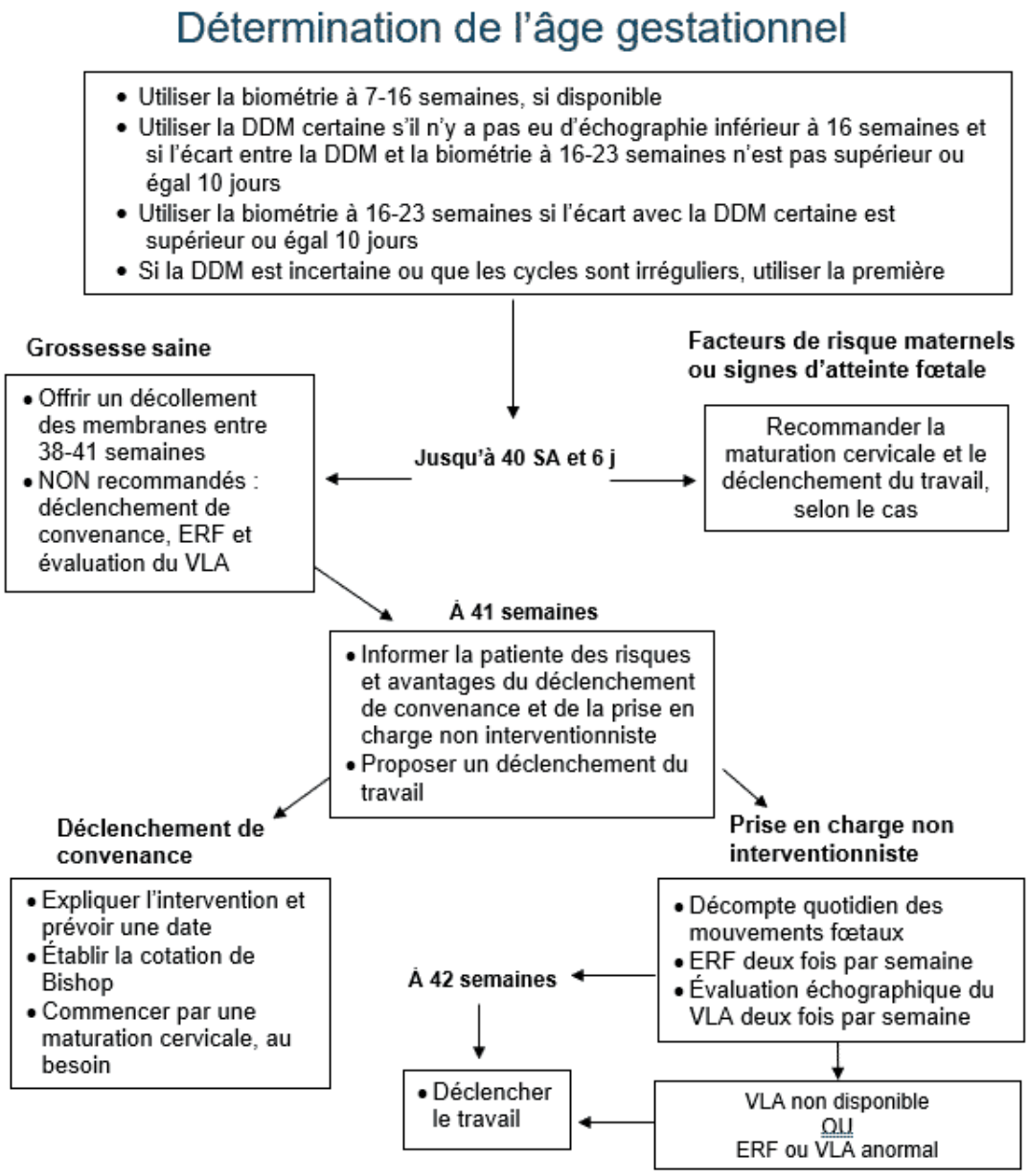
Des méta-analyses ont révélé que lorsque le décollement des membranes est pratiqué chez les femmes à terme (à 38 semaines et plus), il est associé à une réduction de la durée de la grossesse et du taux de grossesses se prolongeant au-delà de 41 semaines.[96-98] De même, dans un ECR de 2014 (n = 134), la durée de la grossesse a diminué de trois jours (P = 0,001).[31] Il faut effectuer un décollement des membranes chez 8 femmes pour éviter 1

déclenchement artificiel du travail en bonne et due forme.

De plus, chez celles ayant effectivement subi l'intervention, l'inconfort à l'examen vaginal et d'autres effets indésirables (p. ex., saignements, contractions irrégulières) étaient plus fréquents. Les auteurs ont conclu que, lorsqu'un décollement des membranes est pratiqué, la réduction subséquente du recours à des méthodes de déclenchement plus formelles doit être mise en balance avec l'inconfort ressenti par les femmes et les autres effets indésirables.

DIAGRAMME : DÉTERMINATION DE L'ÂGE GESTATIONNEL

Adapté de la directive Postterm Pregnancy du BCPHP[72] et la ligne directrice de la SOGC sur la prise en charge de la grossesse entre la **41 SA + 0 j** et la **42 SA + 0 j** de gestation.[90]



Essai de travail après césarienne (EDTAC)

Le déclenchement demeure une option pour les femmes qui choisissent l'essai de travail après césarienne (EDTAC). Dans l'ensemble, le taux d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) est plus faible en cas de déclenchement du travail qu'en cas de travail spontané, variant entre 63 % et 66 % (surtout en l'absence d'antécédents d'accouchement vaginal).[52,99,100]

Parmi les femmes qui choisissent l'EDTAC, celles qui ont un col favorable et qui n'ont besoin que d'une RAM ou d'ocytocine pour le déclenchement présentent un taux d'AVAC semblable à celui des

femmes qui ont un travail spontané. À l'inverse, celles qui ont besoin d'une maturation cervicale présentent un taux d'AVAC plus faible et un taux de rupture utérine plus élevé.

Le déclenchement, quelle que soit la méthode utilisée, est associé à un risque accru de rupture utérine (environ 1 % à 1,5 %, comparativement à la valeur de référence de 0,5 %).

Le déclenchement artificiel du travail en présence d'un utérus cicatriciel exige de la prudence :

- La maturation mécanique du col à l'aide d'une sonde à ballonnet est sécuritaire.
- **Associées à un risque accru de rupture utérine, les prostaglandines sont à éviter**.
- L'administration d'ocytocine selon un protocole à faible dose est possible, combinée à une surveillance attentive de la mère et du fœtus et à une prise en compte de la dose maximale. Il faut avoir rapidement accès aux ressources humaines et matérielles nécessaires en cas d'urgence.

Macrosomie fœtale soupçonnée

Un fœtus est jugé gros par rapport à l'âge gestationnel (GAG) lorsqu'on estime que son poids est supérieur au 90^{e} centile pour son âge, tandis que la macrosomie désigne un poids absolu, généralement 4 000 ou 4 500 g, quel que soit l'âge gestationnel.[101]

> Il est difficile de conclure qu'un fœtus est gros par rapport à son âge gestationnel ou qu'il est macrosomique puisqu'il existe une variabilité d'environ 20 % entre l'estimation prénatale du poids à l'échographie et le poids de naissance réel.[101]

Une récente méta-analyse de 41 études sur plus de 100 000 grossesses a conclu qu'un poids fœtal estimé à plus de 4 000 g à l'échographie prédisait la macrosomie avec une sensibilité supérieure à 50 % (rapport de vraisemblance positif : 8,64; IC à 95 % : 6,84-11,17) et prédisait la dystocie des épaules avec une sensibilité de 22 % (rapport de vraisemblance positif : 2,12; IC à 95 % : 1,34-3,35). Les auteurs ont conclu qu'on ne dispose pas suffisamment de données pour appuyer le dépistage systématique de la macrosomie au troisième trimestre, une pratique qui ferait augmenter le taux d'intervention – et de préjudices iatrogènes potentiels – alors que rien ne montre clairement qu'elle réduirait la morbidité néonatale.[102]

Deux méta-analyses de quatre essais (n = 1 190) comparant la prise en charge expectative et le déclenchement du travail dans des cas de macrosomie fœtale soupçonnée (poids à la naissance supérieur à 4 000 g), ont obtenu les résultats suivants :[103 104]

- Poids moyen à la naissance inférieur (différence moyenne : -178,03 g; IC à 95 % : -315,26 à -40,81)
- Aucune différence dans le risque de césarienne ou d'accouchement opératoire.
- Nombre accru de déchirures de troisième et de quatrième degré.
- Diminution des fractures (surtout des fractures de la clavicule et des fractures sans conséquences à long terme) et des cas de dystocie des épaules
- Aucune différence dans le risque de lésion du plexus brachial, les mesures de l'asphyxie néonatale, le taux de score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes ou la fréquence des cas de faible pH du sang artériel du cordon
- Augmentation du recours à la photothérapie néonatale

Les auteurs ont conclu que pour prévenir une fracture, il faudrait déclencher le travail chez 60 femmes.

Le bulletin de pratique de 2020 sur la macrosomie fœtale de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) déconseille le déclenchement avant **39 SA + 0 j** sans indication médicale. Il précise qu'une macrosomie soupçonnée ou un fœtus gros par rapport à l'âge gestationnel ne sont *pas* des indications pour le déclenchement avant **39 SA + 0 j**, puisqu'il n'y a pas assez de données démontrant que la réduction du risque de dystocie des épaules surpasse les méfaits d'un accouchement précoce.[101]

La SOGC et l'ACOG recommandent une césarienne planifiée lorsque le poids estimé excède 4 500 g chez les diabétiques, ou 5 000 g chez les non-diabétiques.[101] En cas de macrosomie fœtale soupçonnée, il faut informer la mère des risques et avantages de l'accouchement vaginal et de la césarienne, selon le degré de macrosomie estimé.[89]

Bien que des ECR aient fait état d'avantages associés au déclenchement du travail en cas de macrosomie soupçonnée, les lignes directrices actuelles, dont celles de la SOGC, n'appuient pas le déclenchement avant 39 semaines de grossesse en raison de la forte possibilité de diagnostic erroné, du taux accru de déclenchement et de césarienne, et des préjudices potentiels.[105]

L'indication du déclenchement à 39 ou à 40 semaines de grossesse dépend de facteurs locaux et institutionnels, des comorbidités et des antécédents obstétriques, et doit suivre un processus de prise de décision centré sur la personne.

Obésité

La ligne directrice de la SOGC sur la préconception et les soins prénataux chez les femmes atteintes d'obésité recommande d'envisager l'accouchement entre **39 SA + 0 j, 40 SA + 0 j** chez les femmes présentant un IMC supérieur ou égal à 40 kg/m^2 avant la grossesse ou pendant le premier trimestre, compte tenu du risque accru de mortinaissance à terme dans cette population.

Les femmes obèses ayant besoin d'une maturation cervicale sont plus susceptibles d'avoir besoin de plusieurs doses de prostaglandine **E_2** pour atteindre un score de Bishop de 6[106] et d'avoir une première phase de travail plus longue. Inversement, il ne semble pas y avoir de risque accru d'incapacité d'amorcer le travail ou de césarienne associé à la maturation mécanique au moyen d'une sonde à ballonnet.[107]

Attention toutefois : l'incidence d'échec du déclenchement augmente avec l'obésité.[108] Le contexte d'obésité peut allonger le délai entre la prise de décision et le moment de l'accouchement. Il est important que l'équipe interprofessionnelle soit formée à cette thématique, puisque les approches et les risques en matière d'anesthésie, l'équipement nécessaire et le nombre de personnes assistantes peuvent être différents selon les circonstances.

Pour en savoir plus, consulter le sujet Obésité.

Déclenchement de convenance à 39 SA + 0 j

La directive actuelle de la SOGC sur le déclenchement artificiel du travail (DAT) stipule : « Il n'est pas recommandé de procéder systématiquement au DAT planifié à 39 semaines d'aménorrhée. Si la patiente le demande, il faut prendre en compte les préférences de cette dernière, les ressources de soins de santé locales et les taux de césarienne associés au DAT dans la région. »[68]

Des données épidémiologiques et de cohorte historiques comparant le déclenchement artificiel du travail spontané pour des âges gestationnels identiques ont mis en évidence des taux d'accouchement vaginal opératoire et de césarienne plus élevés chez les femmes ayant subi un DAT, surtout chez les nullipares.[109]

Toutefois, l'une des faiblesses de ces données est qu'il est difficile de déterminer si le risque accru d'accouchement vaginal opératoire ou de césarienne *découle du DAT lui-même ou de la complication ayant motivé le déclenchement.*

Par ailleurs, une critique méthodologique majeure est la différence fondamentale entre les groupes comparés : les femmes dont le travail est déclenché à un âge gestationnel précis, et les femmes dont le travail commence spontanément (qui n'ont donc pas besoin de déclenchement) au même âge gestationnel. Il serait plus pertinent de comparer les femmes du premier groupe à celles

recevant une prise en charge expectative (qui débouchera sur un travail spontané, un déclenchement artificiel du travail ou une césarienne).

Des études plus récentes, dont l'ECR ARRIVE et plusieurs grandes méta-analyses portant sur des études de cohortes, comparant le mode d'accouchement et les issues à la suite d'un déclenchement artificiel du travail de convenance et de la prise en charge expectative brossent un tout autre portrait. Le premier, et le seul, ECR d'envergure à avoir étudié la question, l'essai multicentrique ouvert ARRIVE mené aux États-Unis en 2018.[110]

Portait sur 3 000 nullipares à faible risque enceintes d'un seul fœtus réparties au hasard dans deux groupes : celles du premier groupe ont vu leur travail déclenché entre **39 SA + 0 j, 39 SA + 4 j**, tandis que celles du deuxième groupe ont fait l'objet d'une prise en charge expectative. Aucune différence entre les groupes n'a été notée pour ce qui est de la mortalité périnatale et des complications graves chez le nouveau-né.

Les issues secondaires ont mis en évidence deux grands constats.

- D'abord, le taux de césarienne, l'issue secondaire principale, était inférieur chez les femmes ayant subi un déclenchement artificiel du travail (18,6 % contre 22,2 %; RR : 0,84; IC à 95 % : 0,76-0,93).
- En outre, ce groupe avait un taux significativement moindre de troubles hypertensifs de la grossesse (9,1 % contre 14,1 %; RR : 0,64; IC à 95 % : 0,56-0,74).

Étant donné que ces résultats étaient inattendus, et que la conception et la puissance statistique de l'étude ciblaient l'évaluation du paramètre primaire des issues périnatales, il a été largement recommandé, y compris par les auteurs de l'étude, de mener des recherches sur ces questions cliniques.

L'une des plus grandes études sur le sujet était une grande revue systématique et méta-analyse publiée dans le JAMA en 2023.111 Portant sur 14 ECR, études de cohorte et études transversales totalisant plus de 1,6 million de participantes (nullipares et multipares) pour évaluer les complications du déclenchement de convenance du travail par rapport à la prise en charge expectative à 39 semaines.

Les résultats suivants ont été obtenus pour le groupe du déclenchement de convenance du travail :

- réduction de 37 % du risque de lésion périnéale du troisième ou du quatrième degré (RC : 0,63; IC à 95 % : 0,49–0,81)
- réduction de la probabilité d'accouchement vaginal opératoire (RC : 0,87, IC à 95 % : 0,79–0,97)
- baisse du taux de macrosomie (RC : 0,66, IC à 95 % : 0,48–0,91)
- baisse du taux de faibles scores d'Apgar à 5 minutes (RC : 0,62, IC à 95 % : 0,79–0,97)

- pas de variation du taux d'admission en UNSI

Une sous-analyse distincte pour les nullipares et les multipares a montré que les multipares ayant subi un DAT avaient subi moins de césariennes d'urgence (RC : 0,61; IC à 95 % : 0,38–0,98), sans toutefois qu'on observe une variation du taux d'accouchement vaginal opératoire. Chez les femmes nullipares ayant subi un DAT, on a observé une hausse significative de la probabilité de dystocie des épaules (RC : 1,22, IC à 95 % : 1,02–1,46).

En conclusion, ces études fournissent de l'information importante en montrant que dans des *groupes appariés*, le déclenchement artificiel du travail (DAT), comparativement à la prise en charge expectative, réduit possiblement le risque de césarienne sans nuire globalement aux issues fœtales et maternelles, qui se trouvent peut-être même améliorées. Les résultats laissent croire que le risque accru de césarienne ou d'accouchement vaginal opératoire observé dans des études de cohorte et des études transversales antérieures découlait probablement d'une variable confusionnelle, le facteur ayant motivé le DAT, plutôt que du DAT lui-même.

Les résultats très commentés et médiatisés de l'essai ARRIVE ont ouvert la porte aux discussions sur le déclenchement artificiel du travail chez les nullipares à faible risque enceintes d'un seul fœtus à compter de **39 SA + 0 j**. L'incidence d'une politique relative au déclenchement de convenance sur les issues cliniques, les ressources de soins, les soins infirmiers ainsi que le travail et l'accouchement devrait être attentivement prise en compte et mesurée.[110]

Les auteurs de l'essai ARRIVE semblent être conscients qu'une politique permissive sur le déclenchement artificiel du travail ne faisant pas la promotion de pratiques strictes pourrait mener à une augmentation du taux de césarienne. Ils recommandent d'attendre au moins 12 heures après la maturation du col, la rupture des membranes et le début de l'administration d'ocytocine avant de procéder à une césarienne pour échec du déclenchement artificiel du travail.[110]

Comme pour bien des innovations médicales, des adeptes de la première heure des résultats de l'essai ARRIVE souhaitent généraliser le déclenchement artificiel du travail de convenance à 39 semaines, tandis que d'autres incitent à faire preuve de prudence avant d'appliquer les résultats d'un ECR isolé à des populations de patientes et à des systèmes de santé différents. L'essai est aussi débattu sur le plan de la philosophie, certains groupes dénonçant la médicalisation accrue du processus d'accouchement de femmes à risque faible, et d'autres avançant que l'élargissement des choix du mode et du moment de l'accouchement renforce le droit des femmes de disposer de leur corps. À souligner : en moyenne, les participantes de l'essai ARRIVE avaient 23-24 ans et un IMC de 30; seulement 27 % des 22 533 femmes invitées à participer ont donné leur consentement.

En France, l'essai FRENCH-ARRIVE, un ECR multicentrique semblable financé par le gouvernement, a ouvert son recrutement en 2021. L'issue primaire est le taux de césarienne, avec des indicateurs secondaires liés à la morbidité maternelle et néonatale. Les caractéristiques des femmes refusant de participer seront aussi étudiées pour comprendre en quoi ce groupe se distingue de celui des femmes ayant accepté de participer à une étude randomisée sur le déclenchement du travail de convenance.

On s'attend à ce que l'éthique, l'incidence systémique et les avantages du déclenchement de convenance restent au centre de la recherche et des débats dans les années à venir.

Âge maternel avancé

Un âge maternel de 40 ans ou plus au moment de l'accouchement est associé à un risque accru de décollement placentaire, de placenta prævia, de présentation anormale, de retard de croissance fœtal, d'accouchement prématuré ou en fin de terme, et d'hémorragie post-partum. Même si on tient compte des autres comorbidités, l'âge maternel avancé est associé à un **risque accru de mortinaissance avant ou pendant l'accouchement**.[112]

Le mécanisme par lequel le risque de mortinaissance est accru pour ce groupe d'âge n'est pas bien compris, mais le risque à 39 semaines de grossesse chez une personne de 40 ans équivaut au risque à 41 semaines chez une personne de 24 à 29 ans.

Il y a une association positive entre l'âge et le taux de césarienne.[113] Chez les pares âgées de 40 ans et plus, le taux de césarienne est doublé (RC ajusté : 2,02; IC à 95 % : 1,92-2,09) comparativement aux patientes âgées de moins de 40 ans, tandis que chez les primipares de 40 ans et plus, le risque de césarienne est plus que triplé (RC ajusté : 3,64; IC à 95 % : 3,41-3,90) comparativement aux patientes âgées de moins de 40 ans.

Par conséquent, un accouchement planifié à 39 semaines de grossesse devrait être offert aux patientes de plus de 40 ans.

Suivi

Important

Considérations post-partum : S'il y a eu administration d'ocytocine pendant le travail, il faut s'attendre à une hémorragie post-partum et prendre les mesures préventives appropriées.

Pour lire sur la prise en charge du troisième stade du travail et la prévention de l'HPP, se reporter au sujet Hémorragie post-partum.

Pièges et risques courants liés à la sécurité

Risques associés au DAT

Quelques risques associés au déclenchement artificiel du travail :

- Tachysystolie utérine, avec ou sans variations de la fréquence cardiaque fœtale.
- Rupture utérine (principalement en présence d'utérus cicatriciel, mais de rares cas ont été signalés chez des femmes sans cicatrice utérine, surtout après la prise d'une dose excessivement élevée de misoprostol).
- Chorioamnionite, en particulier en cas de déclenchement prolongé s'il s'est écoulé plus de 18 heures depuis la rupture des membranes, ou en cas d'examens vaginaux à répétition.
- Procidence du cordon ombilical en cas de rupture artificielle des membranes (RAM), surtout en présence d'hydramnios, de position fœtale mal accommodée ou de présentation non céphalique.

- L’accouchement par inadvertance d'un nourrisson prématuré (en raison d'une datation inadéquate); si ce risque est faible avec la tenue systématique d’une échographie durant le premier trimestre, il doit cependant être pris en compte si la patiente l’a refusée ou a commencé tardivement les soins prénataux.

- Risque faible, mais accru, d’admission en UNSI et de détresse respiratoire néonatale en cas de déclenchement à terme précoce sans indication médicale, de la **37 SA + 0 j** à la **38 SA + 6 j**.[114]

- Le déclenchement artificiel du travail indiqué pour des raisons liées au fœtus, en particulier le retard de croissance fœtal, est associé à une probabilité accrue d’intolérance du fœtus à l’accouchement, entraînant une césarienne d’urgence.

Important

Contre-indications au déclenchement artificiel du travail (DAT) : Il faut éviter de déclencher le travail en présence de toute contre-indication au travail ou à l’accouchement vaginal.[68]

Consulter le sujet Travail pour en savoir plus.

Communication avec la patiente et consentement

Une communication claire et la participation active des personnes enceintes et des familles avec leurs prestataires de soins de santé sont essentielles pour favoriser l'engagement des personnes enceintes et obtenir leur consentement. L'engagement des personnes enceintes fait partie intégrante de l'amélioration de la sécurité, de la qualité et des résultats pour elles.

- Les professionnels et praticiens spécialisés dans la gestion des risques, la qualité et la sécurité des personnes enceintes peuvent inciter les organismes de santé à supprimer les obstacles à l'engagement des personnes enceintes. Cela permettra d'instaurer un climat de confiance entre la personne enceinte et le prestataire de soins de santé et pourrait réduire les méfaits.

- Les personnes enceintes et leurs familles peuvent participer de différentes manières, notamment par l'entremise de consultations cliniques individuelles, en améliorant les transitions dans les soins et en contribuant à l'analyse des incidents.

- Il faut encourager les personnes enceintes et leurs familles à :
  - Poser des questions concernant le plan de soins;
  - Demander à un membre de la famille ou à un ami de les accompagner à l'établissement de santé;
  - Toujours savoir pourquoi et comment elles prennent leurs médicaments;
  - Répéter aux prestataires de soins de santé ce qu'elles croient avoir entendu;
  - Toujours savoir qui est la personne la plus responsable de leurs soins.

Engagement des patients

Les personnes enceintes et leurs familles sont maintenant beaucoup plus sensibilisées aux erreurs médicales et exigent la prise de mesures et une plus grande transparence. Les organisations de soins de santé **collaborent avec les patientes**, du chevet à la salle de conférences, dans le processus décisionnel afin d'obtenir de meilleurs résultats.[115]

- [ ] Utiliser une ressource ou un document à jour et fondé sur des données probantes comme complément aux discussions sur la prise de décision partagée (choix éclairé – consentement éclairé) entre le praticien le plus responsable (PPR) et la personne enceinte concernant la maturation du col ainsi que le déclenchement et l'accélération du travail (ISMP Canada, 2022a) (ISMP Canada, 2022b) (Provincial Council for Maternal and Child Health, 2022).

- [ ] Veiller à ce que les documents ou ressources et les conversations relatives à la prise de décision partagée (choix éclairé – consentement éclairé) :

    - Utilisent un langage clair, explicite et impartial pour décrire les risques, les avantages, les autres options et les preuves liées à la maturation du col, au déclenchement artificiel du travail ou à l'accélération du travail (ACOG Committee on Ethics, 2021).
    - Veiller à ce que la discussion (et la documentation) comprenne une description claire de l'état clinique de la personne enceinte et du fœtus.

- [ ] Mettre en œuvre des stratégies permettant d'accéder à des services d'interprétation lors des conversations visant à la prise de décision partagée (choix éclairé – consentement éclairé).[115]

---

[115] HIROC « Risk Notes – Patient Engagement » (en anglais seulement) (2017). Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.hiroc.com/resources/risk-notes/patient-engagement

Communication avec la patiente et consentement

Une communication ouverte et un consentement éclairé sont essentiels au déclenchement artificiel du travail, car ils aident les patientes et leurs familles à se sentir respectées et impliquées tout en favorisant la sécurité des soins. Une communication efficace et empathique ainsi qu'un consentement éclairé clair permettent de s’assurer que les avantages et les risques sont bien compris et que tous participent activement à la prise de décision.

Ce qu’il faut inclure dans une discussion sur le déclenchement artificiel du travail

Durant la discussion sur le déclenchement artificiel du travail (DAT), il faut :

- [ ] expliquer clairement les raisons motivant l’accouchement en précisant la force de la recommandation (p. ex., *forte recommandation* ou *suggestion*).
- [ ] préciser en quoi consiste le déclenchement artificiel du travail (DAT), ainsi que le moment, l’endroit et la façon de procéder;
- [ ] déterminer si la maturation cervicale est nécessaire;
- [ ] estimer combien de temps prendra la maturation cervicale;

☐ aviser la patiente que, chez certaines femmes, le déclenchement artificiel du travail (DAT) est plus douloureux que le travail spontané, et présenter les options analgésiques offertes;

- présenter les options de rechange si un DAT n'est pas souhaité ou si la patiente change d'idée et décide de ne plus procéder au déclenchement;
- expliquer à la patiente quels sont les avantages et les risques du déclenchement pour elle et le fœtus, par rapport à une prise en charge expectative (ou à une césarienne) en fonction de la situation clinique;
- aviser la patiente qu'en cas d'échec du déclenchement artificiel du travail (DAT), une césarienne pourrait être nécessaire.[45-47, 116]

Incidence du DAT sur les options pour la naissance et l'expérience

La patiente devrait savoir que le déclenchement artificiel du travail est une intervention médicale qui influence ses options pour la naissance et son expérience de celle-ci. Par exemple :

- Des examens vaginaux sont recommandés avant le DAT et tout au long de celui-ci, à des intervalles cliniques précis, pour évaluer la maturité cervicale (score de Bishop) et la progression du travail avec un médicament utérotonique.

- Le lieu de naissance peut être dicté par les interventions recommandées et les besoins (monitorage fœtal continu, accès aux analgésiques ou aux médicaments nécessaires pour le déclenchement).
- Le fœtus peut présenter des anomalies de la fréquence cardiaque secondaires au risque de tachysystolie utérine associé aux médicaments utilisés pour le déclenchement.

La planification du déclenchement du travail comprend un processus de consentement éclairé qui permet aux patientes de participer à la prise de décision et qui respecte leurs préférences quant à la naissance. La patiente qui se voit offrir un déclenchement artificiel du travail devrait avoir le temps d'examiner les renseignements qui lui sont donnés dans un format facilitant la compréhension. Elle doit en outre être invitée à s'informer davantage et avoir l'occasion de poser des questions.

Les prestataires de soins doivent savoir qu'une patiente a le droit d'opter pour le déclenchement artificiel du travail (DAT), de le reporter, de le refuser ou d'y mettre fin. **Ils doivent également respecter les décisions de la patiente**, même s'ils ne sont pas d'accord, et ne devraient pas laisser leur point de vue personnel influencer les soins prodigués. Le processus de consentement éclairé devrait être documenté au dossier. Les risques évoqués doivent être adaptés aux circonstances cliniques de la patiente.

Exemple : Résumé d’une discussion en langage clair

Aujourd’hui, nous avons discuté du déclenchement artificiel du travail.

Pourquoi le déclenchement?

Nous recommandons le déclenchement artificiel pour aider votre travail à commencer, parce que :

- Votre bébé est déjà en retard de quatre jours, et
- Votre tension artérielle a été plus élevée lors des trois dernières visites. Elle semble augmenter lors de chaque examen.
- Nous estimons qu’il est plus sûr d’accoucher maintenant plutôt que d’attendre que votre tension artérielle soit plus élevée, avec des risques accrus pour vous et pour le bébé.

Comment est-ce que cela fonctionne?

- Le travail est déclenché avec des médicaments ou par d’autres moyens à l’hôpital. Votre col est mou, mais épais et dilaté de 1 cm : il n’est donc pas encore prêt pour un déclenchement.
- Nous allons d'abord procéder à la maturation du col – cela ramollit et dilate le col, ce qui peut prendre quelques heures ou toute la nuit.
- Nous avons parlé de deux options : un comprimé et une sonde, et nous les passerons en revue de nouveau ce soir.

Ce à quoi vous devriez vous attendre :

- Le travail pourrait sembler plus fort ou plus douloureux que s'il se déclenchait par lui-même. Nous parlerons également des façons d'aider à gérer cela, ainsi que des analgésiques.
- Nous vérifierons régulièrement votre col au moyen d'examens vaginaux pour voir comment les choses progressent.
- La fréquence cardiaque du bébé sera surveillée de près pendant le déclenchement.
- Vous devrez accoucher à l'hôpital, afin que nous ayons toutes les bonnes ressources et options à portée de main.

Risques et options :

- Le déclenchement artificiel du travail contribue à réduire les risques liés au fait d'attendre plus longtemps, tels que les risques liés à votre tension artérielle et au dépassement de la date prévue pour l'accouchement. Ils peuvent affecter votre bien-être et toucher également le bébé. L'hypertension artérielle pendant la grossesse affecte le flux sanguin vers le placenta ainsi que le fonctionnement de vos reins et de votre foie, la coagulation sanguine et la santé cérébrale. Aimeriez-vous avoir d'autres détails?
- Parfois, le déclenchement peut provoquer de fortes contractions susceptibles d'affecter la fréquence cardiaque du bébé, c'est pourquoi nous vous surveillons de près.
- Si le déclenchement artificiel du travail ne fonctionne pas, vous aurez peut-être besoin d'une césarienne.

- Ce soir, nous réévaluerons la situation dans son ensemble et vous pourrez décider de ne pas déclencher le travail si on peut attendre sans danger. Cela sera basé sur vos tensions artérielles et sur votre évaluation ainsi que celle du bébé.
- Nous parlerons toujours des étapes suivantes.

Questions :

- À votre retour, apportez toutes vos questions, le cas échéant. Nous voulons que vous vous sentiez à l'aise, informée et soutenue dans votre plan d’accouchement.

Facteurs contextuels à considérer

Il est important d’avoir un **protocole de triage clair** pour le déclenchement artificiel du travail dans votre unité afin d'assurer la sécurité des patients, le déroulement des soins et la prise de décision éclairée.



Protocole de triage

Cinq raisons pour lesquelles un protocole de triage clair est important.

Sélectionnez le bouton ou les flèches pour continuer.

Étape 2

Accorder la priorité à la sécurité des patients et au niveau d’urgence médicale

- Certains déclenchements sont plus urgents que d'autres (p. ex., prééclampsie grave, atteinte fœtale soupçonnée); un protocole de triage aide donc le personnel à décider qui doit être pris en charge d’abord.
- Cela réduit le risque de retards pour les patientes à haut risque lorsque l'unité est très achalandée.

Étape 3

Gérer la capacité et le niveau de dotation de l’unité

- Les déclenchements artificiels du travail exigent du temps, des lits, de la surveillance et du personnel. Un protocole clair permet d'adapter le calendrier des déclenchements au niveau de dotation en personnel, au nombre de lits disponibles et à la charge de travail de l'unité.
- Cela permet d’éviter le nombre excessif de patientes et l’encombrement dangereux.

Étape 4

Normaliser les soins et réduire les variations

- Tout le monde suit les mêmes étapes convenues pour évaluer, admettre et classer les patientes par ordre de priorité en vue du déclenchement artificiel du travail.
- Cette uniformité améliore l’équité, la transparence et la qualité des soins.

Étape 5

Soutenir le consentement éclairé et la communication

- Un plan de triage permet aux patientes de savoir à quoi s'attendre : à quel moment elles seront appelées, les retards possibles, qui appeler si le travail commence spontanément et ce qui se passe si l'unité est pleine.
- Cela réduit le stress pour les familles et permet d’avoir des attentes réalistes.

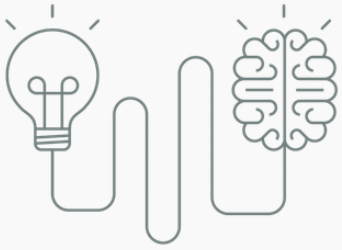
Étape 6

Soutenir la prise de notes et la responsabilisation

- Un processus clair permet de mieux comprendre pourquoi les patientes ont été convoquées dans un certain ordre, comment les retards ont été gérés et si le niveau d'urgence approprié a été attribué.
- Cela contribue à protéger l’équipe de soins et la patiente en cas de questions par la suite.

Faites défiler vers le bas pour continuer.

Question pour l’apprentissage réflexif



Pouvez-vous penser à d’autres raisons d’avoir un protocole de triage pour le déclenchement artificiel du travail?

Déclenchement et rendez-vous

Éléments à aborder dans votre protocole normalisé fondé sur les données probantes en matière de triage et de prise de rendez-vous pour le déclenchement artificiel du travail :

- [ ] Normes convenues pour la détermination de l'âge gestationnel, les indications médicales approuvées et le degré d'urgence, y compris la chaîne de commandement ou le protocole d'escalade pour l'examen médical.

- [ ] Conditions requises pour reporter les déclenchements médicalement indiqués (p. ex., reportés uniquement en cas d'absolue nécessité et accompagnés d'évaluations planifiées ou régulières du fœtus et de la personne enceinte) ainsi que les déclenchements de convenance.

- [ ] L'acuité et les volumes actuels et prévisibles (y compris les transferts éventuels depuis les établissements communautaires de travail et d'accouchement).

- [ ] Le caractère adéquat des effectifs et de leur composition actuels et prévisibles, ainsi que des ressources disponibles pour répondre à une urgence obstétricale.

- [ ] Mesures spécifiques à prendre si l'acuité et les volumes changent pendant un déclenchement artificiel du travail (DAT) ou une accélération (augmentation) du travail.[2]

[2] HIROC – Fiche de référence « Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour Risk » (en anglais seulement) (2023). Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour

Intégration avec des sujets connexes

Facteurs connexes

Le déclenchement artificiel du travail recoupe d'autres thèmes liés aux comorbidités et aux problèmes de santé avant, pendant et après l'accouchement chez les personnes enceintes, ainsi qu'à d'autres risques pendant et après l'accouchement associés au déclenchement.

Sélectionnez chaque onglet pour en savoir plus.

COMORBIDITÉS/PROBLÈMES DE SANTÉ | SUJETS CONNEXES

Comorbidités/Problèmes de santé

- Grossesse avec hypertension
- Hémorragie avant/pendant l'accouchement
- Rupture prématurée des membranes
- Obésité
- Diabète gestationnel
- Travail prématuré

- Antécédents de mortinaissance

COMORBIDITÉS/PROBLÈMES DE SANTÉ

SUJETS CONNEXES

Sujets connexes

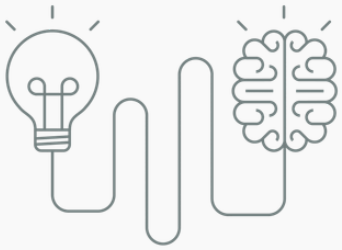
- Accouchement vaginal assisté
- Dystocie des épaules
- Hémorragie post-partum

Culture de sécurité lors du déclenchement artificiel du travail

Lorsqu'une unité dispose d'un protocole clair et respectueux pour prendre des décisions telles que la priorité à accorder au déclenchement artificiel du travail, cela réduit les conflits, favorise l'équité et renforce la confiance. Les équipes savent à quoi s'attendre et se sentent à l’aise de poser des questions ou de transmettre leurs préoccupations sans craindre d'être blâmées. Cette cohérence et ce respect constituent le fondement de la sécurité psychologique, où une culture d'équipe saine permet à chaque voix d'être entendue, aux décisions d'être transparentes et aux soins prodigués aux patients d'être plus sécuritaires.

La sécurité psychologique est également indissociable de la culture générale de la sécurité dans les soins de santé, où des systèmes fiables, une communication solide et des équipes autonomes travaillent ensemble pour protéger les patients dans tous les contextes.

Question pour l’apprentissage réflexif



Comment la sécurité psychologique au sein de votre unité influence-t-elle la manière dont vous dispensez des soins sécuritaires?

Culture de sécurité

Après avoir examiné le contenu, les risques et les questions de sécurité lors de l'évaluation, de la prise de décision et du déclenchement du travail proposé, l'incidence d'une culture de sécurité forte apparaît clairement : elle renforce la communication et la prise de décision partagée, et atténue les risques en assurant des soins cohérents et basés sur le travail d'équipe.

Sélectionnez chaque type de stratégie pour en savoir plus.

STRATÉGIES DE COMMUNICATION

STRATÉGIES D'ESCALADE

Stratégies de communication

Mettre en œuvre des stratégies formelles pour développer et maintenir un environnement de travail qui soutient et attend :

- Une remise en question et une contestation assertives et respectueuses des ordonnances de maturation du col, de déclenchement artificiel et d'accélération du travail (Provincial Council for Maternal and Child Health 2024, AHRQ Safety Program for Perinatal Care 2017).
- Une tolérance zéro envers le harcèlement et l'intimidation entre les disciplines et à l'intérieur de celles-ci.
- Une intervention rapide face à une détérioration suspectée ou avérée de l'état de santé d'une personne enceinte ou du fœtus, notamment en sollicitant l'aide de collègues et d'autres ressources (p. ex., des équipes d'intervention rapide, le cas échéant).

Stratégies d'escalade

Adopter un protocole hiérarchique (escalade) normalisé, formalisé et propre au programme pour l'intensification rapide des préoccupations ou des désaccords non résolus concernant les soins liés aux ordonnances ou aux décisions relatives à la maturation du col, au déclenchement artificiel ou à l'accélération du travail (Provincial Council for Maternal and Child Health 2024, AHRQ Safety Program for Perinatal Care 2017).[70,117]

Un domaine d'opportunité qui, s'il n'est pas pris en compte, **nuit à la sécurité psychologique**, comprend les lacunes en matière de communication telles que les suivantes :

- Communication inadéquate lors des transferts entre prestataires de soins de santé.

- Hésitation à faire remonter les préoccupations relatives aux pratiques et aux praticiens dangereux, y compris les praticiens occupant des postes de direction, en raison de la culture de travail et des défis liés aux ressources.
- Notification et consultation tardives du médecin en présence de contre-indications et/ou de signes de décompensation chez la personne enceinte ou le fœtus.[115]

---

[2] HIROC – Fiche de référence « Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour Risk » (en anglais seulement) (2023). Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour



Communication interprofessionnelle

La sécurité psychologique et une communication efficace au sein de l'équipe sont au cœur d'un déclenchement artificiel du travail en toute sécurité. Lorsque les membres d'une équipe se sentent à l'aise de s'exprimer, de clarifier les priorités et de remettre en question les décisions sans crainte, cela réduit les malentendus et les retards.

Les outils d'aide renforcent cette culture en créant des attentes communes et une communication fiable :

- Protocoles normalisés
- Listes de vérification
- Transferts des soins structurés
- Documentation complète et soutenante

Ensemble, la sécurité psychologique, une communication efficace, une documentation complète et des outils bien conçus constituent la base de pratiques de déclenchement artificiel du travail (DAT) sécuritaires et cohérentes qui protègent les patientes et renforcent la culture d'équipe.

Une communication interprofessionnelle efficace exige que les personnes soignantes comprennent et reconnaissent le point de vue des autres professionnels et apprenants au sein de chaque profession. En évitant les structures hiérarchiques traditionnelles et en reconnaissant que lorsque nous combinons les compétences, les connaissances et l'expérience spécifiques d'autres prestataires de soins issus de différentes disciplines, nous améliorons la capacité de notre équipe à fournir des soins complets, coordonnés et sûrs.[118, 119] L'apprentissage interprofessionnel devient la norme dans la formation des prestataires de soins de santé, car aucune profession ne fonctionne en vase clos.

Important

La sécurité psychologique est le fondement d'une communication interprofessionnelle efficace.

Les éléments clés comprennent la capacité à :

- Poser des questions sans craindre d’être taxé d’ignorance.
- Demander de la rétroaction sans craindre d’être taxé d’incompétence.
- Critiquer respectueusement un plan sans craindre d’être considéré comme perturbateur.
- Fournir des suggestions d’amélioration sans craindre d’être considéré comme négatif.



Stratégies de communication



Parmi les stratégies efficaces de communication au sein de l'équipe, on peut citer :

- Les outils de communication structurés tels que I-SBAR (situation, antécédents, évaluation, recommandation) ou I-CHAT (situation actuelle, antécédents, évaluation, traitement). Ce format peut également être utilisé pour la documentation écrite de plans de soins ou les résumés de consultation.
- L'utilisation d'un langage clair, **concis et normalisé,** y compris les termes et les abréviations acceptables. Les équipes doivent connaître les acronymes, l'argot ou les expressions couramment utilisés, en particulier ceux qui désignent les codes d'urgence tels que « Code OB » ou « Code bleu ». Il arrive souvent que les apprenants ou les nouveaux membres de l'équipe ne connaissent pas ce langage, ce qui peut se traduire par de la fausse information et des erreurs. De plus, les membres de l'équipe doivent éviter les énoncés partiels et les suppositions selon lesquelles les autres comprennent ce qui est dit.

Sélectionnez ci-dessous pour obtenir l'outil de communication en format PDF.



Simulations

Les simulations permettent de répéter les interventions d'urgence en équipe à l'aide de protocoles propres à chaque unité et fondés sur des

données probantes, qui facilitent l'efficacité, l'exécution et l'efficience lors de situations d'urgence réelles.

Utilisez les exercices d'entraînement comme une occasion de répéter une **communication efficace en boucle fermée**. Dans un environnement confus et stressant, la communication en boucle fermée crée un modèle de communication clair, afin de s'assurer que l'on confirme que les demandes sont « terminées » et « par qui ».



Transfert des soins/d'information

Le transfert des soins est défini comme le transfert de la responsabilité professionnelle et de la responsabilisation pour tout ou partie des soins prodigués à un patient ou à un groupe de patients à une autre personne ou à un autre groupe professionnel, à titre temporaire ou permanent.[120] Il peut avoir lieu lors d'un changement d'équipe, pendant les pauses ou lors de transition dans les soins.

Voici quelques obstacles à un transfert efficace des soins: [121, 122]

- **Milieu :** Se produit souvent dans un lieu de travail très actif, sujet à des interruptions et à un transfert réduit de l'information.
- **Contraintes de temps :** Peut entrer en concurrence avec des activités cliniques urgentes ou d'autres

tâches. La fin du quart de travail peut être synonyme de fatigue et d'envie de « simplement terminer le travail ». Manque de temps planifié.

- **Non-utilisation des outils de communication standard :** Manque de structure, absence de lignes directrices pour poser des questions ou demander des éclaircissements, recours à la mémoire plutôt qu'à des documents écrits.

- **Renseignements manquants :** Normes divergentes quant à ce qui est important ou tentative de fournir de mémoire des renseignements de manière informelle.

- **Style de communication :** Utilisation d'une terminologie non standard, hiérarchie des soins de santé limitant le partage d'informations.

- **Manque de formation :** Aucune formation officielle sur les meilleures pratiques en matière de stratégies de communication.

---

[122] L'Association canadienne de protection médicale. Transitions en matière de soins : Obstacles aux transferts efficaces. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-team/transitions-in-care

Les caucus sont de brèves réunions interprofessionnelles (10 à 15 minutes) organisées au milieu du quart de travail, généralement à la même heure, afin d'échanger de l'information et de faire le point sur la situation.[123] Ils portent sur l'état général de l'unité, l'état des patients et souvent sur un plan d'action pour le reste du quart de travail.



Conscience situationnelle

La conscience situationnelle consiste à savoir ce qui se passe autour de soi, à le comprendre et à en projeter la signification sur l'avenir.[124, 125]

La conscience situationnelle d'une personne est influencée par les éléments suivants :

Facteurs humains	Facteurs environnementaux
• Comportement (fatigue, frustration, état émotionnel) • Distractions et interruptions	• Environnement physique (espace de travail, bruit, température)

• Normes culturelles	• Environnement humain (dotation en personnel, collègues, ensembles de compétences) • Tâches à accomplir – besoins des patients • Problèmes systémiques

Obstacles à la conscience situationnelle:

- **Ancrage :** Poser un diagnostic trop rapidement, ne pas réévaluer les nouveaux renseignements.
- **Biais de confirmation :** Recherche de données probantes qui correspondent à la situation actuelle ou confirment le diagnostic, à l'exclusion des données probantes contraires.
- **Biais cognitif :** Perception de la réalité biaisée par ce que l'on savait déjà auparavant.
- **Biais attentionnels :**
  • Restreindre son attention pour exclure des renseignements potentiellement cruciaux;
  • Être focalisé sur une tâche et ne pas voir la situation dans son ensemble;
  • Passer à côté de changements importants;

- Ne pas voir d’autres façons d’utiliser les ressources;
- Être figé dans un schème de pensée particulier.

L'introspection est essentielle pour ajuster votre point de vue et vos préjugés.

Documentation

Les ruptures de communication et le manque de collaboration au sein des équipes contribuent de manière significative aux incidents liés à la sécurité des patients. La documentation est une forme de communication et la consignation des soins joue un rôle prépondérant dans la gestion des risques et la sécurité. Dans le processus de déclenchement du travail et les soins prodigués, il existe d'importantes possibilités d'améliorer la sécurité grâce à la documentation.

Veiller à ce que les discussions relatives à la prise de décision partagée (choix éclairé – consentement éclairé) soient documentées de manière complète et en temps opportun, notamment en ce qui concerne :

- La maturation du col et le déclenchement et l’accélération pharmaceutiques du travail (Provincial Council for Maternal and Child Health, 2022, Robinson et coll. 2023a, Robinson et coll. 2023c).

- Un monitorage fœtal électronique (MFE) continu lorsque cela est indiqué (utilisation d'ocytocine ou doses répétées de prostaglandine **E_1** pour le déclenchement du travail actif) (Robinson et coll. 2023b, Robinson et coll. 2023c).

Documentation du refus à consentir

Veiller à ce que la discussion relative au refus éclairé soit documentée de manière complète et en temps opportun dans le dossier médical lorsque la personne enceinte refuse les éléments suivants (sans s'y limiter) :

- MFE avant le retour à la maison après l'administration de prostaglandine **E_1** OU **E_2** pour la maturation du col.
- MFE pendant le déclenchement et l'accélération du travail.
- Évaluations de la personne enceinte et du fœtus pendant la maturation, le déclenchement artificiel du travail (DAT) ou l'accélération.
- Si un formulaire de consentement/refus est utilisé, s'assurer qu'il est accompagné de notes complètes et opportunes dans le dossier médical.
- Mettre en œuvre des stratégies formelles pour surveiller, mesurer et améliorer la prise de notes par l'équipe interdisciplinaire chargée de prescrire, de mettre en œuvre et de prendre en charge les

personnes enceintes dont le travail a été déclenché ou accéléré par des médicaments (HIROC 2017).

Ce qu'il faut documenter

Exemples **d'éléments à documenter** lors d'une discussion sur la prise de décision partagée (choix éclairé – consentement éclairé) concernant le DAT :

- [ ] Le scénario clinique global et en évolution de la personne enceinte.
- [ ] Les raisons pour lesquelles la maturation du col, le déclenchement ou l'accélération du travail est proposé.
- [ ] Les avantages et les risques associés à l'intervention proposée, en particulier les risques connus, prévisibles et possibles ainsi que les conséquences possibles pour le fœtus.
- [ ] Les solutions de rechange à la maturation du col, au déclenchement artificiel du travail (DAT) ou à l'accélération proposé, y compris les risques associés à ces solutions.
- [ ] Les risques possibles, connus et prévisibles associés au refus de l'intervention proposée.
- [ ] La disponibilité du personnel hospitalier (anesthésistes, inhalothérapeutes, obstétriciens, sages-femmes,

infirmières de bloc opératoire, etc.) et des ressources (p. ex., salles d'accouchement par césarienne, UNSI) nécessaires pour répondre aux urgences obstétricales).

- [ ] Les raisons pour lesquelles le MFE est recommandé pendant la maturation, le déclenchement artificiel ou l'accélération.

Amélioration des pratiques de documentation

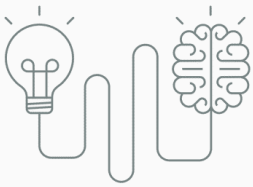
Domaines d'opportunité pour améliorer les pratiques de documentation pour le DAT :

- Évaluations de la santé du fœtus et mesures prises (lorsque cela est indiqué par les pratiques actuelles fondées sur des données probantes).
- Consultations et prescriptions des sages-femmes et des médecins pour le déclenchement et l'accélération du travail (p. ex., nom du médecin prescripteur ou consultant; date et heure de l'ordonnance ou de la consultation; état du fœtus et facteurs de risque communiqués au moment de la discussion ou de la consultation; conclusions et recommandations; modifications apportées au plan d'accouchement ou de prise en charge).
- La justification clinique pour accepter une ordonnance, poursuivre ou augmenter le débit de perfusion en

présence de contre-indications pour la personne enceinte ou le fœtus (« conformément au protocole » ou « conformément aux ordonnances » n'est pas approprié ou suffisant).[2]

---

[2] HIROC – Fiche de référence « Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour Risk » (en anglais seulement) (2023). Consulté le 30 juin 2025 sur https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour



Questions de réflexion pour mesurer les impacts

1. Dans quelle mesure ce sujet améliorera-t-il votre capacité à collaborer et à communiquer entre différentes professions dans des situations obstétricales à haut risque?

2. Réfléchir à la manière dont vous allez modifier votre consentement et votre documentation relatifs au DAT en fonction de ce sujet.

3 Comment allez-vous modifier votre langage ou votre comportement afin de mieux soutenir les personnes soignées et vos collègues dans les situations émotionnellement intenses?

4 Quels comportements d’équipe devraient être renforcés dans votre unité? Comment partagerez-vous cette observation avec l’équipe?

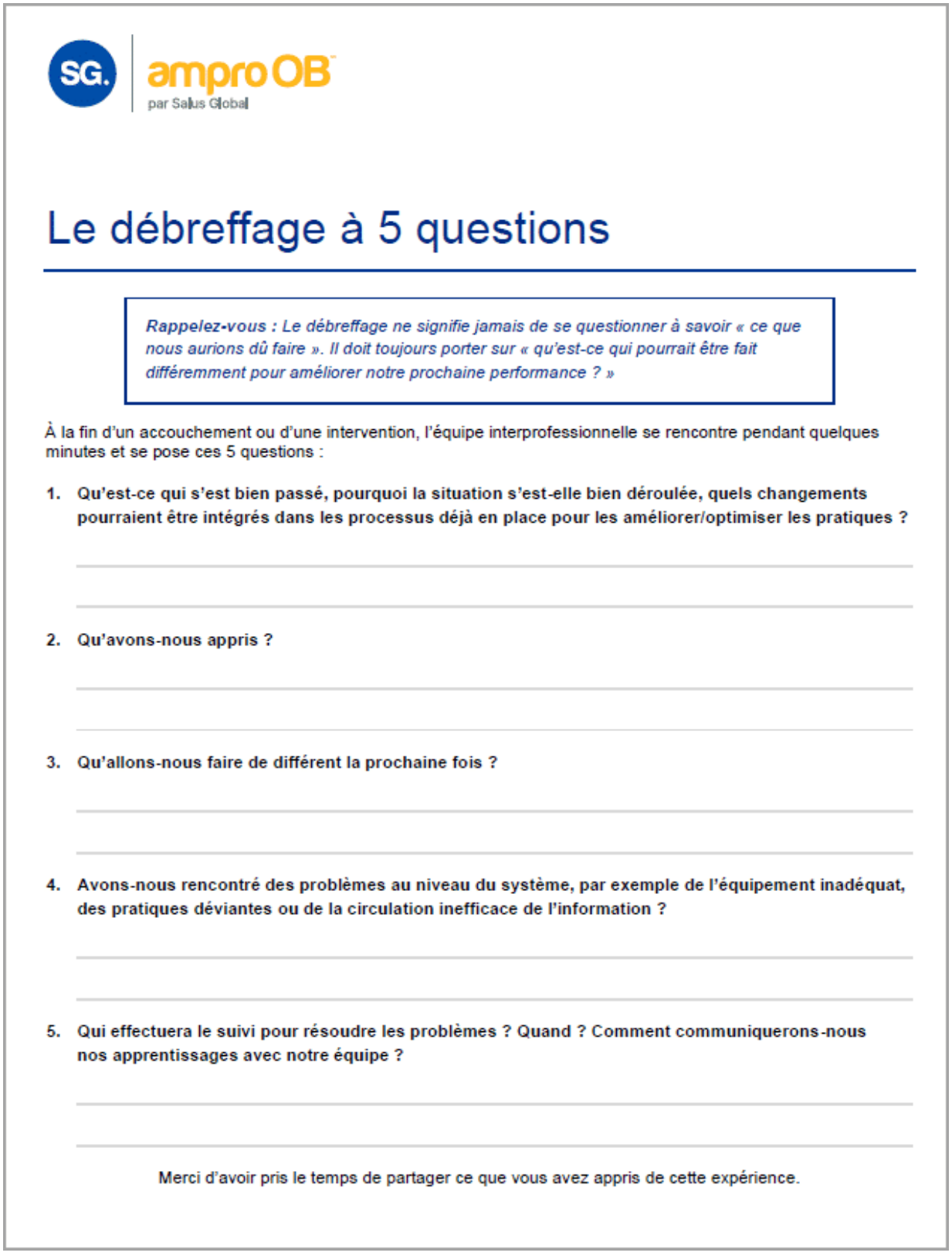
Le débreffage

Le déclenchement artificiel du travail est un processus complexe qui offre des occasions de revoir, d'apprendre et d'améliorer cette démarche. Le débreffage avec une équipe après un déclenchement réussi est tout aussi important que lorsqu'il y a un résultat indésirable. Un principe de la théorie Sécurité-II suggère que tirer des enseignements des résultats positifs renforce la qualité et l'excellence des soins. Une étape importante pour assurer une sécurité durable est de comprendre POURQUOI quelque chose réussit malgré les nombreux défis à relever pour y arriver. Comprendre pourquoi les équipes réussissent leur permet de reproduire ce succès et d'améliorer la robustesse des processus de déclenchement artificiel du travail.

Le débreffage après les événements réels et les simulations permet de renforcer les comportements positifs et de relever les problèmes systémiques ou les lacunes dans les connaissances. Le débreffage inclut les éléments essentiels suivants :[126]

- Participation active allant au-delà de la simple réception passive de rétroaction.

- Intention de développement axée sur l’apprentissage et l’amélioration (plus qu’une simple l’évaluation du rendement).
- Discussion d’événements précis, et non seulement de généralités.
- Commentaires de toutes les parties concernées.



Le débreffage à 5 questions

Rappelez-vous : Le débreffage ne signifie jamais de se questionner à savoir « ce que nous aurions dû faire ». Il doit toujours porter sur « qu'est-ce qui pourrait être fait différemment pour améliorer notre prochaine performance ? »

À la fin d'un accouchement ou d'une intervention, l'équipe interprofessionnelle se rencontre pendant quelques minutes et se pose ces 5 questions :

1. **Qu'est-ce qui s'est bien passé, pourquoi la situation s'est-elle bien déroulée, quels changements pourraient être intégrés dans les processus déjà en place pour les améliorer/optimiser les pratiques ?**

2. **Qu'avons-nous appris ?**

3. **Qu'allons-nous faire de différent la prochaine fois ?**

4. **Avons-nous rencontré des problèmes au niveau du système, par exemple de l'équipement inadéquat, des pratiques déviantes ou de la circulation inefficace de l'information ?**

5. **Qui effectuera le suivi pour résoudre les problèmes ? Quand ? Comment communiquerons-nous nos apprentissages avec notre équipe ?**

Merci d'avoir pris le temps de partager ce que vous avez appris de cette expérience.

Pour que les débreffages soient constructifs et efficaces, un **outil de débreffage structuré** comme **« Le débreffage à 5 questions »** peut s'avérer utile.

- Qu’est-ce qui s’est bien passé et pourquoi? Y a-t-il quelque chose que nous pouvons intégrer à nos processus pour améliorer les résultats dans des situations similaires?
- Qu’avons-nous appris?
- Que ferions-nous différemment la prochaine fois?
- Y a-t-il eu des problèmes systémiques – équipement, processus, information, communication?
- Un suivi est-il nécessaire? Dans l’affirmative, par qui et quand?

Sélectionner ci-dessous pour obtenir l’outil de débreffage à 5 questions en format PDF.



Humilité culturelle

L'humilité culturelle est une attitude permanente d'ouverture, d'introspection et de respect envers l'identité culturelle et l'expérience vécue de chaque patient. Dans le domaine des soins cliniques, cela signifie reconnaître que nous ne savons pas tout sur le parcours d'une autre personne. Par conséquent, nous posons des questions, nous écoutons et nous adaptons nos soins afin de répondre à ses besoins, à ses valeurs et à ses préférences.

> **Simplement dit,** il ne s'agit *pas* de maîtriser des faits concernant les cultures. Il s'agit plutôt de démontrer de la curiosité et du respect. Cela signifie de vérifier nos propres préjugés et notre pouvoir, et de collaborer avec la patiente dans la prise de décision.

Une étude ghanéenne réalisée en 2025 a examiné les expériences respectueuses par opposition aux mauvais traitements subis pendant la DAT. Les conclusions soulignent la nécessité d'adopter des approches humbles sur le plan culturel et axées sur la patiente. Ces stratégies s'appliquent également pendant le DAT, où les déséquilibres de pouvoir s'intensifient et où le consentement éclairé souffre en leur absence.

Utilisez le tableau et la liste de vérification pour guider et documenter les soins respectueux et humbles pendant les discussions et les procédures relatives au DAT.[127]

Défi lié au DAT	Réaction humble sur le plan culturel
Mauvaise information et communication peu claire	• Fournir de l'information claire et opportune; utiliser la méthode de la reformulation; obtenir le consentement.
Exclusion du processus décisionnel	• Traiter la personne enceinte comme une co-experte; l'inviter à partager les décisions.
Manque de soutien émotionnel ou à la douleur et de confidentialité	• Assurer une présence compatissante, une prise en charge adéquate de la douleur et un environnement respectueux.
Coercition/mauvais traitements	• Intégrer la réflexivité, remédier aux déséquilibres de pouvoir, promouvoir des soins respectueux.

Obstacles au niveau institutionnel ou macro	• Concevoir conjointement la formation et les interventions; intégrer la responsabilisation.

Liste de vérification d'un plan de soins humble sur le plan culturel

Sélectionnez chaque point clé pour passer en revue ce qu'il inclut.

1. Établissement de relations

- [ ] A accueilli la personne enceinte en utilisant le nom et les pronoms qu'elle préfère.
- [ ] Lui a posé des questions concernant sa ou ses personnes de soutien et ses besoins culturels.
- [ ] A eu recours à un interprète, au besoin.
- [ ] A confirmé que la personne enceinte comprenait en lui demandant d'expliquer ce qu'elle a appris.
- [ ] A fourni des outils écrits et visuels.

2. Communication et compréhension

- [ ] A eu recours à un interprète, au besoin.
- [ ] A confirmé que la personne enceinte comprenait en lui demandant d'expliquer ce qu'elle a appris.
- [ ] A fourni des outils écrits et visuels.

3. Prise de décision éclairée et partagée

- A expliqué la raison du plan de soins, clairement et en langage simple.
- A présenté des options (y compris la prise en charge expectative, le cas échéant).
- A documenté les valeurs, les préférences et la décision de la personne enceinte.

4. Respect de l'autonomie et de la dignité

- A assuré des conversations privées et sans hâte.
- A encouragé les questions et a exprimé son ouverture aux préoccupations.
- A évité le langage coercitif ou impératif.

5. Douleur, positionnement et environnement

- A discuté tôt des options de soulagement de la douleur.
- A soutenu les préférences culturelles ou spirituelles (p. ex., prière, musique, rituels).
- A permis la liberté de mouvement, lorsque cela pouvait être fait de façon sécuritaire.

6. Réflexion et rétroaction

- Réflexion du clinicien/de l'équipe après la consultation : Quelles hypothèses avons-nous faites?
- A demandé à la personne enceinte : « Y a-t-il quelque chose que nous avons omis et qui ferait en sorte que vous sentez plus vue ou en sécurité? »

Sélectionner ci-dessous pour obtenir la liste de vérification d'un plan de soins humble sur le plan culturel en format PDF.

PDF

Liste de vérification pour un plan de soins respectueux sur le plan culturel.pdf

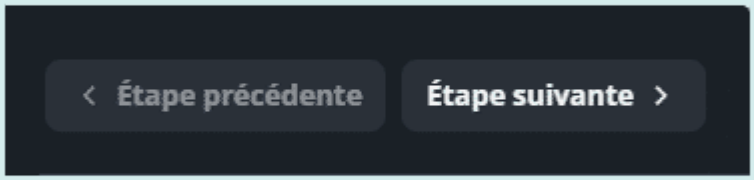
153.6 KB

Questionnaire et journalisation



Félicitations!

Vous avez atteint la conclusion du sujet Déclenchement artificiel du travail (DAT).



Pour terminer le sujet et enregistrer cette tactique, vous devrez répondre au **questionnaire** et **à l'enquête de rétroaction**.

Cliquez sur le bouton Étape suivante en haut de votre écran pour passer au questionnaire.

Références

Pour consulter les références sur ce sujet, cochez la case ci-dessous.

Références

1. Risques médico-légaux en obstétrique : ce que les médecins doivent savoir [en ligne]. Association canadienne de protection médicale. 2025 [cité le 6 septembre 2025]. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/know-your-risk/what-obstetricians-need-to-know

2. Mismanagement of Induction and Augmentation of Labour [en ligne]. HIROC. 2023 [cité le 6 septembre 2025]. Disponible à : https://www.hiroc.com/resources/risk-reference-sheets/mismanagement-induction-and-augmentation-labour

3. Institut canadien d'information sur la santé (2024). Votre système de santé : En profondeur. Consulté en décembre 2024 à https://www.cihi.ca/fr/votre-systeme-de-sante-en-profondeur

4. Calder LA, Bowman CL, Yang Q, Gondocz T, Young C, Zhang C, et coll. Un cadre d'indicateurs de la qualité pour les domaines à risque élevé en soins obstétricaux. 2019 [cité le 6 septembre 2025]. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/cmpa-research/a-quality-indicator-framework-for-high-risk-areas-in-obstetrical-care

5. Agence de la santé publique du Canada. Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales. Ottawa, ON : Public Health Agency of Canada = Agence de la santé publique du Canada; 2017.

6. Kruit H, Gissler M, Heinonen S, Rahkonen L. Breaking the myth: the association between the increasing incidence of labour induction and the rate of caesarean delivery in Finland – a nationwide Medical Birth Register study. BMJ Open. 2022;12(7):e060161.

7. Reisner DP, Wallin TK, Zingheim RW, Luthy DA. Reduction of elective inductions in a large community hospital. Am J Obstet Gynecol. 2009;200(6):674.e1-7.

8. Oshiro BT, Henry E, Wilson J, Branch DW, Varner MW. Decreasing Elective Deliveries Before 39 Weeks of Gestation in an Integrated Health Care System. Obstet Gynecol. 2009;113(4):804–11.

9. Fisch JM, English D, Pedaline S, Brooks K, Simhan HN. Labor induction process improvement: a patient quality-of-care initiative. Obstet Gynecol. 2009;113(4):797–803.

10. Rhinehart-Ventura J, Eppes C, Sangi-Haghpeykar H, Davidson C. Evaluation of outcomes after implementation of an induction-of-labor protocol. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(3):301.e1-7.

11. Walker KF, Malin G, Wilson P, Thornton JG. Induction of labour versus expectant management at term by subgroups of maternal age: an individual patient data meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;197(e4l, 0375672):1–5.

12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of Labour at Term in Older Mothers [en ligne]. Londres : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; février 2013 [cité le 6 septembre 2025] p. 8. (Scientific Impact Paper). Report No.: 34. Disponible à : https://www.rcog.org.uk/media/lp4n13jn/sip_34.pdf

13. Zafman KB, Rebarber A, Melka S, Naqvi M, Fox NS. Induction of Labor versus Cesarean Delivery in Twin Pregnancies. Am J Perinatol. 2020;37(13):1324–34.

14. Brzezinski-Sinai NA, Stavsky M, Rafaeli-Yehudai T, Yitshak-Sade M, Brzezinski-Sinai I, Imterat M, et coll. Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified?. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;32(14):2271–9.

15. Reddy UM, Ko CW, Willinger M. Maternal age and the risk of stillbirth throughout pregnancy in the United States. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(3):764–70.

16. Wyatt PR, Owolabi T, Meier C, Huang T. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. Am J Obstet Gynecol. 2005;192(1):240–6.

17. Walker KF, Bugg GJ, Macpherson M, McCormick C, Grace N, Wildsmith C, et coll. Randomized Trial of Labor Induction in Women 35 Years of Age or Older. N Engl J Med. 2016;374(9):813–22.

18. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Inducing labour. NICE Guideline, No. 207. [Internet]. Londres : National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 [cité le 6 septembre 2025]. 36 p. Disponible à : https://www.nice.org.uk/guidance/ng207

19. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. Obstet Gynecol. 1964;24(oc2, 0401101):266–8.

20. Xenakis EM, Piper JM, Conway DL, Langer O. Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix. Obstet Gynecol. 1997;90(2):235–9.

21. Grobman WA, Simon C. Factors associated with the length of the latent phase during labor induction. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;132(2):163–6.

22. Oros D, Garcia-Simon R, Clemente J, Fabre E, Romero MA, Montanes A. Predictors of perinatal outcomes and economic costs for late-term induction of labour. Taiwan J Obstet Gynecol. 2017;56(3):286–90.

23. Batinelli L, Serafini A, Nante N, Petraglia F, Severi FM, Messina G. Induction of labour: clinical predictive factors for success and failure. J Obstet Gynaecol. 2018;38(3):352–8.

24. Laughon SK, Zhang J, Troendle J, Sun L, Reddy UM. UNSIg a simplified Bishop score to predict vaginal delivery. Obstet Gynecol. 2011;117(4):805–11.

25. Chen W, Xue J, Peprah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y, et al. A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2016;123(3):346–54.

26. de Vaan MD, Ten Eikelder ML, Jozwiak M, Palmer KR, Davies-Tuck M, Bloemenkamp KW, et coll. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2019;10(100909747):CD001233.

27. Crane JMG. Factors predicting labor induction success: a critical analysis. Clin Obstet Gynecol. 2006;49(3):573–84.

28. Ten Eikelder MLG, Mast K, van der Velden A, Bloemenkamp KWM, Mol BW. Induction of Labor UNSIg a Foley Catheter or Misoprostol: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol Surv. 2016;71(10):620– 30.

29. Jozwiak M, Oude Rengerink K, Ten Eikelder MLG, van Pampus MG, Dijksterhuis MGK, de Graaf IM, et coll. Foley catheter or prostaglandin E2 inserts for induction of labour at term: an open-label randomized controlled trial (PROBAAT-P trial) and systematic review of literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013;170(1):137–45.

30. Wang H, Hong S, Liu Y, Duan Y, Yin H. Controlled-release dinoprostone insert versus Foley catheter for labor induction: a meta-analysis. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 2016;29(14):2382–8.

31. Ugwu EO, Obi SN, Iferikigwe ES, Dim CC, Ezugwu FO. Membrane stripping to prevent post-term pregnancy in Enugu, Nigeria: a randomized controlled trial. Arch Gynecol Obstet. 2014;289(1):29–34.

32. Ten Eikelder M, van Baaren GJ, Oude Rengerink K, Jozwiak M, de Leeuw JW, Kleiverda G, et coll. Comparing induction of labour with oral misoprostol or Foley catheter at term: cost-effectiveness analysis of a randomised controlled multi-centre non-inferiority trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2018;125(3):375–83.

33. Bujold E, Blackwell SC, Gauthier RJ. Cervical ripening with transcervical foley catheter and the risk of uterine rupture. Obstet Gynecol. 2004;103(1):18–23.

34. Greenberg V, Khalifeh A. Intracervical Foley balloon catheter for cervical ripening and labor induction: A review. Semin Perinatol. 2015;39(6):441–3.

35. Ten Eikelder MLG, Oude Rengerink K, Jozwiak M, de Leeuw JW, de Graaf IM, van Pampus MG, et coll. Induction of labour at term with oral misoprostol versus a Foley catheter (PROBAAT-II): a multicentre randomised controlled non-inferiority trial. Lancet. 2016;387(10028):1619–28.

36. Kruit H, Heikinheimo O, Ulander VM, Aitokallio-Tallberg A, Nupponen I, Paavonen J, et coll. Foley catheter induction of labor as an outpatient procedure. J Perinatol. 2016;36(8):618–22.

37. Policiano C, Pimenta M, Martins D, Clode N. Efficacy and Safety of Foley Catheter Balloon for Cervix Priming in Term Pregnancy. Acta Med Port. 2017;30(4):281–4.

38. Diederen M, Gommers J, Wilkinson C, Turnbull D, Mol B. Safety of the balloon catheter for cervical ripening in outpatient care: complications during the period from insertion to expulsion of a balloon catheter in the process of labour induction: a systematic review. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2018;125(9):1086–95.

39. Beckmann M, Gibbons K, Flenady V, Kumar S. Induction of labour UNSIg prostaglandin E2 as an inpatient versus balloon catheter as an outpatient: a multicentre randomised controlled trial. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2020;127(5):571–9.

40. Pennell CE, Henderson JJ, O'Neill MJ, McChlery S, Doherty DA, Dickinson JE. Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2009;116(11):1443–52.

41. Sayed Ahmed WA, Ibrahim ZM, Ashor OE, Mohamed ML, Ahmed MR, Elshahat AM. Use of the Foley catheter versus a double balloon cervical ripening catheter in pre-induction cervical ripening in postdate primigravidae. J Obstet Gynaecol Res. 2016;42(11):1489–94.

42. Salim R, Schwartz N, Zafran N, Zuarez-Easton S, Garmi G, Romano S. Comparison of single- and double-balloon catheters for labor induction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Perinatol. 2018;38(3):217–25.

43. Yang F, Huang S, Long Y, Huang L. Double-balloon versus single-balloon catheter for cervical ripening and labor induction: A systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2018;44(1):27–34.

44. Liu X, Wang Y, Zhang F, Zhong X, Ou R, Luo X, et coll. Double- versus single-balloon catheters for labour induction and cervical ripening: a meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):358.

45. Robinson D, Campbell K, Hobson SR, MacDonald WK, Sawchuck D, Wagner B. Guideline No. 432b: Cervical Ripening. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2023;45(1):56-62.e1.

46. Robinson D, Campbell K, Hobson SR, MacDonald WK, Sawchuck D, Wagner B. Guideline No. 432a: Cervical Ripening and Induction of Labour - General Information. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2023;45(1):35-44.e1.

47. Robinson D, Campbell K, Hobson SR, MacDonald WK, Sawchuck D, Wagner B. Guideline No. 432c: Induction of Labour. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2023;45(1):70-77.e3.

48. Sandberg EM, Schepers EM, Sitter RL van, Huisman CMA, Wijngaarden WJ van. Foley catheter for induction of labour filled with 30mL or 60mL: A randomized controlled trial. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;211(e4l, 0375672):150–5.

49. Schoen CN, Saccone G, Backley S, Sandberg EM, Gu N, Delaney S, et coll. Increased single-balloon Foley catheter volume for induction of labor and time to delivery: a systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2018;97(9):1051–60.

50. Fruhman G, Gavard JA, Amon E, Flick KVG, Miller C, Gross GA. Tension compared to no tension on a Foley transcervical catheter for cervical ripening: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(1):67.e1-67.e9.

51. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2001;345(1):3–8.

52. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. No. 382-Trial of Labour After Caesarean. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2019;41(7):992–1011.

53. Barnfield L, Neale E, Reynolds S. Outpatient cervical ripening in a district general hospital: a five-year retrospective cohort study. J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol. 2018;38(3):301–4.

54. Wilkinson C, Bryce R, Adelson P, Turnbull D. A randomised controlled trial of outpatient compared with inpatient cervical ripening with prostaglandin E2 (OPRA study). BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(1):94–104.

55. Papoutsis D, Antonakou A, Gornall A, Tzavara C, Mohajer M. The SaTH risk-assessment tool for the prediction of emergency cesarean section in women having induction of labor for all indications: a large-cohort based study. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(1):59–66.

56. Kerr RS, Kumar N, Williams MJ, Cuthbert A, Aflaifel N, Haas DM, et coll. Low-dose oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2021;6(100909747):CD014484.

57. Towers CV, Briggs GG, Rojas JA. The use of prostaglandin E2 in pregnant patients with asthma. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(6):1777–80.

58. Anonyme. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. Obstet Gynecol. 2009;114(2 Pt 1):386–97.

59. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, Lee SWH, Ho PC. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. Hum Reprod. 2002;17(2):332–6.

60. Schaff EA, DiCenzo R, Fielding SL. Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. Contraception. 2005;71(1):22–5.

61. Alfirevic Z, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(6):CD001338.

62. Hofmeyr GJ, Gulmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):CD000941.

63. Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rev. 2018;5(100909747):CD004945.

64. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et coll. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet. 1er septembre 2017;138(3):363–6.

65. Selo-Ojeme DO, Pisal P, Lawal O, Rogers C, Shah A, Sinha S. A randomised controlled trial of amniotomy and immediate oxytocin infusion versus amniotomy and delayed

oxytocin infusion for induction of labour at term. Arch Gynecol Obstet. 2009;279(6):813–20.

66. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, et coll. Methods of induction of labour: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11(100967799):84.

67. Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et l'Association canadienne de protection médicale. Un regard sur l'accouchement : consolider les soins obstétricaux au Canada – Examen sur 10 ans des dossiers de l'ACPM et de l'HIROC [Internet]. Ottawa : Healthcare Insurance Reciprocal of Canada et Association canadienne de protection médicale; 2018, p. 26. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/research-policy/published-research/obstetrics/delivery-in-focus-strengthening-obstetrical-care-in-canada

68. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J. Induction of labour. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2013;35(9):840–57.

69. Prichard N, Lindquist A, Hiscock R, Ruff S, Tong S, Brownfoot FC. High-dose compared with low-dose oxytocin for induction of labour of nulliparous women at term. J Matern Fetal Neonatal Med. 2019;32(3):362–8.

70. Provincial Council for Maternal and Child Health. Safe Administration of Oxytocin [Internet]. Ontario; juin 2024, p. 62. Disponible à : https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2022/02/Safe-Administration-of-Oxytocin-Guidance-Report.pdf

71. Alberta Health Service. Induction / Augmentation of Labour with Oxytocin [Internet]. Alberta Health Services; juin 2018 [cité le 6 septembre 2025] p. 12. Report No.: HCS-221-01. Disponible à : https://publicshare.albertahealthservices.ca/teams/policydocuments/1/clp-womens-health-induction-augmentation-labour-oxytocin-hcs-221-01.pdf

72. British Columbia Reproductive Care Program. Obstetric guideline 1: Cervical ripening & induction of labour. British Columbia Reproductive Care Program. Cervical ripening & induction of labour. [Internet]. Colombie-Britannique, 2005 [cité le 6 septembre 2025] p. 10. (Obstetric Guideline). Report No.: 1. Disponible à : https://cms.psbchealthhub.ca/sites/default/files/2023-09/CervicalRipeningInductionLabourGuideline.pdf

73. The Reproductive Care Program of Nova Scotia. Induction of Labour In Nova Scotia Report from the Provincial Quality Assessment Review [en ligne]. Halifax, Nouvelle-Écosse : mars 2012 [cité le 6 septembre 2025] p. 73. Disponible à : https://rcp.nshealth.ca/sites/default/files/publications/induction_of_labour_201203.pdf

74. Merrill DC, Zlatnik FJ. Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. Obstet Gynecol. 1999;94(3):455–63.

75. Jamal A, Kalantari R. High and low dose oxytocin in augmentation of labor. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2004;87(1):6–8.

76. Boie S, Glavind J, Velu AV, Mol BWJ, Uldbjerg N, de Graaf I, et coll. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. Cochrane Database Syst Rev. 2018;8(100909747):CD012274.

77. Smith GN, Brien JF. Use of nitroglycerin for uterine relaxation. Obstet Gynecol Surv. 1998;53(9):559– 65.

78. Mercier FJ, Dounas M, Bouaziz H, Lhuissier C, Benhamou D. Intravenous nitroglycerin to relieve intrapartum fetal distress related to uterine hyperactivity: a prospective observational study. Anesth Analg. 1997;84(5):1117–20.

79. Gilad R, Hochner H, Savitsky B, Porat S, Hochner-Celnikier D. Castor oil for induction of labor in post-date pregnancies: A randomized controlled trial. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2018;31(1):e26–31.

80. DeMaria AL, Sundstrom B, Moxley GE, Banks K, Bishop A, Rathbun L. Castor oil as a natural alternative to labor induction: A retrospective descriptive study. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2018;31(2):e99–104.

81. Neri I, Dante G, Pignatti L, Salvioli C, Facchinetti F. Castor oil for induction of labour: a retrospective study. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018;31(16):2105–8.

82. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J, Kavanagh J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005;2010(1):CD003392.

83. Carbone L, De Vivo V, Saccone G, D'Antonio F, Mercorio A, Raffone A, et coll. Sexual Intercourse for Induction of Spontaneous Onset of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. J Sex Med. 2019;16(11):1787–95.

84. Marquette GP, Hutcheon JA, Lee L. Predicting the spontaneous onset of labour in post-date pregnancies: a population-based retrospective cohort study. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2014;36(5):391–9.

85. Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: a systematic review with meta-analysis. Obstet Gynecol. 2003;101(6):1312–8.

86. Hermus MAA, Verhoeven CJM, Mol BW, de Wolf GS, Fiedeldeij CA. Comparison of induction of labour and expectant management in postterm pregnancy: a matched cohort study. J Midwifery Womens Health. 2009;54(5):351–6.

87. Hedegaard M, Lidegaard O, Skovlund CW, Morch LS, Hedegaard M. Perinatal outcomes following an earlier post-term labour induction policy: a historical cohort study. BJOG

Int J Obstet Gynaecol. 2015;122(10):1377–85.

88. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD007058.

89. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. N Engl J Med. 1992;326(24):1587–92.

90. Delaney M, Roggensack A. No. 214-Guidelines for the Management of Pregnancy at 41+0 to 42+0 Weeks. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2017;39(8):e164–74.

91. Butt K, Lim KI. Guideline no. 388-Determination of Gestational Age by Ultrasound. J Obstet Gynaecol Can JOGC. 2019;41(10):1497–507.

92. Blondel B, Morin I, Platt RW, Kramer MS, Usher R, Breart G. Algorithms for combining menstrual and ultrasound estimates of gestational age: consequences for rates of preterm and postterm birth. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2002;109(6):718–20.

93. Bennett KA, Crane JMG, O'Shea P, Lacelle J, Hutchens D, Copel JA. First trimester ultrasound screening is effective in reducing postterm labor induction rates: A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr 1;190(4):1077–81.

94. Yildirim G, Gungorduk K, Karadag OI, Aslan H, Turhan E, Ceylan Y. Membrane sweeping to induce labor in low-risk patients at term pregnancy: a randomised controlled trial. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 2010;23(7):681–7.

95. Andersen BB, Knudsen B, Lyndrup J, Faelling AE, Illum D, Johansen M, et coll. Acupuncture and/or sweeping of the fetal membranes before induction of labor: a prospective, randomized, controlled trial. J Perinat Med. 2013;41(5):555–60.

96. Avdiyovski H, Haith-Cooper M, Scally A. Membrane sweeping at term to promote spontaneous labour and reduce the likelihood of a formal induction of labour for postmaturity: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol. 2019;39(1):54–62.

97. Boulvain M, Stan C, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD000451.

98. Liu J, Song G, Meng T, Zhao G. Membrane sweeping added to formal induction method to increase the spontaneous vaginal delivery: a meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2018;297(3):623–30.

99. Ashwal E, Wertheimer A, Aviram A, Wiznitzer A, Yogev Y, Hiersch L. Prediction of successful trial of labor after cesarean - the benefit of prior vaginal delivery. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(16):2665–70.

100. Anonyme. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2019;133(2):e110–27.

101. Anonyme. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 216. Obstet Gynecol. 2020;135(1):246–8.

102. Moraitis AA, Shreeve N, Sovio U, Brocklehurst P, Heazell AEP, Thornton JG, et coll. Universal third-trimester ultrasonic screening UNSIg fetal macrosomia in the prediction of adverse perinatal outcome: A systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy. PLoS Med. 2020;17(10):e1003190.

103. Boulvain M, Irion O, Dowswell T, Thornton JG. Induction of labour at or near term for suspected fetal macrosomia. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(5):CD000938.

104. Magro-Malosso ER, Saccone G, Chen M, Navathe R, Di Tommaso M, Berghella V. Induction of labour for suspected macrosomia at term in non-diabetic women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2017;124(3):414–21.

105. Chandrasekaran N. Induction of labor for a suspected large-for-gestational-age/macrosomic fetus. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2021;77(100890322, dhz, d44, 101121582):110–8.

106. Gauthier T, Mazeau S, Dalmay F, Eyraud JL, Catalan C, Marin B, et coll. Obesity and cervical ripening failure risk. J Matern Fetal Neonatal Med. 2012;25(3):304–7.

107. Beckwith L, Magner K, Kritzer S, Warshak CR. Prostaglandin versus mechanical dilation and the effect of maternal obesity on failure to achieve active labor: a cohort study. J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet. 2017;30(13):1621–6.

108. Pevzner L, Powers BL, Rayburn WF, Rumney P, Wing DA. Effects of maternal obesity on duration and outcomes of prostaglandin cervical ripening and labor induction. Obstet Gynecol. 2009;114(6):1315–21.

109. Zenzmaier C, Leitner H, Brezinka C, Oberaigner W, Konig-Bachmann M. Maternal and neonatal outcomes after induction of labor: a population-based study. Arch Gynecol Obstet. 2017;295(5):1175–83.

110. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, Tita ATN, Silver RM, Mallett G, et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. Peaceman A PB Paycheck K, Dinsmoor M, Harris S, Sheppard J, Biggio J, Harper L, Longo S, Servay C,

Varner M, Sowles A, Coleman K, Atkinson D, Stratford J, Dellermann S, Meadows C, Esplin S, Martin C, Peterson K, Stradling S, Willson C, Lyell D, Girsen A, Knapp R, Wapner R, Gyamfi C, Bousleiman S, Talucci M, Carmona V, Plante L, Tocci C, Leopanto B, Hoffman M, Dill Grant L, Palomares K, Otarola S, Skupski D, Chan R, Allard D, Gelsomino T, Rousseau J, Beati L, Milano J, Werner E, Salzar A, Costantine M, Chiossi G, Pacheco L, Saad A, Munn M, Jain S, Clark S, Clark K, Thorp J, Timlin S, Eichelberger K, Moore A, Beamon C, Byers H, Ortiz F, Garcia L, Sibai B, Bartholomew A, Buhimschi C, Landon M, Johnson F, Webb L, McKenna D, Fennig K, Snow K, Habli M, McClellan M, Lindeman C, Dalton W, Hackney D, Cozart H, Mayle A, Mercer B, Moseley L, Gerald J, Fay Randall L, Garcia M, Sias A, Price J, Hale K, Phipers J, Heyborne K, Craig J, Parry S, Bishop T, Ferrara J, Bickus M, Caritis S, Doherty L, de Voest J, Tolivaisa S, Miodovnik M, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network, editors. N Engl J Med. 2018;379(6):513–23.

111. Hong J, Atkinson J, Roddy Mitchell A, Tong S, Walker SP, Middleton A, et coll. Comparison of Maternal Labor-Related Complications and Neonatal Outcomes Following Elective Induction of Labor at 39 Weeks of Gestation vs Expectant Management: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2023;6(5):e2313162.

112. Lean SC, Derricott H, Jones RL, Heazell AEP. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. PloS One. 2017;12(10):e0186287.

113. Rydahl E, Declercq E, Juhl M, Maimburg RD. Cesarean section on a rise-Does advanced maternal age explain the increase? A population register-based study. PloS One. 2019;14(1):e0210655.

114. Zhang L, Zhang H, Zhang J, Zhang JW, Ye JF, Branch DW. Preventive induction of labor for non-urgent indications at term and maternal and neonatal outcomes. Reprod Health. 2016;13(101224380):46.

115. Patient Engagement [en ligne]. HIROC. 2017 [cité le 6 septembre 2025]. Disponible à : https://www.hiroc.com/resources/risk-notes/patient-engagement

116. Antonakou A, Papoutsis D. The Effect of Epidural Analgesia on the Delivery Outcome of Induced Labour: A Retrospective Case Series. Obstet Gynecol Int. 2016;2016(101517078):5740534.

117. AHRQ Safety Program for Perinatal Care. Safe Medication Administration: Oxytocin [en ligne]. Agency for Healthcare Research and Quality. 2017 [cité le 9 septembre 2025]. Disponible à : https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/labor-delivery/perinatal-care/modules/strategies/medication/tool-safe-oxytocin.html

118. Rawlinson C, Carron T, Cohidon C, Arditi C, Hong QN, Pluye P, et coll. An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. Int J Integr Care. 2021 June 22;21(2):32.

119. Simpson K, Knox G. Perinatal teamwork: Turning rhetoric into reality. In: Perinatal Nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins and Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; 2001. p. 53–67.

120. Eggins S, Slade D. Communication in Clinical Handover: Improving the Safety and Quality of the Patient Experience. J Public Health Res. 2015 Nov 17;4(3):666.

121. Caccia N, Tannenbaum E, Dore S. Getting a handle on handover. Toronto, ON : ACOG Education Innovation Committee; 2016.

122. Transitions en matière de soins : Transmettre les renseignements sur le patient pour prodiguer des soins sécuritaires [en ligne]. Association canadienne de protection médicale. 2021 [cité le 15 septembre 2025]. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-team/transitions-in-care

123. Shaikh U. Improving Patient Safety and Team Communication through Daily Huddles. PSNet [en ligne]. 2020 [cité le 6 septembre 2025]; Disponible à : https://psnet.ahrq.gov/primer/improving-patient-safety-and-team-communication-through-daily-huddles

124. Association canadienne de protection médicale. Conscience situationnelle [en ligne]. 2021 [cité le 11 septembre 2025]. Disponible à : https://www.cmpa-acpm.ca/fr/education-events/good-practices/physician-team/situational-awareness

125. Kent N. Situational awareness. SOGC Ontario; 2019.

126. Eppich W, Cheng A. Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. Simul Healthc J Soc Simul Healthc. 2015;10(2):106–15.

127. Adu-Bonsaffoh K, Newman GT, Atobrah-Apraku K, Opuni-Frimpong Y, Seffah JD. Respectful maternity care and mistreatment: Women's experiences during induction of labor and childbirth in Ghana. PloS One. 2025;20(1):e0314990.

Pour consulter et télécharger une copie de ce sujet, cochez la case ci-dessous.

PDF

Topic Name.pdf

12.9 KB

Remarque : Ce document est destiné à être consulté en ligne en raison de la longueur du document PDF et du risque que les copies imprimées deviennent obsolètes.

Salus Global.

Le matériel utilisé en relation avec amproOB peut être protégé par le droit d'auteur. Le matériel peut inclure, notamment, des documents, des diapositives, des images et des fichiers audio et vidéo. Le matériel est réservé à l'usage exclusif des personnes inscrites à amproOB, à des fins liées à amproOB. La conservation, la duplication, la distribution ou la modification non autorisées du matériel protégé par le droit d'auteur sont strictement interdites par la loi.

Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter :
https://sgsolutions.salusglobal.com/fr_ca/