

---

**L'induction : indispensable ?  
Pourquoi ? Pour qui ?**

---

---

---

la durée d'une grossesse a priori normale serait en moyenne de  
280 à 290 jours

de 40 ou 41 semaines

ces calculs partant du 1<sup>er</sup> J. des DR chez des femmes dont le cycle  
serait de 28 jours

---

---

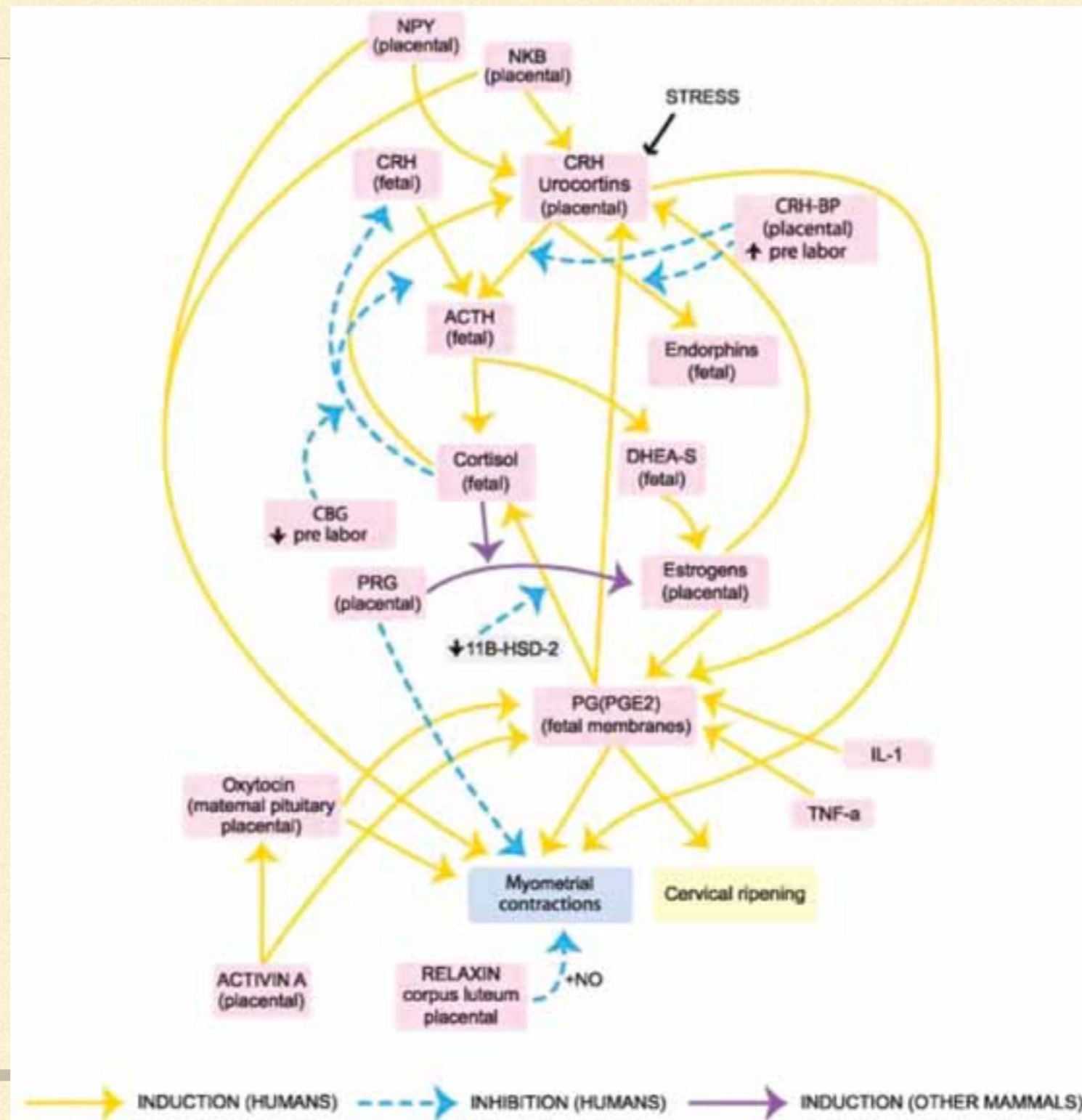
---

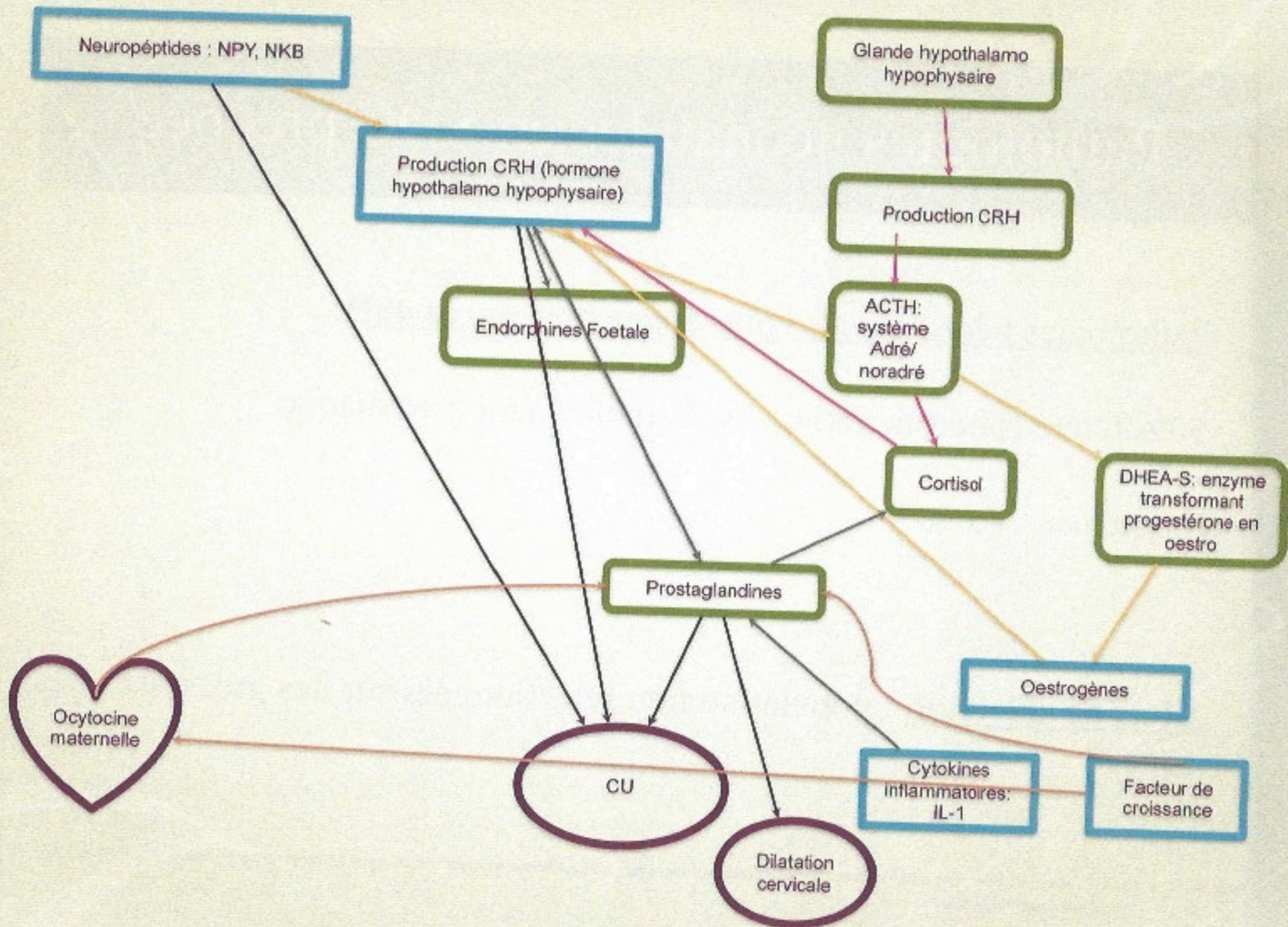
déclenchement  
naturel d'un  
accouchement

---

# Endocrine, paracrine, and autocrine placental mediators in labor

Zoe Iliodromiti,<sup>1</sup> Nikolaos Antonakopoulos,<sup>2</sup> Stavros Sifakis,<sup>3</sup> Panagiotis Tsikouras,<sup>4</sup> Angelos Daniilidis,<sup>5</sup> Kostantinos Dafopoulos,<sup>6</sup> Dimitrios Botsis,<sup>1</sup> Nikolaos Vrachnis<sup>1</sup>





---

---

L'ensemble de ces phénomènes interactifs entre mère et fœtus peuvent être perturbés et entraîner plus de difficultés d'adaptation à l'enfant

Mendelson, Carole R. **“Minireview: Fetal-Maternal Hormonal Signaling in Pregnancy and Labor.”** *Molecular Endocrinology* 23, no. 7 (July 2009): 947–54. doi:10.1210/me.2009-0016.

---

- 
- 
- La complexité des événements interactifs entre le foetus et sa mère initie ma réflexion sur les bons et mauvais motifs de déclenchement artificiel d'un accouchement
-

---

# INDUCTION POURQUOI ?

---

Les causes pathologiques

ce sont celles qui semblent salvatrices :

Pré-éclampsie et autre RCIU

diabète, macrosomie, etc ...

---



---

# RECOMMANDATIONS DU KCE

---

## CONTRE L'INDUCTION :

Il n'est pas recommandé d'induire un accouchement avant 39 semaines (38 s. +7 j.)

41 semaines (40 s. +7j)

Il n'est pas recommandé d'induire à la demande un accouchement entre 39 et 41 semaines (1C), surtout si le col n'est pas favorable (sur base du score de Bishop). (2B)

Il n'est pas recommandé d'induire un accouchement à terme sur la seule indication d'une suspicion de macrosomie foétale chez une femme non diabétique. (2 B)

---

---

# RECOMMANDATIONS KCE

---

A partir de 37 semaines :

si la poche des eaux est rompue

que le travail ne démarre pas spontanément après un délai de 24 heures,

il est recommandé d'induire l'accouchement. (2 B)

Après avoir été correctement informée au sujet de l'induction, la femme enceinte doit de surcroît avoir donné son accord. (BPC)

Il est acceptable d'induire un accouchement à 41 semaines.(2 B)

Le terme est considéré dépassé à 42 semaines (41s+7j)

---

---

# EST CE BIEN SUR ?

---

Lorsque survient une pathologie qui mettrait la vie du fœtus en danger, s'il est salutaire de le mettre au monde, nos interventions salvatrices précèdent probablement de peu un déroulement spontané qui aurait permis à ce fœtus de « se sauver »

---

---

# MOTIFS SOCIO -CULTURELS

---

la survenue des deux plus grands moments de la vie humaine ne sont à priori pas totalement prévisibles :

La date de la naissance est une prévision aléatoire

Quand à celle de la mort ?

Difficile dans un monde qui se veut très organisé de laisser ces deux moments au hasard

---

---

# LE CONTRÔLE

---

L'ensemble des études internationales montre que nous ne savons pas interrompre le processus d'un accouchement.

c'est le problème des accouchements prématurés !

Par contre l'utilisation de produits de synthèse (oxytocine notamment) semble permettre de maîtriser le déclenchement.

Est ce bien certain ?

Est ce sans risque ?

---

---

# OBSERVATIONS ET HYPOTHÈSES

---

dans l'état actuel des connaissances il semble que ce soit a priori le foetus qui initie via son placenta le déclenchement de sa mise au monde.

---

---

# Du côté du fœtus

---

**L'hypothalamus fœtal** émettrait un signal qui entraînerait la sécrétion d'ACTH par l'antéhypophyse

→ sécrétion de cortisol par la surrénale du fœtus

---

---

# Enchainements en cascade

---

modification de l'équilibre progestérone-œstrogène

- diminution de l'inhibition de l'hypophyse
  - synthèse des prostaglandines au niveau des membranes et du myomètre
  - augmentation des récepteurs d'ocytocine au niveau de l'utérus.
-



---

---

sécrétion de cortisol par les surrénales fœtales

→ production de surfactant pour maturation  
pulmonaire

→ modification de la teneur en hémoglobine du  
sang fœtal (HbF)

→ polyglobulie et macrocytose

---

---

---

Si nos interventions nous laissaient croire à une efficacité que je mets en doute. Une induction réussie n'a-t-elle pas simplement été contemporaine d'un déclenchement spontané qui aurait eu lieu dans les 48H.

---

---

---

les inductions qui se terminent par une  
césarienne pour souffrance foetale ne nous  
informent elles pas que notre intervention  
est trop violente pour un foetus qui n'est pas  
« prêt »

---

---

# LES FAUSSES BONNES RAISONS

---

Et si nos « bonnes raisons » celles qui sont invoquées par le corps médical n'étaient pas aussi bonnes que ça ??

---

---

---

Et si le premier motif était celui d'un besoin  
de contrôle, de maîtrise.

---

---

# DU COTÉ DU CORPS MÉDICAL

---

la crainte légitime d'un incident, ou plus grave, la perte d'un foetus, associée à celle tout aussi légitime de se sentir coupable de « n'avoir rien fait » !

---

---

# LES BONNES RAISONS

---

les pathologies dépistées

la grossesse prolongée

les trop gros bébés

les trop petits

---

---

# DU CÔTÉ DES FEMMES ET DES FAMILLES

---

les craintes des professionnels deviennent les leurs :

peur du trop gros qui ne pourra pas « passer »

peur du trop petit qui pourrait être en souffrance et en mourir

en dehors de toute pathologie

comment ne pas solliciter une aide pour que s'abrège une  
attente devenue insupportable quand la date prévue est  
dépassée

---



---

# MOTIFS NON MÉDICAUX

---

Du côté des administratifs et des chefs de service

Comment ne pas être tenté d'optimiser l'utilisation des locaux et du personnel

---

---

# DU CÔTÉ DES FAMILLES

---

mettre fin à l'attente

organiser la vie avant et après

être certain que tout le monde sera bien là

éviter la surprise d'un départ au milieu de la nuit etc...

---

---

# ET LE FOETUS DANS TOUT ÇA ?

---

Les inductions plutôt bien maîtrisées par le corps médical offrent ainsi des avantages aux 2 parties :

les professionnels - les parents

Seul le foetus n'est pas consulté.

---

---

# ALORS INDUCTION POUR QUI ?

---

Force est bien d'évoquer l'hypothèse que la plupart des inductions n'ont pas de raison médicale probante.

Les raisons évoquées ne seraient le plus souvent qu'un prétexte à cacher la réalité beaucoup moins scientifique, celle d'une volonté de maîtrise

---

---

# CONCLUSION PROVISOIRE

---

L'induction pourrait finalement être le moyen  
le plus efficace de contrôler, de

MAITRISER

mais est ce sans risques ?

---

---

# LES RISQUES

---

Les études internationales mettent toutes en évidence les risques associés aux inductions :

Augmentation importante du nombre de césariennes :

pour échec de l'induction

pour souffrance foetale

Risque majoré d'hémorragie de la délivrance

---

---

# L'AVENIR

---

L'obstétrique a encore de grandes découvertes à faire dans le fonctionnement si fin, si parfait de la physiologie.

Viendra alors le temps d'une attitude plus respectueuse du phénomène.

---

---

# PROPOSITIONS

---

plaidoyer

pour la physiologie

pour la clinique

**pour la sage-femme gardienne de la  
physiologie**

---



---

# UN RÊVE

---

celui d'une organisation des soins qui mettrait la sage-femme au centre de l'accompagnement des femmes enceintes

pour un accompagnement fondé sur l'observation, la clinique, la prévention et l'éducation en santé primaire

pour éviter les interventions inutiles et faire place aux formidables compétences de l'enfant à naître

---

---

# CONCLUSION

---

Induction indispensable ?

OUI pour sauver une, voire deux vies, cas rares et liés à une pathologie grave

Induction pour quoi ?

mêmes raisons

Pour qui ?

Pour la satisfaction d'une mission médicale accomplie ?

est ce bien certain ?

---

---

# FIN

---

Gardons-nous alors d'inventer de fausses bonnes raisons pour accomplir des gestes dont les risques sont connus et les bienfaits très incertains, mais travaillons davantage sur l'observation et le respect des savoirs faire d'une femme et de sont enfant.

---