



HAL
open science

Étude descriptive de la prise en charge des anomalies de la phase de latence chez la primipare dans trois maternités d'Auvergne

Gaëlle Boeufgras

► **To cite this version:**

Gaëlle Boeufgras. Étude descriptive de la prise en charge des anomalies de la phase de latence chez la primipare dans trois maternités d'Auvergne. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01079689

HAL Id: dumas-01079689

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01079689>

Submitted on 10 Nov 2014

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

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

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

Étude descriptive de la prise en charge des anomalies de la
phase de latence chez la primipare, dans trois maternités
d'Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Gaëlle BOEUFGRAS

Née le 22.05.1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

Étude descriptive de la prise en charge des anomalies de la
phase de latence chez la primipare, dans trois maternités
d'Auvergne

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Gaëlle BOEUFGRAS

Née le 22.05.1990

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2014

Je tiens à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à la réalisation de ce mémoire, et tout particulièrement Madame Ève Moutarde, ma directrice de mémoire, et Monsieur Sylvain Gony, mon référent sage-femme. Merci pour le temps et l'aide précieuse qu'ils m'ont accordés.

Merci à Bénédicte Pradeilles et Emmanuel Boeufgras, pour l'aide qu'ils m'ont apportée pour les statistiques.

Merci à Alexandra Richard, pour son soutien au cours de ces années d'étude, et merci à mes parents, pour leur patience et leur soutien inégalables.

Merci à Arnaud, pour tout ce qu'il m'apporte au quotidien depuis 6 ans.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

SOMMAIRE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION 1

REVUE DE LA LITTÉRATURE 2

1. Physiologie du travail d'accouchement 2
2. Anomalies de la phase de latence..... 6
3. Prises en charge thérapeutiques des anomalies de la phase de latence 11
4. Prises en charge non thérapeutiques des anomalies de la phase de latence 16

MATERIEL ET METHODES 21

1. Objectifs de l'étude 21
2. Type d'étude 21
3. Durée et période de l'étude..... 22
4. Lieux de l'étude 22
5. Populations de l'étude..... 22
6. Critères de sélection 23
7. Recueil et traitement des données 23
8. Implications éthiques et réglementaires 25

RESULTATS 26

1. Description de la population 26
2. Description de la prise en charge initiale des anomalies de la phase de latence.. 28
3. Description des prises en charge secondaires des anomalies de la phase de latence..... 37
4. Évaluation de l'impact des prises en charge..... 41

DISCUSSION 45

1. Critique de l'étude 45
2. Analyse des résultats 46
3. Projet d'action..... 57

CONCLUSION 58

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

GLOSSAIRE

GLOSSAIRE

AMM : Autorisation de mise sur le marché
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament
APD : Analgésie péridurale
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalier universitaire
CNGOF : Collège national des gynécologues-obstétriciens de France
CNOSF : Conseil national de l'ordre des sages-femmes
CU : Contractions utérines
ECG : Électrocardiogramme
EMA : Agence européenne du médicament
EVA : Échelle visuelle analogique
HAS : Haute autorité de santé
IM : Intramusculaire
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
IV : Intraveineuse
MAP : Menace d'accouchement prématuré
OAP : Œdème aigu du poumon
OMS : Organisation mondiale de la santé
PEC : Prise en charge
PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité
PRAC : Comité de l'évaluation des risques pour la pharmacovigilance
RAD : Retour à domicile
RAM : Rupture artificielle des membranes
RCF : Rythme cardiaque fœtal
RSPA : Réseau de santé périnatale d'Auvergne
SA : Semaines d'aménorrhée
SC : Sous-cutanée
SDN : Salle de naissance

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les anomalies de la phase de latence regroupent deux types de dystocies : la dystocie de démarrage et le faux travail d'accouchement. Elles peuvent survenir chez n'importe quelle patiente, et leur diagnostic est extrêmement complexe ; il arrive fréquemment qu'il soit posé a posteriori, une fois que la patiente a accouché.

La prise en charge (PEC) des patientes présentant une des ces anomalies est très dépendante du lieu d'accouchement, des équipes et des protocoles de service. Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens de France (CNGOF) n'a à ce jour émis aucune recommandation à ce sujet, et laisse donc le soin à chaque équipe obstétricale de décider de la PEC en fonction du contexte de chaque patiente. De même, la plupart des traités d'obstétrique publiés à ce jour font état de prises en charge très variées concernant les anomalies de la phase de latence, allant de l'abstention thérapeutique au déclenchement artificiel du travail d'accouchement. Certaines maternités, telles que le Centre hospitalier universitaire (CHU) Estaing de Clermont-Ferrand, ont mis en place un protocole afin de prendre en charge ces anomalies (notamment avec du salbutamol et de la nalbuphine) [1]. D'autres, telles que les centres hospitaliers (CH) d'Issoire et Vichy, n'en ont pas mis en place.

Les anomalies de la phase de latence étant fréquentes, en particulier chez la primipare, quelles PEC sont proposées aux patientes ?

L'objectif principal de cette étude sera de décrire la PEC initiale des anomalies de la phase de latence. Le premier objectif secondaire sera de décrire la PEC secondaire des anomalies de la phase de latence, chez les patientes revenant plusieurs fois consulter à la maternité. Le dernier objectif secondaire de cette étude sera d'évaluer l'efficacité des PEC.

Afin de répondre à ces objectifs, cette étude sera composée de plusieurs parties. Une revue de la littérature résumera le contexte et l'état actuel des connaissances sur ce sujet, et sera suivie d'une partie matériel et méthodes expliquant en détails le fonctionnement de l'étude. Les résultats seront ensuite exposés, et seront discutés dans une dernière partie.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Physiologie du travail d'accouchement

1-1. Définition

Le travail d'accouchement, ou parturition, est défini comme étant l'apparition de contractions utérines (CU) régulières (plus de deux contractions par dix minutes), rythmées, dont l'intensité et la fréquence augmentent régulièrement et s'accompagnent d'une modification du col utérin [2]. Il réunit ainsi "*les phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus hors des voies génitales de sa mère*" [3]. Ainsi, le travail comprend les deux premières phases de l'accouchement : la dilatation du col utérin et l'expulsion de l'enfant.

Le travail peut être prématuré (avant 37 semaines d'aménorrhée (SA)), ou à terme (après 37SA). Il est dit spontané lorsqu'il se déclenche de manière naturelle, ou déclenché si une médicalisation est nécessaire à sa survenue [3].

Dans ce mémoire, seul le travail spontané à partir de 37 SA sera étudié.

1-2. Diagnostic du travail

Le diagnostic du travail repose sur l'interrogatoire de la patiente ainsi que sur l'examen clinique.

Dans un premier temps, la patiente doit pouvoir décrire ses CU : elles sont régulières (deux CU par dix minutes dans un premier temps, puis trois à cinq par dix minutes), de durée et d'intensité croissantes (elles deviennent douloureuses). La pose d'une tocographie externe permet de confirmer la fréquence et la régularité des contractions, ainsi que leur durée.

Ensuite, le toucher vaginal permet d'apprécier la longueur, la position, la consistance, et enfin la dilatation du col utérin.

Selon le référentiel métier et compétences des sages-femmes, publié par le Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes (CNOSF), la sage-femme doit réaliser le diagnostic d'entrée en travail d'accouchement, accompagné d'un pronostic obstétrical. Pour cela, elle doit :

- Évaluer la dynamique utérine et le rythme des contractions.
- Réaliser un toucher vaginal et analyser la modification cervicale.
- Analyser l'évolution dans le temps des données recueillies.
- Expliquer à la patiente et à son accompagnant ses gestes, la nécessité d'un temps d'observation, et, le cas échéant, son diagnostic [4].

Il arrive que la modification cervicale ne soit pas franche ; dans ce cas, il est nécessaire de réaliser deux touchers vaginaux successifs à deux heures d'intervalle afin de s'assurer que la mise en travail de la patiente est effective [5].

La sage-femme est, le plus souvent, le professionnel de santé qui pose le diagnostic de travail d'accouchement, et, par conséquent, celui d'anomalie de la phase de latence.

1-3. Durée du travail

La durée du travail est très difficile à apprécier. En effet, si la fin du travail est précise, puisqu'elle correspond à la naissance du nouveau-né, son début peut quant à lui paraître subjectif, étant donné qu'il est défini comme l'apparition de CU douloureuses et régulières entraînant une modification cervicale.

Selon Friedman (gynécologue-obstétricien américain du XX^{ème} siècle), la durée moyenne du travail, est de 13.55h pour les primipares et de 7.74h pour les multipares. De même, Pinard (obstétricien français du XIX^{ème} siècle) a étudié les accouchements spontanés par voies naturelles ; il en est ressorti que la durée moyenne de travail chez les primipares était de 13h, que 55% d'entre elles accouchaient en moins de 12h, et 93% en moins de 24h. Les multipares, quant à elles, avaient une durée de travail de 8h en moyenne [3]. Ces études, bien qu'anciennes, démontrent bien la différence entre la durée du travail chez les primipares et celle chez les multipares.

Notre étude ne s'intéressera donc qu'aux primipares.

1-4. Déroulement du travail d'accouchement

1-4-1. Phase de quiescence

Elle précède le début du travail d'accouchement. Durant cette phase, il existe peu ou pas de CU. Lorsque celles-ci sont présentes, elles sont de faible intensité et n'exercent aucune action sur le col utérin.

La phase de quiescence est caractérisée par l'absence de CU régulières et douloureuses et par l'absence de modification du col.

Elle assure le maintien de la grossesse en empêchant l'utérus, qui est un muscle lisse, de se contracter. L'absence de contractions peut s'expliquer par différents phénomènes :

- La capacité contractile de la fibre musculaire lisse est inhibée.
- La synthèse des agents utéro-stimulants est faible.
- La dégradation des agents utéro-stimulants tels que les prostaglandines ou l'ocytocine est accélérée.
- La propagation des signaux contractiles d'une fibre musculaire à l'autre est inhibée [6].

1-4-2. Phases du travail

✓ Première phase du travail

Elle correspond à la période d'effacement et de dilatation du col utérin. Elle commence à l'apparition des premières CU efficaces sur le col et se termine à dilatation complète [5].

❖ Phase de latence

C'est la phase du travail la plus longue. Selon les études de Friedman, sa durée est de 8.6 heures en moyenne chez la primipare, mais peut aller jusqu'à 20 heures. Chez la multipare, sa durée moyenne est de 5.3 heures, et peut durer jusqu'à 14 heures.

Au niveau de l'utérus, cette phase se caractérise par une modification du myomètre qui n'est plus inhibé comme en phase de quiescence ; ainsi les fibres musculaires lisses sont à nouveau contractiles.

Les fibres de collagène du col utérin, quant à elles, se désolidarisent les unes des autres ; ainsi, elles n'assurent plus la rigidité du col. Celui-ci peut donc se dilater.

Cliniquement, nous assistons à :

- Une apparition ou une augmentation de la fréquence des CU les derniers jours de la grossesse. Elles sont souvent irrégulières et plus ou moins douloureuses.
- Une modification cervicale : le col se ramollit, se raccourcit et se dilate, jusqu'à 3cm.
- Une ampliation du segment inférieur de l'utérus [6].

La phase de latence est donc souvent longue, et peut donc être très mal vécue par les patientes, comme le montre une étude suédoise de 2006. Dans cette étude, les femmes décrivent une attente longue, un stress dû à l'absence de progression du travail, une douleur parfois très difficile à gérer, et un besoin de se sentir soutenues par le personnel hospitalier qui les prend en charge à leur arrivée à la maternité [7]. Nous pouvons donc supposer que ce mauvais vécu du début de travail est accentué lorsque la phase de latence présente des anomalies.

❖ Phase active

Cette phase dure en moyenne cinq heures chez la primipare et quatre heures chez la multipare.

Elle correspond à la dilatation d'un col déjà effacé. Les CU augmentent en fréquence et en intensité, et deviennent la plupart du temps très douloureuses pour les parturientes.

La présentation fœtale descend et se fixe dans l'excavation pelvienne.

La dilatation cervicale est supérieure à 3cm, compte tenu des CU et de la sollicitation fœtale.

Selon le diagramme de Friedman (Annexe I), la phase active comprend :

- Une phase d'accélération, qui dure entre une et deux heures en fonction de la parité.
- Une phase de pente maximale où la vitesse de dilatation augmente.
- Une phase de décélération, qui va de 8cm à dilatation complète. [2, 3, 5]

✓ *Deuxième phase du travail = phase d'expulsion*

Elle va de la dilatation cervicale complète jusqu'à la sortie du fœtus par les voies génitales maternelles.

Remarque : la dernière phase de l'accouchement, la délivrance, n'est pas considérée comme étant une phase du travail d'accouchement [3].

2. Anomalies de la phase de latence

2-1. Dystocie de démarrage

La dystocie de démarrage est définie comme étant un épisode de CU plus ou moins régulières et douloureuses, ayant peu d'action sur la dilatation cervicale. Selon les études de Friedman, elle correspond à une phase de latence de plus de vingt heures chez la primipare et de plus de quatorze heures chez la multipare [8].

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dystocie de démarrage est appelée phase de latence prolongée et correspond à l'absence de dilatation cervicale au-delà de quatre centimètres après huit heures de CU régulières [5, 9].

La dystocie de démarrage est retrouvée dans environ 2% des accouchements, dont 75% sont des primipares [3].

Selon le livre de Mécanique et Techniques Obstétricales de Schaal (gynécologue-obstétricien français), son traitement relève essentiellement d'une thérapeutique calmante, en particulier les morphiniques, par exemple la nalbuphine [2].

Remarque : La rupture de la poche des eaux n'accélère pas le démarrage du travail [2].

2-2. Faux travail d'accouchement

Le faux travail d'accouchement est défini comme étant un épisode de CU douloureuses, irrégulières, n'ayant aucune action sur la dilatation cervicale.

Deux études datant respectivement de 1986 et 1987 estiment que le faux travail d'accouchement est présent dans 5 à 12% des cas [3, 10, 11]. Aucune étude de prévalence n'a été menée sur ce phénomène depuis.

Dans son traité d'obstétrique, Marpeau (gynécologue-obstétricien au CHU de Rouen) propose un tableau représentant les caractéristiques comparées du vrai et du faux travail [5] (Annexe II).

2-3. Diagnostic différentiel entre dystocie de démarrage et faux travail

La régularité des CU, la douleur qu'elles causent, et la faible dynamique cervicale rendent très difficile le diagnostic différentiel de ces deux anomalies. Certains obstétriciens n'admettent pas la notion de faux travail, qu'ils considèrent comme étant une dystocie de démarrage [2].

Selon Magnin (gynécologue-obstétricien au CHU de Poitiers), il faut réserver la notion de faux travail aux patientes pour lesquelles le travail d'accouchement n'a pas commencé dans la journée qui suit l'épisode de contractions défini comme précédemment [12].

2-4. Recommandations et études

Les CU régulières et douloureuses amènent les femmes enceintes à consulter en urgence, ce qui entraîne une PEC.

Cependant, aucune instance nationale ou internationale telle que l’OMS, ou la Haute autorité de santé (HAS) n’a émis de recommandation concernant cette PEC.

Une étude de 1993 démontre qu'une phase de latence prolongée influe sur le nombre de césariennes : 24,4 versus 6,9% pour les patientes ayant eu une phase de latence physiologique. Il semblerait aussi que les patientes ayant une anomalie de phase de latence subissent plus "*d'anomalies au cours du travail (42,9% versus 16,3%)*" [13].

Une étude suédoise est parue en 2013 ; elle concernait 1023 dossiers de patientes consultant en urgence au cours de leur phase de latence. Cette étude a démontré que les femmes restant hospitalisées au cours de cette phase ont eu une PEC plus médicalisée que les autres, avec une rupture artificielle des membranes (RAM) et une utilisation d'ocytociques plus fréquentes au cours de la phase active de leur accouchement. Les consultations en urgence ainsi que les déchirures périnéales ont aussi été retrouvées en plus grand nombre chez les femmes hospitalisées lors de leur phase de latence ; de même, les patientes hospitalisées sembleraient présenter plus de risque de césarienne et de voie basse instrumentale [14].

Cette étude a aussi démontré un recours à l'analgésie péridurale (APD) et aux ocytociques en cours de travail plus fréquents en cas de phase de latence prolongée [14].

2-5. Deux versants de prise en charge

La PEC des anomalies de la phase de latence comporte deux aspects principaux : la douleur liée aux contractions, et les contractions elles-mêmes.

2-5-1. La douleur

✓ Généralités sur la douleur

La douleur est "*une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes*" [15]. Elle associe donc une lésion tissulaire, ici les CU, et une composante émotionnelle, propre à chaque patiente qui vient consulter.

Son évaluation peut se faire grâce à différentes échelles, notamment l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle numérique (EN), qui sont toutes deux des outils validés [16]. L'EVA est présentée sous forme d'une réglette, un côté patient et un côté praticien. Le patient doit déplacer un curseur, entre "aucune douleur" et "douleur maximale imaginable". De son côté, le praticien visualise des chiffres de 0 à 10 pour lui permettre de coter de manière objective la douleur du patient (Annexe III). Dans l'EN, le praticien demande directement au patient de quantifier sa douleur en lui attribuant une "note" entre 0 et 10.

Une douleur est dite modérée lorsque l'EVA est supérieure ou égale à 4, et intense ou sévère lorsqu'elle est supérieure ou égale à 7. Une évaluation de la douleur est une donnée descriptive propre à chaque individu, et doit permettre d'orienter le praticien dans sa conduite à tenir [16].

Il existe plusieurs types d'antalgiques :

- Palier 1 : Antalgiques non opiacés (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Palier 2 : Antalgiques opiacés faibles (codéine, tramadol).
- Palier 3 : Antalgiques opiacés forts (morphine).

En cours de grossesse, y compris lors de l'accouchement, il est possible d'utiliser des antalgiques de chaque palier, en prenant soin de vérifier que leur utilisation est possible dans ce cadre-là [16].

✓ *Douleur et travail d'accouchement*

Plusieurs facteurs sont à l'origine de la douleur lors du travail d'accouchement, notamment lors de la première phase de celui-ci : dilatation et étirement du col utérin, distension et contractions utérines, et stimulation par étirement ou compression des structures anatomiques voisines (annexes, péritoine, vessie).

La stimulation des mécanorécepteurs et la libération de substances chimiques lors de la dilatation du col et des CU agissent sur les terminaisons nerveuses. Ainsi, les douleurs viscérales induites se rapprochent de celles observées en cas de coliques néphrétiques ou d'occlusion intestinale. L'innervation parasympathique n'intervient pas dans la transmission des messages nociceptifs ; c'est le système nerveux végétatif, via le plexus hypogastrique inférieur, qui est responsable des douleurs de la première phase de l'accouchement [5] (Annexe IV).

Lors des anomalies de la phase de latence, bien que le col ne subisse pas ou peu de modifications, les CU sont présentes. Nous pouvons donc supposer que le mécanisme de la douleur est le même que lors du travail d'accouchement.

2-5-2. Les contractions utérines

Comme expliqué ci-dessus, la PEC de la douleur est extrêmement importante dans le cadre des anomalies de la phase de latence. Cependant, cette douleur est induite par les CU ; la PEC de ces anomalies peut donc passer par le fait d'apaiser ces contractions, et donc supprimer la cause des douleurs. C'est pourquoi il n'est pas rare de voir utiliser certains tocolytiques dans la PEC des anomalies de phase de latence.

3. Prises en charge thérapeutiques des anomalies de la phase de latence

3-1. Salbutamol (Salbumol®)

3-1-1. Autorisation de mise sur le marché (AMM)

Le salbutamol est un β -2-mimétique. Les voies orale et rectale possèdent l'AMM pour le traitement des menaces d'accouchement prématuré (MAP) uniquement. Par voie parentérale, l'AMM concerne le traitement de la MAP, l'hypercinésie lors du travail, la tocolyse pré-césarienne, la prophylaxie des CU lors d'intervention chirurgicale après 12 SA et la dystocie dynamique de démarrage [17].

Le salbutamol a longtemps été considéré comme étant le traitement de référence de la tocolyse ; il est donc classiquement utilisé dans la MAP, comme l'indiquent les recommandations du CNGOF [18]. Une revue de la Cochrane datant de 2004, regroupant onze essais randomisés, a démontré son efficacité dans le cadre de la MAP [19]. Cependant, une autre revue, publiée en février 2014, remet en question son utilisation dans ce cadre. En effet, bien que les β -mimétiques permettent une tocolyse efficace les 48 premières heures, voire pendant une semaine, ils ne réduiraient pas significativement le nombre d'accouchements prématurés [20].

En revanche, aucune étude à ce jour n'a été réalisée quant à son utilisation à partir du terme, c'est-à-dire après 37 SA. De même, aucune ne compare l'efficacité des différentes voies d'administration.

3-1-2. Voies d'administration

Les différentes voies d'administration du salbutamol sont les voies parentérales (intramusculaire (IM), intraveineuse (IV), sous-cutanée (SC)), orale et rectale.

En obstétrique, la spécialité couramment utilisée est le Salbumol® : les comprimés deux milligrammes par voie orale, le suppositoire un milligramme par voie rectale, ou la solution injectable 0,5 mg/1mL pour les voies IM, IV et SC.

3-1-3. Contre-indications

Les contre-indications absolues liées aux effets cardiovasculaires du sulfate de salbutamol sont :

- *"La cardiopathie sévère, les antécédents de cardiopathie ischémique ou les facteurs de risque importants de cardiopathie ischémique,*
- *La thyrotoxicose,*
- *L'hypertension artérielle sévère ou non contrôlée,*
- *L'éclampsie, la pré-éclampsie" [17, 21].*

Les contre-indications absolues liées à la tocolyse sont :

- *"L'infection intra-amniotique,*
- *L'hémorragie utérine,*
- *La poursuite de la grossesse, si elle doit faire courir un risque à la mère ou à l'enfant (en particulier, en cas d'ouverture de l'œuf, dilatation du col supérieure à 4cm...),*
- *La menace d'avortement" [17, 21].*

La contre-indication relative à l'utilisation de cette thérapeutique est l'association avec l'halothane (thérapeutique utilisée en induction et entretien d'une anesthésie générale chez l'adulte et l'enfant) [22]. En cas d'intervention chirurgicale obstétricale, cette association majore le risque d'inertie utérine et donc d'hémorragie. Cela peut aussi provoquer des *"troubles du rythme ventriculaire graves par augmentation de la réactivité cardiaque"* [17, 21].

3-1-4. Interactions médicamenteuses et précautions d'emploi

Hormis les interactions avec l'halothane, des précautions d'emploi sont préconisées avec les antidiabétiques oraux. En effet, le salbutamol étant un β -stimulant, il possède un effet hyperglycémiant. Un relai par insuline est par conséquent conseillé en présence d'un diabète [17, 21].

3-1-5. Utilisation par les sages-femmes

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire le salbutamol par voies rectale et orale, mais ne peuvent prescrire ce médicament sous forme injectable [23]. Cependant, elles sont souvent amenées à effectuer des injections de salbutamol, sur prescription d'un médecin ou lors d'un suivi de protocole, comme par exemple au CHU Estaing de Clermont-Ferrand [1].

L'administration de salbutamol nécessite une surveillance rapprochée de la patiente (en raison du risque d'œdème aigu du poumon (OAP) et de tachycardie) : un électrocardiogramme (ECG) est conseillé avant toute injection de ce produit. Pour la voie IV, il est aussi recommandé de "*surveiller le pouls maternel ainsi que la pression artérielle à intervalles rapprochés, et ajuster le débit de manière à ce que le pouls reste inférieur à 140 battements par minute*" [17].

L'un des principaux effets secondaires du salbutamol étant la tachycardie, il n'est pas rare de le voir administré en association avec de l'hydroxyzine (Atarax®), un traitement anxiolytique classiquement utilisé dans les manifestations mineures de l'anxiété [24].

3-2. Phloroglucinol (Spasfon®)

3-2-1. Définition

Le phloroglucinol est un antispasmodique, existant sous forme de comprimés, oraux ou sublinguaux, de suppositoires ou sous forme injectable. Bien que n'étant pas considéré comme un antalgique de palier 1, la HAS le considère comme ayant la même visée thérapeutique [25].

Hormis une intolérance à l'un des composants, il ne présente aucune contre-indication.

3-2-2. Phloroglucinol en gynécologie et obstétrique

En gynécologie, le phloroglucinol est couramment utilisé dans le "*traitement symptomatique des manifestations spasmodiques douloureuses en gynécologie*" [26].

L'utilisation du phloroglucinol pendant la grossesse n'est pas contre-indiquée. Il peut être prescrit à n'importe quel terme de la grossesse. Il est notamment utilisé dans le "*traitement adjuvant des contractions au cours de la grossesse en association au repos*" [26]. Les formes orale et rectale sont les plus utilisées dans ce cadre-là.

Les formes injectables de phloroglucinol sont le plus souvent utilisées au cours de la phase active du travail d'accouchement, afin de diminuer les spasmes du col utérin et ainsi permettre une meilleure dilatation cervicale.

Lors d'anomalies de la phase de latence, le phloroglucinol est souvent utilisé sous forme de comprimés ou de suppositoires. Son objectif est de diminuer la fréquence et l'intensité des CU, et par conséquent l'inconfort des patientes.

3-3. Nalbuphine (Nubain®)

3-3-1. Généralités

La nalbuphine est un morphinique, pouvant être utilisé en cas de douleurs intenses, notamment obstétricales. C'est un antalgique de palier 3.

Ses contre-indications sont notamment la présence d'une hypersensibilité à la nalbuphine, l'association à des morphiniques agonistes purs (par exemple la morphine).

Dans le cadre obstétrical, la nalbuphine doit être utilisée sous contrôle médical strict. Son administration doit être évitée lorsqu'une patiente présente une grossesse à risques, en particulier en cas de prématurité ou de gémellarité [27].

3-3-2. Droit de prescription des sages-femmes

Les sages-femmes sont autorisées à prescrire le chlorhydrate de morphine, "*ampoules injectables dosées à 10mg, dans la limite de deux ampoules par patiente*" [23].

3-3-3. Utilisation dans le cadre des anomalies de la phase de latence

Les anomalies de la phase de latence peuvent provoquer des douleurs importantes ; c'est souvent ce qui conduit les femmes à consulter en urgence, pensant qu'elles sont en cours de travail. L'utilisation de la nalbuphine peut alors permettre de soulager partiellement leurs douleurs, sans pour autant faire cesser complètement les CU. Le Nubain® peut être utilisé en IM, ou dilué dans 100 millilitres de chlorure de sodium, par voie IV lente [1].

L'utilisation de la nalbuphine dans le cadre de l'accouchement doit être prudente. En effet, le principal risque lié à l'administration chez la mère est la détresse respiratoire chez le nouveau-né (celle-ci pouvant être retardée). Pour cette raison, il est déconseillé d'utiliser la nalbuphine en cours de travail. Cependant, il peut être difficile de prévoir le délai de mise en travail effective d'une patiente.

C'est pourquoi il arrive que la patiente accouche peu de temps après l'administration de nalbuphine. Si c'est le cas, et que la naissance survient rapidement après l'administration de nalbuphine, il est possible d'utiliser son antagoniste, la naloxone (Narcan®), chez le nouveau-né, afin de prendre en charge une éventuelle détresse respiratoire.

4. **Prises en charge non thérapeutiques des anomalies de la phase de latence**

4-1. Déambulation

Lorsqu'elles consultent en urgence pour CU régulières et douloureuses, les patientes subissent un examen obstétrical complet et un enregistrement cardiotocographique évaluant la dynamique utérine et le bien-être fœtal.

Souvent, suite à cet examen, et si la patiente n'est pas à une dilatation trop avancée (soumise à l'appréciation du professionnel), la sage-femme l'envoie déambuler afin de réévaluer la situation quelques heures plus tard.

Une étude tunisienne parue en 2010 a démontré que la phase de latence était significativement réduite lorsque les patientes avaient la possibilité de déambuler, avec une durée moyenne de 9,92 heures pour le groupe ayant déambulé versus 59 heures pour le groupe étant resté allongé pendant toute la durée de la phase de latence [28].

Nous pouvons donc penser que la déambulation est peut être une PEC non thérapeutique adaptée à des anomalies de la phase de latence.

4-2. Baignoire et douche

Le bain peut être proposé aux patientes qui ne sont pas en travail, mais qui ont des CU régulières et mal supportées, associées à un col défavorable [5].

En effet, l'eau chaude permet de relâcher la tension musculaire et peut procurer une certaine détente à la patiente. Ainsi, les CU de faux travail s'apaisent et la douleur diminue [29].

4-3. Acupuncture

4-3-1. Principes de l'acupuncture

L'acupuncture est une "*branche de la médecine chinoise, consistant à piquer avec des aiguilles en des points précis de la surface du corps d'un patient pour soigner différentes maladies ou provoquer un effet analgésique*" [30].

Selon la tradition chinoise, l'influx vital (aussi appelé *ki*) circule le long de 24 méridiens en relation les uns avec les autres. Les points-clés, au nombre de 787, se situent le long de ces méridiens et se répartissent en cinq catégories :

- Points de tonification (stimulation d'une fonction organique déficiente),
- Points de dispersion (lorsqu'une fonction organique est malade par excès),
- Points source (régulation),
- Points d'alarmes (douloureux en cas de méridien correspondant malade),
- Points de passage (l'énergie vitale s'y écoule lorsqu'elle est présente en excès).

Deux techniques d'acupuncture existent : l'acupuncture énergétique (basée sur l'étude des pouls) et l'acupuncture répertoriale (à chaque affection sont prédéfinis certains points à stimuler) [30].

4-3-2. Acupuncture et travail d'accouchement

Il semblerait que l'utilisation de l'acupuncture réduirait légèrement la durée du travail d'accouchement, en particulier celle de la phase active du travail [31]. De même, l'intensité douloureuse au cours du travail d'accouchement semblerait diminuée en cas d'acupuncture ou d'acupression, selon une revue de la Cochrane [32].

Dans le cadre de l'accouchement, certains praticiens utilisent l'analgésie acupuncturale pour un "*accouchement sans douleur*" [30]. Cette pratique peut aussi être utilisée dans le cadre d'anomalies de la phase de latence, afin de diminuer les douleurs liées aux CU.

Peu de publications existent en ce qui concerne les anomalies de la phase de latence. Cependant, certains points peuvent être utilisés, pour tenter de faire avancer le travail d'accouchement : dilatation du col ou descente du fœtus notamment [33].

4-3-3. Sages-femmes et acupuncture

Le suivi d'une formation complémentaire à la formation initiale des études en maïeutique est nécessaire à la pratique de l'acupuncture pour les sages-femmes. En effet, le décret n°2008-863 et l'arrêté du 2 novembre 2009 fixent la liste des diplômes permettant l'exercice des actes d'acupuncture par les sages-femmes. Ce décret prévoit que la sage-femme puisse pratiquer : "*Des actes d'acupuncture, sous réserve que la sage-femme possède un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen*" [34].

4-4. Homéopathie

4-4-1. Principes généraux de l'homéopathie

L'homéopathie est "*une méthode thérapeutique consistant à prescrire à un malade, sous une forme fortement diluée et dynamisée, une substance capable de produire des troubles semblables à ceux qu'il présente*". Cette définition correspond au principe de similitude [35].

Le deuxième principe de cette pratique est l'infinitésimalité, qui consiste à effectuer un très grand nombre de dilutions de la substance active, afin d'en limiter les effets secondaires éventuels.

Enfin, l'homéopathie part du principe que chaque substance peut induire chez un individu sain des symptômes identiques à ceux qu'il peut guérir chez un malade qui les présente.

4-4-2. Homéopathie en obstétrique

En obstétrique, il existe plusieurs utilisations possibles de l'homéopathie. En effet, elle peut être utilisée en cours de grossesse pour essayer de pallier aux "*petits maux de la grossesse*", pour préparer l'utérus, et notamment le col utérin, à l'accouchement, ou encore en post-partum pour stimuler la lactation, ou au contraire la stopper en cas de montée de lait indésirable [36].

Concernant la phase de quiescence, il est classiquement conseillé aux patientes, durant le dernier mois de grossesse, de prendre de l'*Actaea racemosa* 9CH (5 granules le matin), du *Gelsemium* 15CH (5 granules le soir) et de l'*Arnica montana* 15CH (5 granules le soir). L'*Actaea racemosa* 9CH permettrait de diminuer l'inquiétude des patientes face à l'accouchement et de réduire la rigidité du col utérin. L'*Arnica montana* 15CH sert en cas de fatigue et dans le cadre de soins pré et post accouchement. Enfin, le *Gelsemium* 15CH réduirait "*la peur de l'accouchement, le trac, les tremblements et l'anxiété d'anticipation avec insomnie*" [36].

En cas d'anomalie de la phase de latence nécessitant une consultation, il est souvent proposé aux patientes de prendre du *Caulophyllum* 5CH, 5 granules tous les quarts d'heure. Cette PEC permettrait aux CU de s'espacer en cas d'anomalie de la phase de latence, et de se rapprocher en cas de vrai travail. "*Dès qu'un effet est obtenu, la prise de Caulophyllum doit être arrêtée*" [36].

**MATERIEL ET
METHODES**

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs de l'étude

2-1. Objectif principal

Décrire la PEC des anomalies de la phase de latence en fonction des différents niveaux de maternité, la première fois que les patientes viennent consulter aux urgences obstétricales pour CU régulières et douloureuses à terme.

2-2. Objectif secondaire n°1

Décrire la PEC secondaire des patientes qui reviennent pour anomalie de la phase de latence selon les niveaux de maternité.

2-3. Objectif secondaire n°2

Évaluer l'impact de la PEC grâce à :

- L'échelle visuelle analogique (EVA),
- Le délai entre le début des anomalies de la phase de latence et l'entrée en travail.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive.

3. Durée et période de l'étude

Cette étude concerne des patientes ayant accouché entre le 1er janvier et le 31 août 2013 pour les CH d'Issoire (niveau I) et Vichy (niveau II), et les patientes ayant accouché entre le 1er avril et le 31 août 2013 au CHU Estaing de Clermont-Ferrand (niveau III).

4. Lieux de l'étude

Les dossiers de l'étude proviennent du CHU Estaing de Clermont-Ferrand, ainsi que des CH d'Issoire et de Vichy.

Le CHU Estaing est une maternité de niveau III avec une activité d'environ 3 600 accouchements par an. Le CH de Vichy est une maternité de niveau II avec une activité d'environ 2 000 accouchements par an, et le CH d'Issoire est une maternité de niveau I présentant une activité d'environ 700 accouchements par an.

5. Populations de l'étude

5-1. Population cible

Les primipares à terme entrant spontanément en travail et présentant une anomalie de la phase de latence constituent la population cible de l'étude.

5-2. Population source

Les primipares entrant en travail spontanément à terme et présentant une anomalie de la phase de latence, dans les maternités d'Issoire, de Clermont-Ferrand et de Vichy constituent la population source de l'étude.

6. Critères de sélection

6-1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion de l'étude sont définis ainsi :

- Patientes primipares.
- Grossesse unique.
- Terme au moins égal à 37 SA à la première consultation en urgence pour CU régulières et douloureuses.
- Patientes présentant une anomalie de la phase de latence lors de la première consultation en urgence.
- Patientes ayant une dilatation cervicale inférieure à trois centimètres lors de leur première venue à la maternité pour CU régulières et douloureuses.

6-2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Patientes déclenchées avant de consulter pour anomalie de la phase de latence.
- Patientes présentant un rythme cardiaque fœtal (RCF) suspect ou pathologique lors de leur arrivée à la maternité.
- Patientes présentant une ou plusieurs contre-indications à l'utilisation de β -mimétiques (type salbutamol) et/ou de morphiniques (type nalbuphine).
- Patientes n'ayant pas été suivies dans la même maternité pour l'ensemble de leur PEC, du début des anomalies de la phase de latence jusqu'à leur accouchement.

7. Recueil et traitement des données

Le recueil des données sera effectué de façon multicentrique, au sein du Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne (RSPA), dans les maternités de Clermont-Ferrand, Vichy, et Issoire.

Les données seront recueillies à partir du dossier informatisé via le logiciel ICOS, commun à toutes les maternités du RSPA. Concernant la maternité d'Issoire, un complément sera apporté grâce aux dossiers papiers de chaque patiente, celui-ci étant commencé à partir de l'hospitalisation des parturientes pour leur accouchement.

Pour les trois centres hospitaliers concernés, les dossiers de chaque primipare ayant accouché à partir de 37SA ont été étudiés. Seuls les dossiers de patientes ayant présenté une anomalie de la phase de latence ont été retenus pour l'ensemble de l'étude.

Le recueil des données sera fait à l'aide d'une grille de recueil, construite ainsi :

- Les données informatives sur les patientes recueillies sont l'âge, le niveau d'études et la profession.
- Les données de suivi des patientes seront : la gestité, le lieu d'accouchement, le niveau de maternité, et la distance entre le lieu d'habitation et le lieu d'accouchement.
- Concernant la première consultation pour CU régulières et douloureuses, seront décrits : le terme, la présence d'un protocole de service, le score de Bishop (Annexe V) à l'arrivée, l'EVA à l'arrivée puis après PEC, la thérapeutique éventuelle et la voie d'administration utilisées, la dynamique utérine avant et après la PEC, ainsi que le devenir (hospitalisation ou retour à domicile (RAD)).
- La suite de la PEC sera décrite de la même manière, avec en plus le nombre de consultations si RAD, et/ou de prises en charge si hospitalisation, avant l'admission en salle de naissance (SDN). Chaque consultation ou PEC fera l'objet d'une description, avec les mêmes critères de recueil que la première consultation.
- Les données d'une PEC thérapeutique seront : l'administration de salbutamol, d'hydroxyzine, de nalbuphine ou de phloroglucinol principalement, et/ou l'administration d'autres substances.
- Les données principales d'une PEC non thérapeutique seront : l'utilisation d'une baignoire de dilatation, d'un espace physiologique avec un système de suspensions ou d'un ballon, l'acupuncture, la déambulation.

- L'issue, soit la durée moyenne entre le diagnostic d'anomalie de la phase de latence et la mise en travail, sera décrite grâce au terme d'admission en SDN pour travail d'accouchement (début du partogramme).

Les données seront saisies sur le logiciel Microsoft Office EXCEL 2007.

L'ensemble des données seront analysées à l'aide des logiciels Microsoft Office EXCEL 2007 et R. Les tests statistiques effectués seront des tests de Fisher. Le seuil de significativité a été fixé à 0,05 pour l'ensemble de nos tests statistiques.

8. Implications éthiques et réglementaires

La grille de donnée a fait l'objet d'une validation par la directrice de mémoire et le sage-femme référent.

Conformément aux protocoles en vigueur, l'autorisation de recueillir les données a été demandée au chef de pôle de chaque maternité, ainsi qu'à la sage-femme cadre supérieure du CHU Estaing et aux cadres de maternité des CH d'Issoire et de Vichy.

Afin de garantir l'anonymat des données et de leur analyse, un numéro sera attribué à chaque dossier de patiente, dans un fichier indépendant du fichier de recueil des données. Sur la grille de recueil, seul apparaîtra ce numéro d'attribution.

RESULTATS

RESULTATS

1. Description de la population

2-1. Données socio-démographiques

Notre étude a porté sur 292 dossiers, répartis ainsi : 84 pour la maternité d'Issoire, 99 provenant de la maternité de Vichy et 109 patientes prises en charge à la maternité de Clermont-Ferrand.

Tableau I. Données socio-démographiques

		Issoire	Vichy	Clermont-Fd	Totaux
Âge	< 18 ans	0	5	2	7
	18 à 35 ans	78	90	101	269
	> 35 ans	6	4	6	16
Niveau d'études	Primaire,	12	22	18	52
	Collège, Brevet, BEP-CAP				
	Lycée, Bac	9	18	24	51
	Enseignement supérieur	15	34	56	105
	Non renseigné	48	25	11	84
CSP	Profession lib, Cadre, Profession intellectuelle supérieure.	1	8	13	22
	Profession intermédiaire.	13	11	26	50
	Employées.	29	39	30	98
	Ouvrières.	4	10	4	18
	Autre CSP.	3	0	2	5
	Sans profession.	13	27	31	71
	Non renseigné.	21	4	3	28
Statut marital	Célibataire vivant seule	3	11	8	22
	Célibataire vivant en couple	46	48	60	154
	Mariée ou pacsée vivant en couple	14	34	39	87
	Non renseigné	21	6	2	29
Distance domicile-maternité	< 30km	78	98	83	259
	30 à 60km	6	9	19	34
	> 60km	0	2	7	9

2-2. Données obstétricales

1-2-1. Gestité

79,1% ($n=231$) des patientes étaient suivies pour leur première grossesse au cours de l'étude, 15,4% ($n=45$) avaient déjà eu une grossesse (fausse couche spontanée, interruption volontaire ou médicale de grossesse), et 15,5% ($n=16$) avaient déjà présenté plus d'une grossesse antérieure à celle pour laquelle elles étaient suivies.

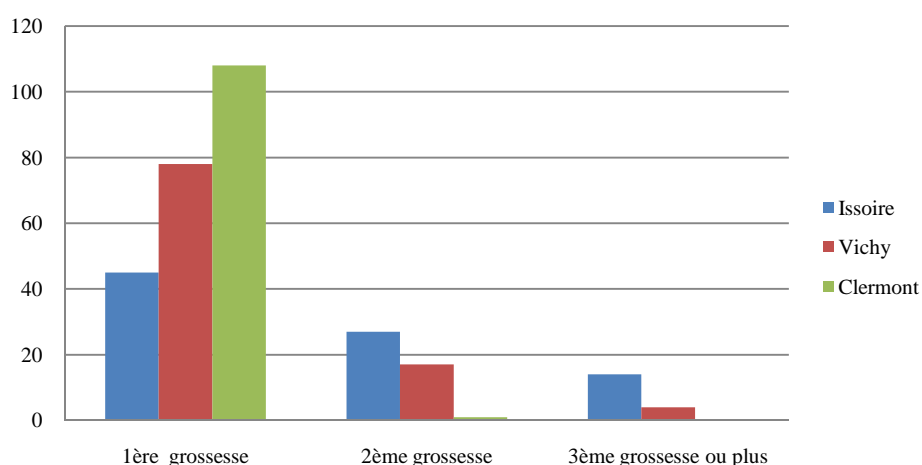


Figure 1. Répartition de la gestité en fonction des maternités

1-2-2. Rupture spontanée des membranes

Sur les 292 patientes incluses dans l'étude, 21,6% ($n=63$) se sont présentées en consultation pour CU régulières et douloureuses associées à une rupture de la poche des eaux.

À la maternité d'Issoire, 15,5% ($n=13$) des patientes étaient concernées par l'évènement "rupture spontanée des membranes". A Vichy, elles étaient 18,2% ($n=18$), et à Clermont-Ferrand, 29,4% ($n=32$).

2. Description de la prise en charge initiale des anomalies de la phase de latence

2-1. Terme à la première consultation

À Issoire, le terme moyen de la première PEC pour CU régulières et douloureuses est de 39SA et 3 jours. La médiane du terme est de 39SA et 6 jours. Le terme minimum est de 37SA et le maximum de 41SA et 5 jours.

À la maternité de Vichy, le terme moyen de la première PEC pour CU régulières et douloureuses est de 39SA et 5 jours. La médiane du terme est de 39SA + 6 jours. Le terme minimum est de 37SA et le maximum de 41SA et 4 jours.

Le terme moyen de la première consultation à la maternité du CHU Estaing était de 39 SA et 3 jours. Le terme médian était de 40 SA. Le terme minimum de consultation était de 37 SA, et le terme maximum de 41 SA et 4 jours.

Sur l'ensemble de la population, le terme moyen de la première consultation était de 39SA et 4 jours, le terme médian de 39SA et 5 jours. La minimale du terme était de 37SA et la maximale de 41SA et 5 jours.

2-2. Prise en charge thérapeutique

2-2-1. Utilisation du salbutamol

La proportion de patientes de la maternité d'Issoire ayant eu du salbutamol lors de leur première PEC pour anomalie de la phase de latence est de 34,5% (29/84). À la maternité de Vichy, cette proportion était de 32,7% (32/99) et à Clermont-Ferrand, de 61,5% (67/109).

Tableau II. Modalités d'utilisation du salbutamol en fonction des maternités

Caractéristique		Niveau 1 (/29)	Niveau 2 (/32)	Niveau 3 (/67)
Utilisation du salbutamol en 1ère intention				
	Oui	96.6% (28)	87,5% (28)	95,4% (62)
RSM				
	Non	100% (29)	99% (31)	84,4% (92)
Voie d'administration du salbutamol				
	Intramusculaire	41,4% (12)	6,2% (4)	49,5% (53)
	Intra-rectale	58,6% (17)	87,5% (28)	13,1% (14)
	Non renseignée			37,4% (42)
Association avec une (d')autre(s) thérapeutique(s)				
	Hydroxyzine	65.5% (19)	78,1% (25)	74,6% (50)
	Autre	17,4% (5)	12,5% (4)	10,4% (7)
Association avec une (d')autre(s) PEC non thérapeutique(s)				
	Déambulation	3,5% (1)	3,1% (1)	6,0% (4)
	Bain	3,5% (1)	0%	0%

À la maternité d'Issoire, le salbutamol a été associé à du phloroglucinol dans 10,3% (3/29) des cas, à de la nalbuphine dans 3,5% (1/29) des cas et à du paracétamol un gramme dans 3,5% des cas. De même, 3,5% des patientes se sont vu proposer un bain. Il a été conseillé à 3,5% d'entre elles d'aller déambuler après une injection de salbutamol.

À Vichy, sur les 32 patientes concernées par l'administration de salbutamol, 9,4% (n=3) n'ont pas eu de thérapeutique associée. Les quatre patientes ayant eu une autre thérapeutique associée que l'hydroxyzine ont eu : du phloroglucinol par voie orale (2/4), du phloroglucinol et du magnésium par voie orale (1/4) et de la nalbuphine (1/4).

Au CHU Estaing, quatre patientes sur 67 ont eu en association du salbutamol et de la nalbuphine (6,0%), et trois patientes (4,5%) ont eu une association salbutamol-phloroglucinol.

2-2-2. *Autres thérapeutiques utilisées*

✓ *Thérapeutiques utilisées seules*

Parmi les 55 patientes (65,5%) n'ayant pas eu de salbutamol au cours de leur première PEC à la maternité d'Issoire, 16,4% (9/55) ont eu du phloroglucinol par voie orale ou rectale, 14,5% (8/55) ont eu de la nalbuphine et 5,5% (3/55) ont eu de l'homéopathie.

À Vichy, 67,7% (67/99) des patientes n'ont pas eu de salbutamol au cours de leur première PEC. Parmi elles, 34,3% (23/67) ont eu du phloroglucinol seul, par voie orale ou rectale. L'hydroxyzine a été utilisée seule pour 1,5% (1/67) d'entre elles. La nalbuphine a été utilisée seule pour 10,4% (7/67) des patientes en première intention.

Les thérapeutiques utilisées seules en dehors du salbutamol au CHU Estaing de Clermont-Ferrand sont les suivantes : phloroglucinol pour 21,4% (9/42) des patientes, nalbuphine pour 4,8% (2/42) d'entre elles, et 2,4% (1/42) des patientes ont eu de l'hydroxyzine seule.

✓ *Thérapeutiques utilisées en association*

❖ Maternité d'Issoire

La PEC de 11,9% (10/84) des patientes a été constituée d'une association d'au moins une thérapeutique avec une autre PEC (thérapeutique ou non).

Parmi ces patientes, 80% (8/10) ont bénéficié de **phloroglucinol**, associé à différentes prises en charge :

- **Hydroxyzine** pour 62,5% (5/8) de ces patientes, parfois associé à une autre thérapeutique (3/5), à des exercices sur ballon (1/5) et/ou à une autre PEC non thérapeutique (1/5),
- **Nalbuphine** et une autre thérapeutique pour 12,5% (1/8) d'entre elles,
- Une **autre thérapeutique** pour 37,5% (3/8) des patientes.

Une patiente (10%) a eu une association d'hydroxyzine et d'une autre thérapeutique, et une patiente (10%) a eu de l'homéopathie associée à des exercices sur le ballon.

Remarque : les "autres thérapeutiques" citées ci-dessus sont le paracétamol 1 gramme per os ou par voie IV ($n=7$), l'homéopathie avec de l'Actea Racemosa 9CH et le Caulophyllum 30CH ($n=2$) et le magnésium par voie IV ($n=1$).

❖ Maternité de Vichy

Parmi les 67 patientes n'ayant pas bénéficié de salbutamol, 17,9% (12/67) ont eu une PEC composée de l'association d'au moins une thérapeutique avec une autre PEC (thérapeutique ou non).

Le **phloroglucinol** a été utilisé pour 11 de ces patientes, soit 91,7%. Il a été associé à :

- L'**hydroxyzine** pour huit d'entre elles. En outre, trois de ces dernières ont eu une autre thérapeutique administrée.
- Une autre thérapeutique pour 5 patientes sur 11 (45,5%).

Pour une patiente, la nalbuphine a été associée à des exercices sur ballon.

Remarque : A Vichy, les "autres thérapeutiques" utilisées sont le magnésium par voie IV ($n=7$) et le paracétamol un gramme IV ($n=1$).

❖ Maternité de Clermont-Ferrand

Parmi les 42 patientes n'ayant pas eu de salbutamol pour leur PEC, 19% (8/42) ont eu une PEC composée d'une thérapeutique associée à une autre PEC.

Le phloroglucinol a été donné en association avec un bain ou une douche pour 6 patientes, soit 75% des patientes concernées. Les exercices sur ballon et la déambulation lui ont été associés, chacun pour 1 patiente (12,5%). L'hydroxyzine a été associée à la déambulation pour 1 patiente (12,5%).

2-3. Prise en charge exclusivement non thérapeutique

La PEC de 28,6% des patientes (24/84) de la maternité d'Issoire n'a été constituée que d'une PEC non thérapeutique, qu'elle soit unique ou en association avec une autre.

Concernant les patientes de Vichy, 13 patientes sur 99 ne se sont vu proposer aucune thérapeutique pour leur PEC, soit 13,1%.

À Clermont-Ferrand, 15,6% (17/109) des patientes ont eu une PEC exclusivement non thérapeutique.

2-4-1. Prise en charge unique

Tableau III. Prise en charge initiale non thérapeutique unique

PEC non thérapeutique unique	Issoire (/84)	Vichy (/99)	Clermont-Ferrand (/109)
Ballon	4,8% (4)	3,0% (3)	0,9 (1)
Déambulation	8,3% (7)	7,1% (7)	4,6% (5)
Acupuncture	1,2% (1)	0%	0% (0)
Bain ou douche	1,2% (1)	1% (1)	0% (0)
Autre PEC non thérapeutique*	8,3% (7)	0%	10,1% (11)

**Parmi les prises en charge non thérapeutiques retrouvées dans cette étude, nous avons notamment retrouvé le "retour à domicile avec consignes d'usage" pour 7,1% (6/84) des patientes d'Issoire, et pour 10,1% (11/109) de celles de Clermont-Ferrand (neuf pour refus thérapeutique et deux pour arrêt des CU à l'arrivée à la maternité).*

2-4-2. Prises en charge non thérapeutiques associées entre elles

À Issoire, Les exercices sur ballon ont été associés à la déambulation pour 3,7% ($n=3$) des patientes. Ils ont aussi été accompagnés d'une douche pour 2,4% ($n=2$) d'entre elles. La déambulation a aussi été associée à un bain chaud pour 1,2% ($n=1$) des patientes.

À Vichy, 2,0% (2/99) ont associé exercices sur ballon et déambulation.

À Clermont-Ferrand, une patiente s'est vu proposer de l'acupuncture en complément de la déambulation, soit 0,9%.

2-4. Devenir des patientes

2-4-1. Devenir des patientes

Toutes les patientes ayant rompu la poche des eaux au moment de leur consultation aux urgences des maternités d'Issoire ($n=13$), de Vichy ($n=18$) et de Clermont-Ferrand ($n=17$) ont été hospitalisées.

Concernant les patientes n'ayant pas rompu la poche des eaux au moment de leur consultation, 25% (21/84) ont été hospitalisées à Issoire, 18,2% (18/99) ont été hospitalisées à Vichy et 23,9% (26/109) l'ont été à Clermont-Ferrand.

Sur l'ensemble de l'étude, 23,6% des patientes ont été hospitalisées malgré une poche des eaux intacte.

Le retour à domicile a été possible pour 59,5% ($n=50$) des patientes ayant consulté en urgence à la maternité d'Issoire, 63,6% ($n=63$) des patientes de Vichy et 60,6% ($n=66$) des patientes de Clermont-Ferrand.

Il a donc été possible pour 61,3% (179/292) des patientes de l'étude.

2-4-2. Durée avant nécessité d'une nouvelle prise en charge

Les figures 2, 3 et 4 indiquent, pour chaque maternité, le temps entre la fin de leur PEC initiale et la nécessité d'une nouvelle PEC (après retour à domicile ou hospitalisation en service).

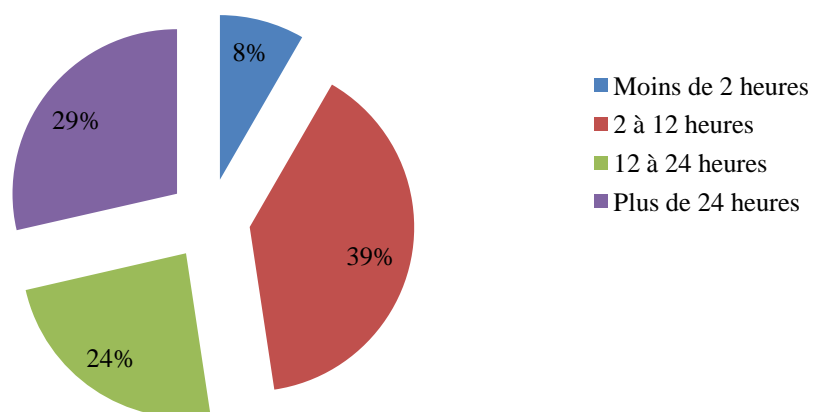


Figure 2. Répartition des durées avant nécessité d'une nouvelle prise en charge des patientes d'Issoire

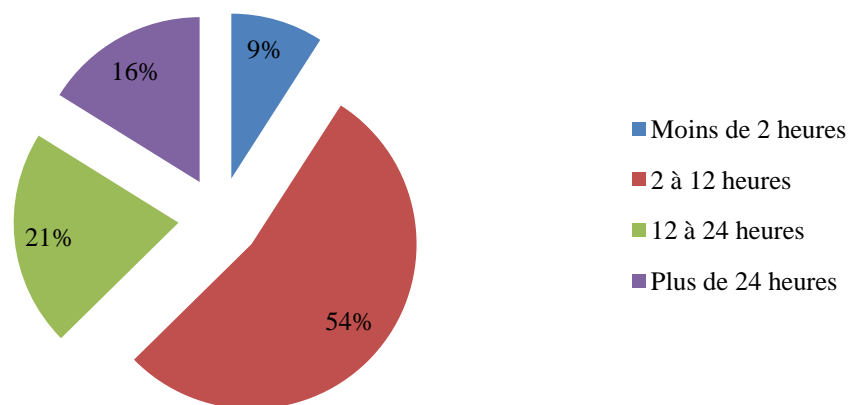


Figure 3. Répartition des durées avant nécessité d'une nouvelle prise en charge des patientes de Vichy

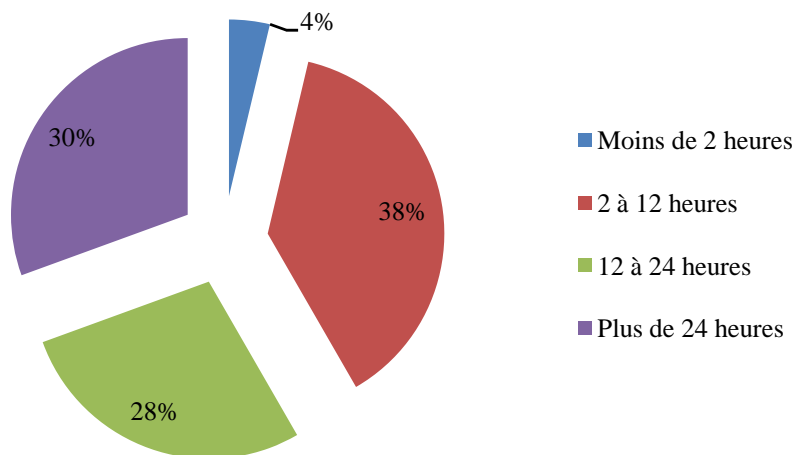


Figure 4. Répartition des durées avant nécessité d'une nouvelle prise en charge des patientes de Clermont-Ferrand

2-4-3. Retour à la maternité ou nécessité d'une nouvelle prise en charge

Les figures 5, 6 et 7 indiquent, pour les patientes de chaque maternité, quelle PEC secondaire leur a été proposé.

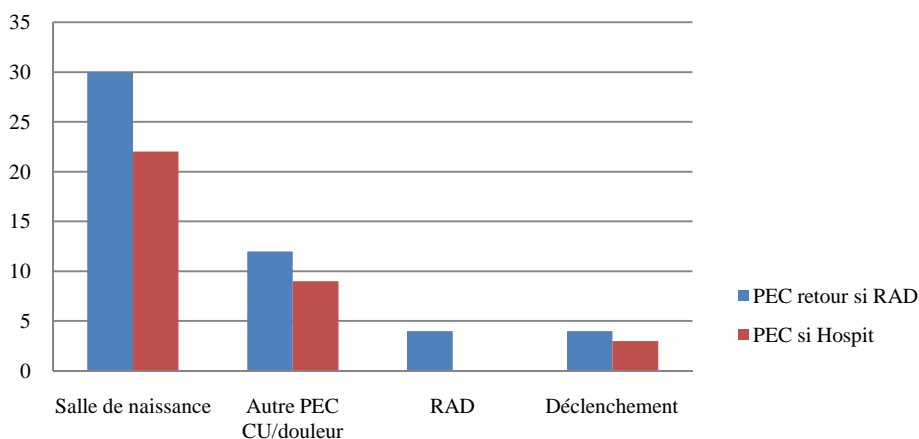


Figure 5. Nouvelles prises en charge des patientes d'Issoire

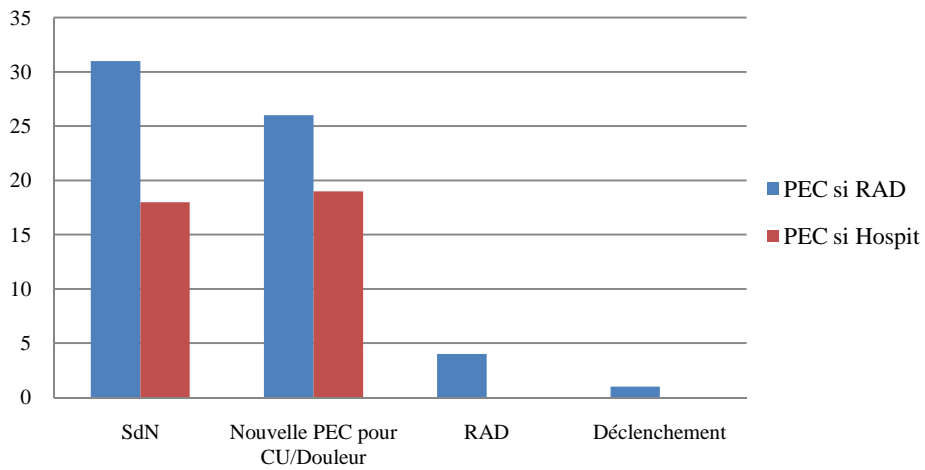


Figure 6. Nouvelles prises en charge des patientes de Vichy

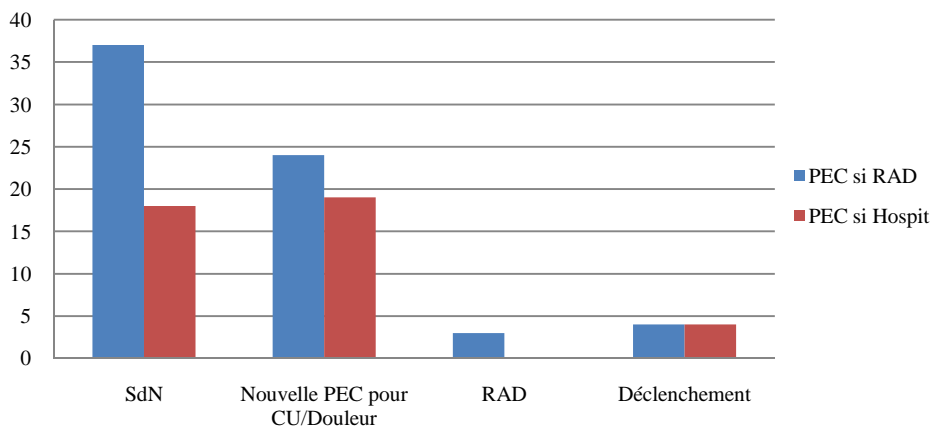


Figure 7. Nouvelles prises en charge des patientes de Clermont-Ferrand

3. Description des prises en charge secondaires des anomalies de la phase de latence

3-1. Patientes concernées

Tableau IV. Proportion de patientes ayant bénéficié d'au moins 2 prises en charge pour anomalies de la phase de latence

Maternité	Proportion (effectifs)
Issoire	29,8% (25/84)
Vichy	49,5% (49/99)
Clermont-Ferrand	42,2% (46/109)

Sur l'ensemble des patientes incluses dans cette étude, 41,1% des patientes (120/292) ont eu besoin d'une deuxième PEC pour anomalie de la phase de latence.

3-2. Prises en charge lors d'une deuxième consultation en fonction des maternités

Tableau V. Thérapeutiques utilisées pour une deuxième PEC d'anomalie de la phase de latence.

Thérapeutique utilisée	Issoire (/25)	Vichy (/49)	Clermont-Ferrand (/46)	Totaux (/120)
Salbutamol	12% (3)	16,3% (8)	60,9% (28)	32,5% (39)
Nalbuphine	32% (8)	24,5% (12)	21,7% (12)	26,7% (32)
Hydroxyzine	12% (3)	24,5% (12)	41,3% (19)	28,3% (34)
Phloroglucinol	12% (3)	24,5% (12)	17,4% (8)	19,2% (23)
Autre thérapeutique	16% (4)	10,2% (5)	2,2% (1)	8,3% (10)

Concernant le salbutamol :

- À Issoire, le salbutamol a été administré à toutes les patientes concernées par voie IM, associé à de l'hydroxyzine 25 milligrammes per os.
- À Vichy, 75% (6/8) des patientes ont bénéficié de salbutamol en suppositoire, dont 66,7% (4/6) associé à de l'hydroxyzine 50 milligrammes per os, et 16,7% (1/6) associé à la déambulation.
Les 25% restant (2/8) ont eu une injection IM de salbutamol, associée à de l'hydroxyzine 50 milligrammes pour une patiente.
- À la maternité de Clermont-Ferrand, l'hydroxyzine per os (25 ou 50 milligrammes) a été associée au salbutamol dans 60,7% des cas (17/28), dont 1 patiente pour laquelle a été rajouté du phloroglucinol. La nalbuphine a été associée au salbutamol chez deux patientes, soit 7,1%.
Le salbutamol a été administré par voie IM 85,7% (24/28) des patientes, et en suppositoire pour les autres.

Concernant la nalbuphine :

- À Issoire, elle a été administrée seule pour la majorité des patientes (87,5%) et associée à du phloroglucinol et une autre thérapeutique pour une patiente.
- À Vichy, elle a été associée à de l'hydroxyzine pour une patiente et à une autre thérapeutique pour une autre.
- À Clermont-Ferrand, la nalbuphine non associée à du salbutamol n'a été administrée qu'en PEC unique.

Tableau VI. Prise en charge secondaire non thérapeutique

PEC	Issoire (/25)	Vichy (/49)	Clermont- Ferrand (/46)	Totaux (/120)
Déambulation	24% (6)	18,4% (9)	8,7% (4)	15,8% (19)
Ballon	36% (9)	16,3% (8)	2,2% (1)	15% (18)
Baignoire	4% (1)	8,2% (4)	6,5% (3)	6,7% (8)
Acupuncture	0%	0%	2,2% (1)	0,8% (1)
Autre	8% (2)	12,2% (6)	2,2% (1)	7,5% (9)

À la maternité d'Issoire, 36% (9/25) des patientes n'ont bénéficié que de prises en charge non thérapeutiques, seules ou associées entre elles. Pour les autres patientes ayant bénéficié de telles prises en charge, elles ont été associées à de l'hydroxyzine, du phloroglucinol ou du salbutamol.

À Vichy, les prises en charge non thérapeutiques ont été utilisées seules pour 18,4% (9/49) des patientes. Elles ont été associées à du salbutamol, du phloroglucinol ou de l'homéopathie chez les autres patientes.

À Clermont-Ferrand, les prises en charge non thérapeutiques ont été majoritairement utilisées en association avec une thérapeutique ; en effet, seules 10,9% des patientes (5/46) n'ont pas eu de PEC thérapeutique. Elles ont été associées à du salbutamol, du phloroglucinol ou de la nalbuphine.

3-3. Patientes ayant consulté plus de deux fois pour anomalies de la phase de latence

Sur les 292 patientes de l'étude, 37 patientes ont eu besoin de plus de 2 prises en charge pour anomalies de la phase de latence, soit 12,7%. Parmi ces patientes, 19,0% (7/37) étaient suivies à la maternité d'Issoire, 40,5% (15/37) à la maternité de Vichy et 40,5% à Clermont-Ferrand.

Parmi ces patientes, 45,9% (17/37) sont rentrées au moins une fois à domicile avec conseils d'usage sans autre PEC, pour refus thérapeutique (14/17) ou arrêt des CU à l'arrivée à la maternité (3/17).

Tableau VII. Prises en charge pratiquées à partir de la 3ème consultation pour anomalies de la phase de latence.

PEC	Issoire (/7)	Vichy (/15)	Clermont- Ferrand (/15)	Totaux (/37)
Salbutamol	28,6% (2)	20% (3)	26,7% (4)	24,3% (9)
Hydroxyzine	0%	13,3% (2)	13,3% (2)	10,8% (4)
Nalbuphine	42,9% (3)	6,7% (1)	33,3% (5)	24,3% (9)
Phloroglucinol	0%	20% (3)	13,3% (2)	13,5% (5)
Autre	0%	13,3% (2)	0%	5,4% (2)
thérapeutique				
Déambulation	0%	6,7% (1)	6,7% (1)	5,4% (2)
Ballon	28,6% (2)	0%	0%	5,4% (2)

Parmi ces thérapeutiques utilisées, certaines ont été utilisées en association les unes avec les autres. Ainsi, 8,1% (3/37) ont reçu lors de la même PEC du salbutamol, de la nalbuphine et de l'hydroxyzine par voie IM. La déambulation a été systématiquement associée à du phloroglucinol en suppositoire.

4. Évaluation de l'impact des prises en charge

4-1. Utilisation de chaque prise en charge

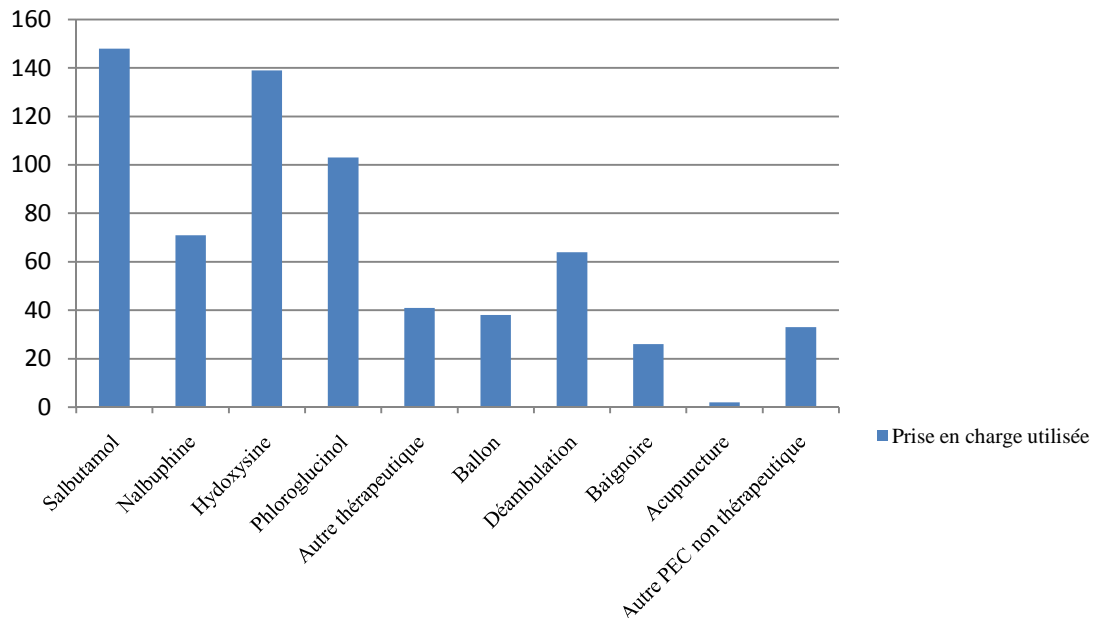


Figure 8. Nombre de patientes ayant bénéficié de chaque prise en charge au moins une fois au cours de leur anomalie de la phase de latence ($n=517$)

Plus de la moitié des patientes (50,7%) ont bénéficié au moins une fois de salbutamol au cours de leur PEC. De même, l'hydroxyzine a été fortement utilisée (47,6%), le plus souvent en association avec le salbutamol.

La PEC non thérapeutique la plus utilisée est la déambulation (21,9%).

4-2. Prise en charge et échelle visuelle analogique

Dans le tableau VIII ci-dessous, nous avons constitué 4 groupes par rapport aux EVA relevées avant et après chaque prise en charge :

- "EVA < 3 après PEC" : Dans ce groupe, chaque patiente arrivait avec une douleur modérée ou sévère (EVA>3). Après la PEC, l'EVA diminuait significativement et devenait inférieure à trois.

- "EVA ayant diminué mais restant > 3" : Dans ce groupe, les patientes arrivaient avec une EVA > 7. Suite à la PEC, l'EVA restait supérieure à 3 mais la douleur restait modérée.
- "EVA stable" : La douleur restait la même avant et après la prise en charge.
- "EVA augmentée" : La douleur passait de faible à modérée ou sévère, ou de modérée à sévère, après la PEC.

Tableau VIII. Modification de l'EVA en fonction de chaque prise en charge.

	EVA < 3 après PEC (n=263)	EVA ayant diminué mais restant > 3 (n=44)	EVA stable (n=13)	EVA augmentée (n=93)	1 ou 2 EVA manquantes (n=415)	p-value (Test de Fisher)
Salbutamol	64	6	1	13	89	0.07146
Nalbuphine	23	11	0	6	23	0.007783
Hydroxyzine	55	3	1	9	84	0.01416
Association salbutamol- hydroxyzine	50	3	1	7	65	0.01498
Association salbutamol- nalbuphine	4	2	0	2	2	0.4735
Phloroglucinol	32	5	0	8	59	0.5952
Autre thérapeutique	7	1	1	8	19	0.06454
Déambulation	8	3	4	10	14	0.0003737
Ballon	3	4	2	16	15	1.2E-07
Acupuncture	1	0	1	0	1	0.07316
Bain	10	5	0	9	23	0.05105
Autre PEC non thérapeutique	6	1	2	5	21	0.05577

Nous constatons qu'il existe un lien statistiquement significatif entre l'EVA et plusieurs thérapeutiques ou associations :

- L'EVA est significativement inférieure à 3 après la PEC par nalbuphine.
- De même, l'hydroxyzine diminue significativement l'EVA, qui devient inférieure à 3 après la PEC.
- L'association salbutamol-hydroxyzine est elle aussi significativement efficace.

A contrario, nous constatons que la déambulation et les exercices sur ballon augmentent significativement l'EVA des patientes.

4-3. Prise en charge et délai entre début des anomalies et entrée en travail

Tableau IX. Délai entre le début de la prise en charge initiale pour anomalie de la phase de latence et l'entrée en travail en fonction des prises en charge.

	Moins de 2 heures (n=8)	2 à 12h (n=101)	12 à 24h (n=81)	Plus de 24h (n=102)	p-value (Fisher)
Salbutamol	3	36	49	60	0.001085
Nalbuphine	1	27	24	19	0.2776
Hydroxyzine	4	39	42	54	0.1641
Association salbutamol-hydroxyzine	3	24	39	44	0.002647
Association salbutamol-nalbuphine	0	4	6	0	0.03249
Phloroglucinol	3	29	20	51	0.001226
Autre thérapeutique	0	18	7	16	0.2284
Déambulation	2	26	21	15	0.1486
Ballon	0	17	12	9	0.2699
Acupuncture	0	2	0	0	0.2493
Bain	1	9	2	14	0.03597
Autre PEC non thérapeutique	0	10	7	16	0.3645

Les patientes ayant bénéficié de salbutamol lors d'une PEC ont un délai de retour significativement augmenté, supérieur à 24 heures, que le salbutamol soit utilisé seul ou en association avec l'hydroxyzine. Il en est de même pour le phloroglucinol.

L'association salbutamol-nalbuphine influe significativement sur le délai de retour, qui est lui de 12 à 24h.

Concernant les PEC non thérapeutiques, le bain augmente significativement le délai de retour, supérieur à 24 heures.

DISCUSSION

DISCUSSION

1. Critique de l'étude

2-1. Points faibles et limites de l'étude

Dans les maternités de niveaux 1 et 2 (Issoire et Vichy), notre étude intéressait les patientes primipares ayant accouché entre le 1er janvier et le 31 août 2013. En revanche, dans la maternité de niveau 3 (Clermont-Ferrand), le recueil n'a porté que sur les patientes primipares ayant accouché entre le 1er avril et le 31 août de la même année. Ce choix a permis d'avoir des échantillons de patientes presque équivalents dans chaque maternité ; cependant, il a pu créer un biais de sélection. En effet, les pratiques concernant la prise en charge des anomalies de la phase de latence ont pu changer entre le 1er janvier et le 1er avril 2013 ; il manque donc peut-être certaines données pour la maternité du CHU Estaing.

Il existe aussi un biais d'information ; en effet, la prise en charge des anomalies de la phase de latence n'est décrite qu'à partir de l'arrivée de la patiente à la maternité. L'étude ne prend donc pas en compte les conseils ayant pu être donnés aux patientes par téléphone ou lors de cours de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) par exemple, tels que la prise de phloroglucinol, la déambulation à domicile ou la prise d'un bain chaud.

Cette gestion potentielle d'une anomalie de la phase de latence à domicile induit aussi un biais de sélection ; en effet, certaines patientes ayant pu recevoir de tels conseils ont peut-être subi un faux travail ou une dystocie de démarrage, sans pour autant venir consulter à la maternité. Elles n'ont donc pas pu être incluses dans cette étude.

2-2. Points forts de l'étude

Notre étude a porté sur un sujet peu étudié par le passé, et dont la prise en charge varie beaucoup d'une maternité à l'autre. Il est donc intéressant d'avoir effectué cette étude sur trois maternités d'Auvergne et non une seule, qui plus est de trois niveaux différents. En effet, les pathologies modérées et le nombre moins important de patientes dans les maternités plus petites que le CHU Estaing pouvaient laisser penser que la prise en charge pouvait être très différente, sans pour autant être moins efficace et moins satisfaisante pour les patientes.

Les patientes consultant en niveau 1 ou 2 n'ont pas forcément les mêmes caractéristiques épidémiologiques que celles se faisant suivre en niveau 3, ce qui permet d'avoir un échantillon plus représentatif de la population générale en Auvergne.

De plus, de par l'absence de recommandations clairement établies par l'OMS et la HAS pour la prise en charge des anomalies de la phase de latence, il était intéressant de pouvoir observer les différentes prises en charge proposées aux patientes. Le but était de pouvoir orienter les professionnels de la naissance, très souvent confrontés à ces situations parfois délicates à gérer.

2. Analyse des résultats

2-1. Description de la population

2-1-1. Données socio-démographiques

La proportion de patientes primipares ayant entre 18 et 35 ans (269/292) correspond à la moyenne nationale. En effet, une étude de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) de 2012 évaluait l'âge au premier enfant à 28 ans en 2010 [37].

La distance entre le lieu d'habitation et le lieu de suivi et d'accouchement de chaque patiente était répartie en 3 catégories (moins de 30 kilomètres, 30 à 60 kilomètres et plus de 60 kilomètres).

Plus de 80% des patientes vivaient à moins de 30 kilomètres de leur lieu de suivi. Cette proportion peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Premièrement, lorsqu'elles en ont la possibilité, nous pouvons penser que les patientes préfèrent être suivies dans une maternité proche de chez elles, pour des raisons pratiques. Ensuite, notre étude ne s'intéressait qu'aux patientes souffrant d'une anomalie de la phase de latence : nous pouvons donc supposer que, habitant à proximité de son lieu d'accouchement, une patiente hésite moins à se déplacer de quelques kilomètres pour consulter en cas de contractions douloureuses. À ce facteur s'ajoute la primiparité de l'ensemble des patientes de l'étude : en effet, celles-ci n'ayant jamais connu de grossesse ni d'accouchement, le manque de connaissance sur ce que sont les CU et l'anxiété que cela peut engendrer peut jouer un rôle important. De plus les couples n'ayant la plupart du temps pas de premier enfant à faire garder, ils se déplacent plus facilement. Au contraire, des patientes habitant à plus de 60km de leur lieu d'accouchement préfèrent probablement être sûres d'avoir des contractions très régulières et très douloureuses avant de se déplacer.

2-1-2. Données obstétricales

Près de 80% des patientes de notre étude étaient suivies pour leur première grossesse, et n'avaient eu ni fausse couche spontanée, ni interruption volontaire ou médicale précoce de grossesse. Ce résultat reste cependant à modérer : en effet, à la maternité de Clermont-Ferrand, seule une patiente sur 109 avait déjà eu une grossesse avant celle pour laquelle son dossier était étudié. Cette proportion semble étonnante, au vu du fait que près de 36% des patientes d'Issoire et 30% de celles de Vichy avaient déjà eu au moins une grossesse avant d'accoucher de leur premier enfant. Il semble donc probable, à Clermont-Ferrand, que le logiciel ICOS ait présenté un problème au moment de la consultation des dossiers, n'affichant pas les antécédents obstétricaux de certaines patientes.

2-2. Discussion sur la prise en charge des anomalies de la phase de latence chez la primipare

2-2-1. Utilisation du salbutamol

Au cours de l'étude, l'utilisation de salbutamol variait énormément d'une maternité à l'autre. En effet, 61,5% des patientes consultant pour la première fois pour anomalie de la phase de latence du CHU Estaing ont eu une administration de salbutamol, versus 32,7% à Vichy et 34,5% à Issoire. De même, 87,5% des patientes concernées à Vichy se voyaient administrer un suppositoire, versus 13,1% seulement à Clermont-Ferrand. Ces écarts peuvent s'expliquer par des habitudes de service très différentes d'une maternité à l'autre. De plus, les maternités de Vichy et d'Issoire n'ont pas de protocole de service (contrairement à Clermont-Ferrand [1]) ni d'obstétricien sur place 24 heures sur 24. Les sages-femmes n'étant autorisées à prescrire que le salbutamol par voie orale et rectale [23], cela peut expliquer la différence d'utilisation entre les voies d'administration.

Le salbutamol était souvent utilisé en association avec une ou plusieurs autres thérapeutiques, tels que l'hydroxyzine (74,6% lors de la première prise en charge pour anomalie de la phase de latence), la nalbuphine ou le phloroglucinol. Ces associations variées démontrent bien la difficulté à prendre en charge les anomalies de la phase de latence, en particulier lorsque les patientes reviennent plusieurs fois pour le même motif, sans pour autant être en travail.

Au cours de notre étude, le salbutamol par voie rectale a cessé d'être commercialisé, courant le mois de juin 2013. Cet arrêt de commercialisation n'a pas entraîné de rappel des lots encore en stock dans les maternités ; les suppositoires ont donc pu continuer à être administrés jusqu'à épuisement des stocks, ce qui limite la durée pendant laquelle ils n'ont pas pu être administrés au cours de notre étude.

En décembre 2013, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), en accord avec l'Agence européenne des médicaments (EMA), a envoyé une lettre aux professionnels de santé concernant les β -2-mimétiques d'action courte tels que le salbutamol. Dans cette lettre, elle recommande de ne plus utiliser les voies orale et rectale de ces médicaments dans un cadre obstétrical [38].

Concernant la voie parentérale, son utilisation "*doit être limitée à une durée maximale de 48 heures et doit se faire sous la surveillance d'un spécialiste dans toutes les indications obstétricales autorisées : menace d'accouchement prématuré entre 22 et 37 SA et utilisation en urgence dans des situations obstétricales particulières*" [38]. Cependant, le Comité de l'évaluation des risques pour la pharmacovigilance (PRAC) a considéré que le rapport bénéfice/risque des voies parentérales "*restait favorable dans les anomalies de la contraction utérine pendant le travail (dystocie de démarrage [...])*" [39].

2-2-2. Utilisation d'autres thérapeutiques

Hormis l'utilisation de salbutamol, plusieurs autres thérapeutiques ont été utilisées seules en PEC initiale des anomalies décrites dans l'étude : la nalbuphine (12/292), le phloroglucinol (40/292), l'hydroxyzine ou l'homéopathie. Certaines thérapeutiques telles que le paracétamol ou le magnésium ont été utilisées ponctuellement. Encore une fois, cette grande variété démontre bien la complexité de la PEC des anomalies de la phase de latence. Il est donc nécessaire de discuter avec la patiente pour comprendre toutes les composantes de sa douleur, qu'elles soient émotionnelles ou organiques. En effet, l'anxiété peut jouer un rôle très important dans la douleur, d'où l'intérêt d'utiliser notamment de l'hydroxyzine. De même, l'utilisation de phloroglucinol ou de paracétamol peut parfois suffire, car ils peuvent en plus de leur action induire un effet placebo. De plus, selon les recommandations, il est utile, pour le traitement de toute douleur, de commencer par des antalgiques de palier 1 [16].

Pour ces mêmes raisons, le fait d'associer PEC thérapeutique et non thérapeutique peut être une solution à envisager : en effet, déambuler, faire des exercices sur ballon ou prendre un bain peut permettre à la patiente de mieux supporter ses CU. Cela lui permet aussi de se détendre, et de se concentrer sur autre chose que sa douleur.

2-2-3. Prises en charge non thérapeutiques

En PEC initiale lors de la première consultation pour CU régulières et douloureuses sans travail d'accouchement, 18,5% des patientes n'ont pas eu de thérapeutique. Selon les maternités, la proportion varie de 28,6% à Issoire à 13,1% à Vichy et 15,6% à Clermont-Ferrand. Cette grande différence entre la maternité d'Issoire et les maternités de Vichy et Clermont-Ferrand peut s'expliquer par le faible niveau d'activité de la première par rapport aux deux autres. En effet, nous pouvons penser que la sage-femme qui accueille la patiente en faux travail a plus de temps à lui consacrer. Elle peut ainsi prendre plus de temps pour lui apprendre à gérer sa respiration, montrer des exercices sur ballon ou masser les zones douloureuses au moment des CU.

A contrario, l'utilisation importante de thérapeutiques à Clermont-Ferrand et Vichy peut probablement venir du fait que, le niveau d'activité étant plus important, les PEC des différentes anomalies au cours du travail ou en début de travail sont plus protocolisées. En effet, la maternité du CHU Estaing a créé un protocole pour la gestion des anomalies de la phase de latence, dans lequel l'association salbutamol-hydroxyzine et l'utilisation de nalbuphine sont conseillées [1]. Cela permet une PEC plus rapide des anomalies de la phase de latence, mais peut-être moins personnalisée qu'à Issoire.

À Issoire et Clermont-Ferrand, 17 patientes sont retournées à domicile avec "conseils d'usage". Certaines d'entre elles pour refus thérapeutique, et d'autres parce que les CU ont cessé au moment de l'arrivée à la maternité. Nous pouvons donc nous interroger sur le fait que les patientes consultent parce qu'elles ressentent une douleur mais qu'elles refusent d'être traitées, ou sur le mécanisme psychopathologique qui fait que les CU cessent à la maternité. Pour ces patientes, le simple fait de venir, de discuter avec les professionnels de santé, peut permettre de se rassurer, d'apprendre à gérer sa respiration et ainsi atténuer l'angoisse générée par l'approche de l'accouchement. Pour y remédier, il serait peut-être intéressant d'évoquer rapidement avec les patientes, lors de la dernière consultation de suivi de grossesse, leurs angoisses vis-à-vis de l'accouchement, les contractions utérines et la respiration à adopter en cas de douleurs.

2-2-4. Devenir des patientes suite à une prise en charge

Hormis les patientes ayant rompu la poche des eaux lors de leur première PEC, 23,6% des patientes ont été hospitalisées pour une PEC secondaire en service. Les proportions varient de 25% à Issoire à 18,2% à Vichy (23,9% à Clermont-Ferrand). Le fait que les patientes restent hospitalisées peut provenir de plusieurs facteurs : refus du retour à domicile, ou appréciation de la sage-femme qui juge nécessaire de garder hospitalisée la patiente. De plus, l'utilisation de nalbuphine justifie l'hospitalisation de la patiente, selon les protocoles en vigueur dans les maternités concernées par l'étude. Cette hospitalisation est donc souvent due au contexte propre à chaque patiente, par exemple parce qu'elle habite à plusieurs kilomètres du lieu de PEC, ou encore parce que le contexte obstétrical semble favorable à une mise en travail proche.

Une majorité de patientes a nécessité une nouvelle PEC 2 à 12 heures après la première (39% à Issoire, 54% à Vichy et 38% à Clermont-Ferrand). Très peu d'entre elles ont demandé une nouvelle PEC moins de deux heures après la première (respectivement 8, 9 et 4 %). Ce résultat provient sans doute du fait que les patientes n'étant pas en travail lors de leur première consultation, il a suffi de traiter leur douleur et/ou leurs CU pour qu'elles se sentent mieux. La demande d'une nouvelle PEC moins de 2 heures après la précédente peut vouloir dire que la première n'était pas ou mal adaptée à la patiente, ou alors que celle-ci était en début de travail lors de son arrivée.

La seconde PEC des patientes représentait majoritairement une mise en travail d'accouchement spontanée, traduite par un passage en salle de naissance (plus de 50% des patientes). Un déclenchement a aussi pu être proposé à certaines patientes, dont la cause était indépendante des anomalies de la phase de latence : rupture des membranes de plus de 24 heures, ou autre cause obstétricale apparaissant après ces anomalies (dépassement de terme, anomalies du RCF notamment).

2-3. Discussion sur les prises en charge secondaires des anomalies de la phase de latence

2-3-1. Prises en charge préférentiellement utilisées

Bien que le salbutamol soit encore beaucoup utilisé (32,5% des patientes), la nalbuphine connaît, à partir de la 2^{ème} PEC, une augmentation nette d'utilisation (26,7% des patientes versus 6,5% lors d'une première PEC). Cela peut être dû au fait que les professionnels de santé préfèrent n'utiliser que ponctuellement le salbutamol. Une fois celui-ci utilisé, ils recherchent des alternatives afin de soulager la douleur des patientes. La nalbuphine étant un antalgique de palier 3 autorisé en cas de douleurs liées aux CU en début de travail, c'est une thérapeutique de choix. De plus, le salbutamol est un tocolytique, alors que la nalbuphine est un antalgique de palier 3. Elle peut donc s'avérer plus efficace pour calmer les douleurs, quand les contractions utérines persistent malgré le salbutamol.

Les prises en charge non thérapeutiques sont quant à elles autant utilisées en deuxième intention qu'en première. En effet, le nombre de thérapeutiques utilisables étant limité, il peut s'avérer nécessaire de varier la PEC et de faire patienter les femmes, lorsque cela est possible.

2-3-2. Patientes ayant consulté plus de deux fois pour anomalies de la phase de latence

La grande majorité des patientes n'a consulté qu'une, voire deux fois, pour CU régulières et douloureuses sans travail. Seules 37 d'entre elles, soit 12,7%, ont consulté trois fois ou plus. Cette faible proportion peut avoir plusieurs explications :

- Premièrement, les patientes ayant fait un faux travail, à terme, se mettent en travail dans les heures ou les jours qui suivent leur consultation.
- Ensuite, si ce n'est pas le cas, elles hésitent à revenir, de peur que ce ne soit pas "le bon moment". Elles préfèrent donc patienter chez elles le plus possible pour ne pas avoir à refaire un aller-retour à l'hôpital.

- Enfin, une fois leurs angoisses apaisées et les réponses à leurs questions données, certaines ne ressentent plus du tout de CU jusqu'à leur entrée en travail d'accouchement. Certaines d'entre elles ont même parfois besoin d'être déclenchées pour terme dépassé.

2-4. Évaluation de l'impact des prises en charge

2-4-1. Utilisation de chaque prise en charge

Le salbutamol et l'hydroxyzine sont les deux thérapeutiques ayant été le plus souvent utilisées au cours des anomalies de la phase de latence de notre étude. Elles ont été utilisées le plus souvent en association entre elles. Ce résultat s'explique par le fait que les β -2-mimétiques d'action courte, comme le salbutamol, sont les seuls tocolytiques qui peuvent être utilisés dans des anomalies de la phase de latence. Leur action permet donc de faire cesser les contractions de faux travail, et ainsi de soulager presque immédiatement la douleur des patientes en traitant directement sa cause. L'association à l'hydroxyzine est fréquente parce que cette thérapeutique permet de palier à la tachycardie induite par le salbutamol. En outre, l'hydroxyzine peut permettre de détendre les patientes, ce qui est favorable à un arrêt rapide des contractions.

Le phloroglucinol a aussi été utilisé pour plus d'un tiers des patientes (100/292). Ce résultat s'explique par son innocuité et la possibilité d'en renouveler la prise plusieurs fois par jour si nécessaire. Le phloroglucinol a pu être utilisé pour une plus grande proportion de patientes ; en effet, sa prise étant possible à domicile, certaines patientes en prennent avant de venir consulter à la maternité.

La déambulation est la prise en charge non thérapeutique la plus utilisée au cours des anomalies de la phase de latence (21,9%). Cependant, de même que pour le phloroglucinol, cette proportion est probablement sous-estimée. En effet, la déambulation est possible pour les patientes très facilement à domicile, et notre étude n'a comptabilisé que les patientes pour lesquelles étaient inscrits les événements "va marcher" ou "déambulation" au cours de leur consultation, c'est-à-dire une fois que la sage-femme les avait vues.

Le bain a été utilisé pour un peu moins de 40 patientes sur 292. Cependant, notre étude n'a pris en compte que les dossiers dans lesquels étaient inscrits "baignoire", et ne prend donc pas en compte les douches chaudes ayant pu être prises en service ou à domicile par les patientes. Ce résultat peut donc être faussé, notamment à Clermont-Ferrand, où la baignoire se trouve dans une salle de travail, ce qui rend difficile son utilisation par les patientes souffrant d'une anomalie de la phase de latence. À Issoire et Vichy, au contraire, la baignoire se situe dans une salle de pré-travail ; les patientes peuvent donc l'utiliser même lorsqu'elles ne sont pas en travail.

L'acupuncture a été très peu utilisée : deux patientes seulement en ont bénéficié, à Clermont-Ferrand uniquement. Ce résultat s'explique par le fait qu'une formation est obligatoire pour pouvoir proposer l'acupuncture aux patientes [34]. Très peu de sages-femmes ont suivi cette formation à la maternité du CHU Estaing, et aucune ne l'a suivie à Vichy ou Issoire. Il pourrait donc être intéressant, lors d'une prochaine étude, de s'intéresser à une maternité dans laquelle plus de sages-femmes ont suivi une formation d'acupuncture.

Enfin, il pourrait être intéressant, dans une prochaine étude, de comparer les prises en charge des anomalies de la phase de latence dans une même maternité, entre les gardes de jour et celles de nuit. En effet, une patiente arrivant au milieu de la nuit, est probablement plus fatiguée, et ressent peut-être moins l'envie de déambuler de nuit dans les couloirs d'un hôpital vide ou de prendre un bain. Par conséquent, l'utilisation de thérapeutiques d'action rapide serait plus systématique dans ce cas, que la journée.

2-4-2. Prise en charge et échelle visuelle analogique

Dans notre étude, nous avons constaté que plusieurs PEC influent significativement sur l'EVA. En effet, certaines PEC thérapeutiques font diminuer l'EVA, qui devient inférieure à 3, de manière significative : la nalbuphine, l'hydroxyzine et l'association salbutamol-hydroxyzine. En revanche, le salbutamol utilisé seul n'influe pas significativement sur l'EVA.

Les PEC non thérapeutiques, en revanche, n'ont pas fait diminuer l'EVA de manière significative. Au contraire, certaines, comme la déambulation ou les exercices

sur ballon, la font augmenter. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la mobilisation des patientes a pour but de faire diminuer la durée de la phase de latence, et donc de faire débiter la phase active du travail par des contractions efficaces, donc plus douloureuses. Cependant, le fait que l'EVA augmente lors de la déambulation ne concorde pas avec l'étude de 2010 portant sur l'intérêt de la déambulation au cours du travail [28].

Ces résultats doivent cependant être nuancés. Effectivement, l'EVA, même si elle est un outil validé, reste subjective et propre à chaque patiente.

De plus, la plupart du temps, même si la douleur est cotée "EVA" dans les dossiers, c'est en fait l'EN qui est inscrite. Cette seconde échelle est encore plus subjective que la première, parce qu'elle demande aux patientes d'intellectualiser leur douleur. De plus, certaines patientes, comprenant mal le français par exemple, peuvent avoir du mal à comprendre ce que nous leur demandons. Cela peut donc induire un biais.

Enfin, les EVA restent souvent mal remplies dans les dossiers. En effet, dans notre étude, les EVA étaient recherchées avant et après chaque PEC ; une, deux ou les deux EVA manquaient dans près de 50% des cas. Ces données manquantes ont donc pour conséquence un manque de puissance de notre étude de l'EVA, et peuvent expliquer l'absence de lien statistiquement significatif pour certaines PEC.

2-4-3. Prise en charge et délai entre début des anomalies et entrée en travail

Un lien statistiquement significatif existe entre certaines PEC et le délai avant le début de travail d'accouchement des patientes.

Premièrement, pour les patientes ayant bénéficié du salbutamol seul ($p=0.001085$) ou en association avec l'hydroxyzine ($p=0,002647$), nous avons observé une entrée en travail pour la majorité plus de 24 heures après le début de leur prise en charge. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que ce tocolytique fait cesser les CU de faux travail ; l'utérus se met ainsi au repos, et les contractions ne reprennent qu'une fois le travail d'accouchement débuté.

Un délai de deux à douze heures est lié significativement à une PEC constituée d'une association de salbutamol et de nalbuphine : ce résultat peut s'expliquer par le fait qu'une fois la nalbuphine utilisée, la patiente est hospitalisée. La douleur des patientes bénéficiant de nalbuphine est souvent très intense (EVA>7), ce qui peut être en lien avec un début de travail actif proche. Ainsi, la nalbuphine soulage la douleur, détend les patientes, et le salbutamol fait cesser les CU pour une durée plus réduite que lors d'un faux travail précoce.

L'utilisation de phloroglucinol est liée à un délai de mise en travail supérieur à 24 heures ($p=0,001226$) ; cela peut s'expliquer par le fait que le phloroglucinol est fortement utilisé, notamment lorsque les patientes ont peu de CU, même si elles sont ressenties douloureuses. Cette thérapeutique peut donc permettre de faire cesser rapidement et efficacement les épisodes de CU modérément douloureuses, et peu régulières, qui gênent parfois la patiente en fin de grossesse et l'amènent à consulter en urgence.

Concernant les PEC non thérapeutiques, un lien significatif a été établi seulement entre un délai supérieur à 24 heures et un bain ($p=0,03597$).

Le manque de puissance de l'étude peut expliquer en partie l'absence de lien significatif entre le délai de mise en travail et la PEC (notamment l'acupuncture et les autres thérapeutiques décrites dans l'étude). Cependant, cette absence de lien peut s'expliquer différemment pour certaines d'entre elles :

- La nalbuphine étant un antalgique de palier 3, les CU ne sont pas arrêtées. La somnolence étant l'un des effets secondaires de cette thérapeutique, le fait que la patiente se détende peut l'aider à se reposer, mais les CU continuent et font appuyer le mobile fœtal sur le col, ce qui peut permettre une mise en travail rapide. Ensuite, le fait que son utilisation nécessite une hospitalisation des patientes induit qu'elle n'est utilisée que tardivement, et souvent en deuxième intention, ce qui augmente les chances des patientes de rentrer en travail rapidement après son administration.
- La déambulation et le ballon, comme expliqué précédemment, aident la patiente à se mobiliser. Leur objectif est donc de réduire la durée de la phase

de latence. Le nombre insuffisant de patientes ayant bénéficié de ces PEC ne permet ainsi pas de conclure quant à leur efficacité sur la durée de la phase de latence.

3. Projet d'action

D'après les résultats de notre étude, la PEC des anomalies de la phase de latence est délicate, et varie énormément d'une maternité à l'autre. Il semblerait donc intéressant de mettre en place un groupe de travail au sein du RSPA, afin de réaliser un protocole uniformisé au sein de toutes les maternités.

Ce protocole s'appuierait sur les PEC thérapeutiques et non thérapeutiques, et permettrait aux sages-femmes de mettre en oeuvre toutes les alternatives s'offrant à elles lorsqu'une patiente se présente avec des CU régulières et douloureuses sans être en travail.

Au CHU de Clermont-Ferrand, l'ouverture récente d'un espace physiologique pourrait être mise à profit, pour proposer aux femmes diverses PEC, lorsqu'elles ne sont pas en travail.

Dans un second temps, il pourrait être intéressant de fournir à toutes les patientes une plaquette d'informations (Annexe VI) expliquant la marche à suivre en cas de contractions régulières et douloureuses à domicile et douloureuses. Cette plaquette s'adresserait en particulier aux patientes primipares n'effectuant pas de PNP, et pourrait leur être distribuée lors de la consultation du huitième mois. Elle résumerait les conduites à tenir possibles à domicile : prise de phloroglucinol, bain ou douche chaude, mobilisation (déambulation, changements de position). Elle pourrait être accompagnée d'une ordonnance d'homéopathie systématique à prendre à la maison.

CONCLUSION

CONCLUSION

Les anomalies de la phase de latence représentent une dystocie fréquente, en particulier chez les primipares. Cette étude avait pour objectif d'en décrire les différentes PEC. Pour cela, trois maternités d'Auvergne de trois niveaux différents ont été choisies : les CH d'Issoire (niveau I) et de Vichy (niveau II), et le CHU de Clermont-Ferrand (niveau III). Cette étude était transversale à visée descriptive, effectuée via un recueil de données sur dossiers.

Nous avons constaté que beaucoup de patientes, en première PEC de dystocie de démarrage ou de faux travail, recevaient du salbutamol par voie IM ou rectale (un peu plus de 60% à Clermont-Ferrand, et plus de 30% à Vichy et Issoire). Cette thérapeutique est la plus utilisée en première intention. Au total, elle a été utilisée au moins une fois pour plus de 50% des patientes. Cependant, les recommandations récentes de l'ANSM conseillent de l'utiliser avec prudence. Il semble donc utile de rechercher d'autres solutions pour soulager les patientes.

Concernant les autres thérapeutiques, la nalbuphine est aussi fréquemment utilisée (pour près de 25% des patientes), ainsi que le phloroglucinol (près de 35%). Pour la nalbuphine, un lien statistiquement significatif a été établi entre la diminution de l'EVA et son utilisation ($p=0.007783$). Le phloroglucinol semble allonger le délai entre le début des anomalies de la phase de latence et l'entrée en travail des patientes concernées ($p=0.001226$). D'autres PEC, non thérapeutiques, existent et sont fréquemment utilisées, notamment la déambulation et les exercices sur ballon.

Dans notre étude, ponctuellement, l'utilisation de l'homéopathie, de l'acupuncture et d'antalgiques de palier 1 comme le paracétamol a été observée. Cependant, ces utilisations étaient trop peu fréquentes pour pouvoir évaluer leur efficacité dans le cadre d'anomalies de la phase de latence. Il serait donc intéressant, lors d'une prochaine étude, d'évaluer leur impact dans la dystocie de démarrage et le faux travail, afin de pouvoir trouver des alternatives satisfaisantes au salbutamol.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. CHU Estaing, Pole GORH. Protocole de service. Prise en charge du faux travail et de la dystocie de démarrage.
2. Schaal JP, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Mécanique et techniques obstétricales, 4ème édition. Montpellier : Sauramps médical ; 2012. p239- 240
3. Cabrol D, Goffinet F. Pons JC. Traité d'Obstétrique. Paris : Médecine-Science Flammarion, 2003, pp 741-745, 751, 758.
4. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel Métier et Compétences des Sages-femmes, 2010 ; p 21-22.
5. Marpeau L, Lansac J, Teurnier F, Nguyen F, CNSF, ASFE. Traité d'Obstétrique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010. pp 97-99, 111-112, 132-133, 394-395.
6. UVMaF. Déterminisme de la parturition. Mis à jour le 01/07/2011 [consulté le 30/10/2013]
7. Carlsson I-G, Hallberg L R-M, Odberg Pettersson K. Swedish women's experiences of seeking care and being admitted during the latent phase of labour: A grounded theory study. *Midwifery* (2009) 25, 172–180
8. Friedman EA, Labor, Clinical evaluation and management. New-York, 1982.
9. OMS. Maternité sans risque, la prévention des anomalies dans la durée du travail : guide pratique, le partogramme, Partie II : Manuel de l'utilisateur. 1988. p21, disponible via ce lien : http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_FHE_MSM_93.9_fre.pdf [consulté le 02/03/2013]

10. Arulkuraman S, Michelsen J, Ingemarsson I, Ratnam SS. Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor. *Journal Obstet. Gynaecol*, 1987, juil 157(1), pp 17- 20.
11. Schauberger CW. False labor. *Journal Obstet. Gynaecol*. 1986, Déc, 68 (6).
12. Magnin G, Pierre F, Ducroz B, Body G. La dystocie dynamique. Editions techniques. *Encycl Méd Chir 5064- A10*. Paris-France, 1992 (vol Obstétrique) : 13p.
13. Chelmow D, Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet Gynecol*. 1993 Apr ; 81 (4) : 486-91.
14. Lundgren I, Andrén K, Nissen E, Berg M. Care seeking during the latent phase of labour – Frequencies and birthoutcomes in two delivery wards in Sweden. *Sex Reprod Healthc*. 2013 Dec ; 4 (4) : 141-6.
15. Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible sur "<http://www.sante.gouv.fr/la-douleur.html>" [consulté le 20/01/2014].
16. Afssaps. Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses. 2011. Disponible sur : http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/a6497f74fc2f18e8db0022973f9327e1.pdf [consulté le 20/01/2014].
17. eVidal. Salbumol 0,5mg/1mL sol inj. Mis à jour le 20/04/2012 [consulté le 19/12/2012].
18. CNGOF, Recommandations pour la Pratique Clinique. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes, 2002.
19. Anotayanonth S, Subhedar NV, Garner P, et al. Betamimetics for inhibiting preterm labor. *Cochrane Database Syst Rev* 2004 ; CD004352.

20. Neilson JP, West HM, Dowswell T. Betamimetics for inhibiting preterm labor. Cochrane Database Syst Rev 2014 ; CD004352.
21. eVidal. Salbumol comprimé, suppositoire. Mis à jour le 23/05/2013 [consulté le 31/07/2013].
22. eVidal. Halothane Belamont, liquide pour inhalation par vapeur. Mis à jour le 23/05/2013 [consulté le 31/07/2013].
23. République française. Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires. JO du 20 octobre 2011, p.17768, texte n°27.
24. eVidal. Atarax, formes orales. Mis à jour le 18/02/2014 [consulté le 10/03/2014].
25. HAS. Commission de la transparence. Examen du dossier des spécialités inscrites pour une durée limitée conformément au décret du 27 octobre 1999 (JO du 30 octobre 1999) et à l'arrêté du 1er décembre 2006 (JO du 21 décembre 2006). 6 février 2008. Disponible à via le lien : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct-4950_spasfon_.pdf [consulté le 03/01/2014].
26. eVidal. Spasfon. Mis à jour le 05/07/2013 [consulté le 20/08/2013].
27. eVidal. Nalbuphine 20mg/2mL, solution injectable. Mis à jour le 19/09/2013 [consulté le 10/11/2013].
28. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K. Intérêt de la déambulation au cours du travail : étude prospective randomisée de 200 cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010 ; 39 : 656- 662.
29. DE GASQUET Bernadette. Trouver sa position d'accouchement. Edition Marabout. 2009. 126 pages.

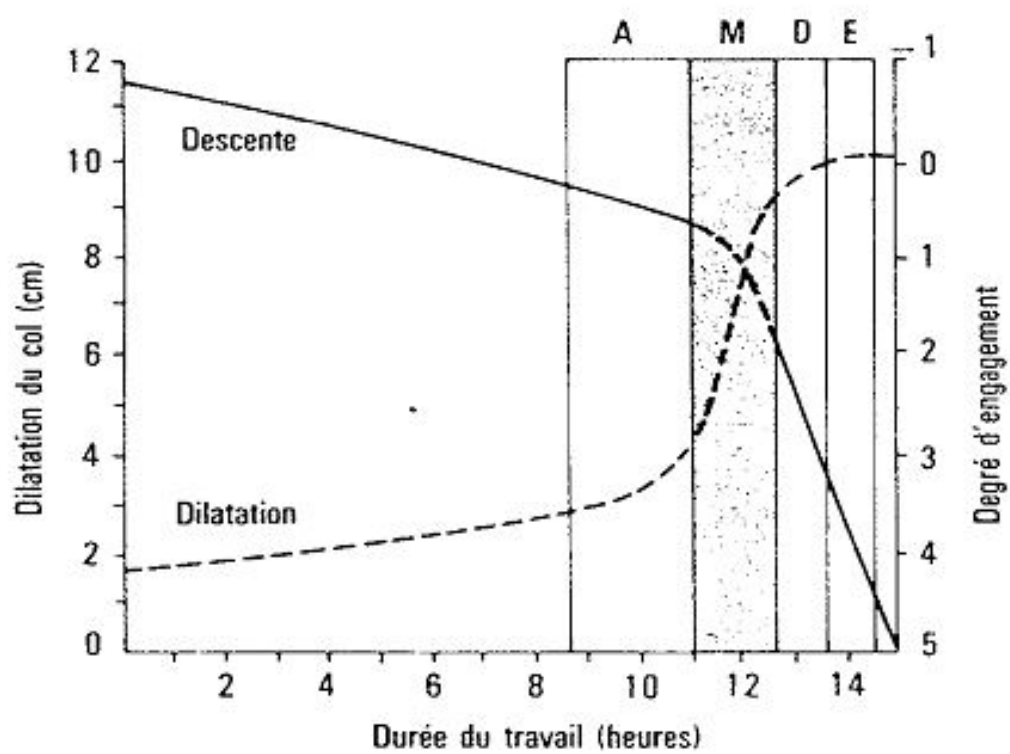
30. Larousse Médical, page 17 disponible sur "<http://www.larousse.fr/archives/medical/page/17#t10945>". [consulté le 25/12/2013].
31. Mucuk S¹, Baser M. Effects of noninvasive electroacupuncture on labour pain and duration. J Clin Nurs. 2013 Jun 20.
32. Smith CA, Collins CT, Crowther CA et al. Acupuncture or acupressure for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2011 ; CD009232.
33. Guiraud-Sobral A. Manuel pratique d'acupuncture en obstétrique Éd. Désiris, DL 2012.
34. République française. Décret n°2008-863 du 27 août 2008 complétant le code de déontologie des sages-femmes. Disponible sur : "<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT00019386996&dateTexte=&oldAction=rechJO#LEGIARTI000019388761>" [consulté le 15/12/2013].
35. Larousse Médical, 2006, p463 disponible sur : "<http://www.larousse.fr/archives/medical/page/463>". [consulté le 25/12/2013].
36. Boiron M, Roux F. Homéopathie Les dossiers de l'expert. Gynécologie et obstétrique. Editions Le Moniteur des pharmacies. 2013.
37. INSEE. Emma Davie, division Enquêtes et études démographiques. Un premier enfant à 28 ans. Disponible sur : "http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1419#inter1" [consulté le 10/04/2014].
38. ANSM. Lettre aux professionnels de santé. Les β -2-mimétiques d'action courte dans les indications obstétricales : importantes restrictions d'utilisation. Décembre 2013. Disponible sur le site de l'ANSM "<http://ansm.sante.fr/>" [consulté le 10/04/2014].

39. ANSM. Questions-Réponses. β -2-mimétiques d'action courte : restriction de l'utilisation de ces médicaments en obstétrique. Décembre 2013. Disponible sur le site de l'ANSM "<http://ansm.sante.fr/>" [consulté le 10/04/2014].

ANNEXES

ANNEXES

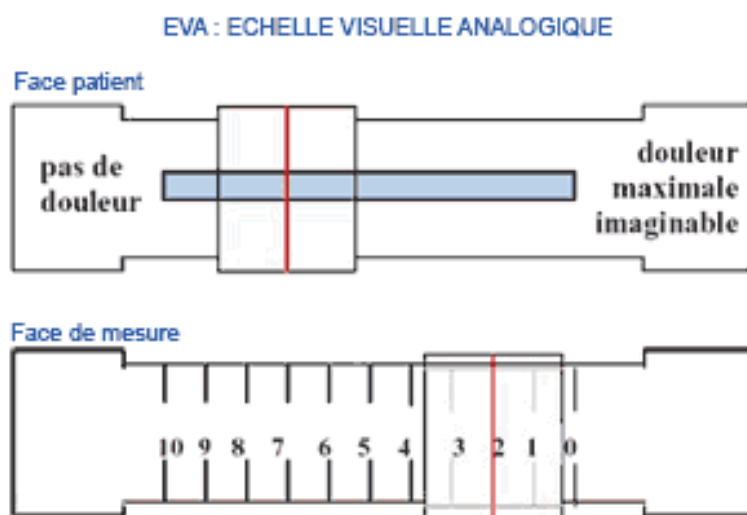
Annexe I : Diagramme de dilatation de Friedman



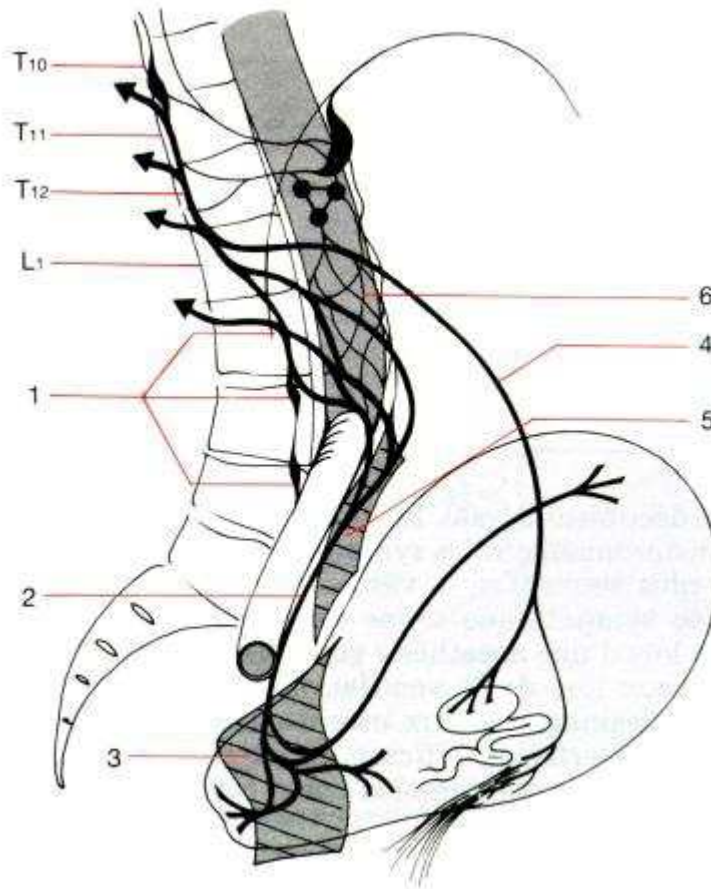
Annexe II : Tableau des caractéristiques comparées du vrai et du faux travail (Source : [5])

Signes cliniques	Vrai travail	Faux travail
<i>Douleurs des CU</i>	Régulières	Irrégulières
<i>Intervalle entre les CU</i>	Diminue graduellement	Stable
<i>Durée et intensité des CU</i>	Augmente progressivement	Stable
<i>Siège de la douleur</i>	Dos et abdomen	Surtout abdominal
<i>Effet de la marche</i>	Augmentation de la douleur	Pas de changement
<i>Saignement vaginal</i>	Fréquent	Absent
<i>Descente de la présentation</i>	Oui	Non
<i>Position de la tête fœtale</i>	Fixée entre les CU	Mobile
<i>Effet de l'analgésie</i>	Non arrêté par sédation	Souvent aboli
<i>Modification du col</i>	Effacement et dilatation	Pas de changement

Annexe III : Échelle Visuelle Analogique de la douleur



Annexe IV : Innervation sympathique de l'utérus (Source : [5])



- 1 : Chaîne sympathique lombaire
- 2 : Nerf hypogastrique droit
- 3 : plexus hypogastrique inférieur
- 4 : Nerf ovarien droit
- 5 : Plexus hypogastrique supérieur
- 6 : Plexus aortique

Annexe V : Score de Bishop

Score		0	1	2	3
Col	Dilatation (cm)	0	1-2	3-4	5 ou >
	Longueur (%)	0-30	40-50	60-70	80
	Consistance	Tonique	Moyenne	Molle	
	Position	Postérieur	Centré	Antérieur	
Présentation		Mobile	Appliquée	Fixée	Engagée

Annexe VI : Exemple de plaquette d'information à distribuer aux patientes lors de la consultation du huitième mois

Ce document s'adresse aux patientes primipares enceintes à partir de 37 semaines d'aménorrhée (9 mois de grossesse).

Vous êtes à terme (à partir de 37SA), vous avez des contractions utérines régulières et douloureuses : Que faire ?

Des contractions utérines régulières et douloureuses : Qu'est-ce c'est ?

Lors d'une contraction, vous sentez l'ensemble de votre abdomen se durcir : c'est votre utérus qui se contracte. Il faut savoir qu'une contraction utérine n'est pas forcément douloureuse. En fin de grossesse, en particulier le dernier mois, il n'est pas rare de ressentir quelques contractions par jour, qui peuvent occasionner une certaine gêne. Ces contractions peuvent arriver "par séries", puis s'espacer et finalement cesser.

Lors du travail d'accouchement, les contractions sont dites régulières : 1 toutes les 5 à 10 minutes, qui se rapprochent au fur et à mesure que le travail avance.

Elles sont aussi douloureuses, la plupart du temps. Pour certaines femmes, cette douleur ressemble à des douleurs de règles de plus en plus fortes, qui apparaissent puis disparaissent au rythme des contractions. Parfois, les contractions se traduisent par des douleurs dans le bas du dos ou dans les reins.

Vous êtes chez vous,
vous ressentez des contractions de plus en plus douloureuses et régulières,
vous ne savez pas si c'est "le bon moment"...

Il n'est pas rare, pour un premier enfant, de faire ce que les professionnels appellent "un faux travail" : les contractions utérines sont régulières et douloureuses, mais le col utérin ne se modifie pas. Comment faire pour savoir si vous êtes vraiment en travail ?

Pour commencer, il faut que les contractions soient régulières, de plus en plus rapprochées, et de plus en plus douloureuses.

Vous pouvez d'abord essayer de prendre un bain ou une douche à l'eau chaude. Si vous prenez une douche, insistez bien sur les endroits douloureux avec le pommeau. Essayez aussi de marcher, de vous mobiliser pour trouver des positions moins douloureuses.

Si les contractions ne cessent pas avec l'eau chaude, vous pouvez prendre 2 comprimés de Spasfon® (phloroglucinol), et renouveler la prise une heure plus tard si nécessaire. Si les contractions ne diminuent pas en nombre et/ou en intensité après la 2ème prise, vous pouvez vous rendre à la maternité.

Pensez à appeler la maternité avant de vous y rendre pour les prévenir de votre arrivée.

Remarque : La prise d'homéopathie est tout à fait possible pendant la grossesse, en particulier au début du travail : parlez-en avec votre sage-femme ou votre médecin, ils pourront vous conseiller.

Les informations à retenir

Si vous perdez du liquide clair et transparent comme de l'eau, du sang ou que vous ne sentez pas, ou moins, votre enfant bouger pendant 1 journée, rendez-vous à la maternité.

Ne restez pas à la maison avec votre douleur ! Si malgré les conseils ci-dessus, vos contractions restent régulières et douloureuses, appelez la maternité et allez-y. Même de nuit, il y aura toujours quelqu'un pour vous accueillir.

On estime qu'une femme peut être en travail lorsqu'elle a **deux heures de contractions régulières et douloureuses non apaisées par le Spasfon® ou le bain.**

Avant tout départ à la maternité durant le dernier mois de votre grossesse, prenez les affaires de bébé et les vôtres, au cas où...

INTRODUCTION. Les anomalies de la phase de latence (dystocie de démarrage et faux travail d'accouchement) sont fréquentes, en particulier chez la primipare. Leur prise en charge est néanmoins délicate et varie d'une maternité à l'autre, en l'absence de recommandations précises sur le sujet. L'étude avait pour objectif de décrire la prise en charge (PEC) des patientes consultant pour contractions utérines régulières et douloureuses sans modification du col, dans 3 maternités d'Auvergne de niveaux différents. L'un des objectifs secondaires était d'évaluer l'impact de ces PEC.

METHODES. Il a donc été mené une étude transversale à visée descriptive, portant sur 292 dossiers de patientes des maternités d'Issoire (niveau I, 84 dossiers), de Vichy (niveau II, 99 dossiers), et de Clermont-Ferrand (Niveau III, 109 dossiers).

RESULTATS. Notre étude a démontré qu'il avait été administré du salbutamol à plus de 50% des patientes, du phloroglucinol à près de 35% d'entre elles, et de la nalbuphine à près de 25% des femmes venues consulter. Les PEC non thérapeutiques (déambulation, ballon, bain) ont été beaucoup plus utilisées dans la maternité de niveau I (près de 30% vs moins de 20% pour les autres maternités). Ces résultats s'expliquent par la différence d'activité entre les niveaux de maternité, ainsi que par le fait que la maternité de Clermont-Ferrand a protocolisé la PEC en cas de dystocie de démarrage ou faux travail.

CONCLUSION. Une piste d'amélioration de notre étude serait de l'étendre à plus de maternités, notamment hors Auvergne, afin d'obtenir des tests statistiques d'une plus grande puissance concernant les PEC alternatives, telles que l'homéopathie, l'acupuncture ou les antalgiques de palier 1 (paracétamol).

Mots-Clés : dystocie de démarrage, faux travail, phase de latence, salbutamol, phloroglucinol, nalbuphine, primipare.

INTRODUCTION. Anomalies of the latent phase of labour (also known as “false labour”) are frequent, especially for first-pregnancy women. However, treatment of these anomalies are sensitive, and differs from a maternity ward to another, without any globally defined recommendations. The objective of this study was to describe approaches for managing the patients who consulted for regular and painful uterine contractions without cervical modification, in three maternity hospitals of different levels in Auvergne. One of secondary objective was to assess the impact of treatment on the patient.

METHODS. This study was transverse and descriptive, with 292 patient records, coming from Issoire (level I, 84 patient records), Vichy (level II, 99 patient records) and Clermont-Ferrand (level III, 109 patient records) maternity wards.

RESULTS. Our study showed that salbutamol has been administered to 50% of the concerned patients, nalbuphine to 35% of patients, and phloroglucinol to 25% of patients. Non medicinal treatments (birth ball, walking, bath) were more used in Issoire than in other maternity wards (almost 30% vs 20%). It can be explained by activities gap between maternity levels, and by the fact that the Clermont-Ferrand maternity hospital has established mandatory guidelines for medical management the anomalies of the latent phase of labour.

CONCLUSION. We could probably improve this study by extending its scope to more maternity wards, especially outside Auvergne area, to increase the power of statistical tests in order to draw conclusion on alternative treatments, such as homeopathy, acupuncture or grade 1 analgesics (paracetamol).

Key-words : false labour, latent phase, salbutamol, nalbuphine, phloroglucinol, first-pregnancy women.