



**HAL**  
open science

## Le faux travail : étude descriptive au sein de la maternité Jeanne de Flandre

Camille Cegla

► **To cite this version:**

Camille Cegla. Le faux travail : étude descriptive au sein de la maternité Jeanne de Flandre. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01382559

**HAL Id: dumas-01382559**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01382559>**

Submitted on 21 Nov 2016

**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.

UNIVERSITE LILLE II  
ECOLE DE SAGES-FEMMES DU C.H.R.U DE LILLE

## **LE FAUX TRAVAIL**

**Etude descriptive au sein de la maternité Jeanne de Flandre**

Mémoire rédigé et soutenu par CEGLA Camille  
Sous la direction d'AZAIS Henri

Promotion Année 2016

# REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué dans la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, j'adresse mes remerciements à mon directeur de mémoire, Dr AZAIS Henri pour son aide, pour sa disponibilité.

Je remercie également l'équipe pédagogique de l'école de sage-femme du CHRU de Lille pour leur encadrement.

Merci à mes parents, Blandine, et Pauline ma petite sœur pour vos encouragements.

Merci à mes amies de toujours Amandine, Laure, Camille, Virginie, Lise, Laura... pour votre présence et nos fous-rires.

Merci à Laurine, Maurine, Pauline, Julie, Claire, Clémence, mes amies étudiantes sages-femmes pour ces quatre pétillantes années et pour cette belle amitié qui nous unie.

Enfin, merci à Antoine, pour son soutien précieux et tout le reste ...

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION .....	1
GÉNÉRALITÉS.....	2
1. Le faux travail .....	2
1.1 Définition.....	2
1.2 Diagnostic.....	2
1.3 Diagnostic différentiel.....	3
1.4 Prise en charge du faux travail .....	4
1.4.1 Méthodes médicamenteuses.....	7
1.4.2 Méthodes non médicamenteuses.....	9
1.4.3 Conditions de retour à domicile.....	11
2. Conséquences du faux travail .....	12
2.1 Complications obstétricales .....	12
2.2 Complications fœtales.....	13
2.3 Complications maternelles.....	14
MATERIEL ET METHODE.....	16
1. Présentation de la recherche .....	16
2. Méthodologie de travail.....	16
RESULTATS .....	20
ANALYSE ET DISCUSSION.....	29
1. Description de la population d'étude sélectionnée .....	29
2. Caractéristiques de l'épisode faux travail .....	30
3. Réadmission des patientes.....	32
4. Caractéristiques du travail .....	33
5. Issues maternelles.....	36
6. Issues fœtales et néonatales.....	37
7. Avantages, limites et biais de l'étude .....	37
a. Avantages .....	37
b. Limites & biais .....	38
CONCLUSION .....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXES .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

CU : contraction utérine

ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal

ARCF : anomalies du rythme cardiaque fœtal

RCF : rythme cardiaque fœtal

BPM : battements par minute

TV : toucher vaginal

SA : semaines d'aménorrhée

IMC : indice de masse corporelle

FCS : fausse couche spontanée

IVG : interruption volontaire de grossesse

cm : centimètre

mL : millilitre

mg : milligramme

kg : kilogramme

min : minute

IM : intramusculaire

IVL : intraveineuse lente

CH : Centésimale Hahnemannienne

DGID : Département de gestion de l'information et de la documentation

ATCD : antécédent

EVA : échelle visuelle analogique

RPM : rupture prématurée des membranes

RAM : rupture artificielle des membranes

DDE : dystocie des épaules

SDN : salle de naissance

CAT : conduite à tenir

DARU : délivrance artificielle

HDD : hémorragie de la délivrance

LA : liquide amniotique

VB : voie basse

CNGOF : collège national des gynécologues obstétriciens français

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

APD : analgésie péridurale

HAS : Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

# INTRODUCTION

Le faux travail est défini par Cabrol comme « un épisode de contractions utérines irrégulièrement espacées, variables dans leur intensité, sans modifications cervicales et qui cèdent au bout de quelques heures. » (1).

Aux urgences obstétricales, les sages-femmes sont parfois confrontées à cette situation dont le diagnostic n'est pas facile. Ce dernier se fait de façon rétrospective et il est donc facile de le confondre avec un début de travail spontané ou une dystocie de démarrage.

La prise en charge de cet épisode consiste à temporiser en évitant que la patiente ne souffre, dans le but de permettre un retour à domicile.

Très peu d'études récentes concernent ce thème si fréquemment rencontré par les professionnels de santé.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques des patientes ayant bénéficié d'un protocole faux travail à la maternité de Jeanne de Flandre et de décrire leur prise en charge. L'objectif secondaire est d'étudier l'impact du faux travail sur les issues obstétricale, fœtale et néonatale de cette population, et donc sur les conduites à tenir et les décisions obstétricales.

La première partie de ce mémoire présente une approche théorique du faux début de travail ainsi que ses conséquences materno-fœtales.

Dans une seconde partie nous décrivons la méthodologie utilisée pour réaliser ce travail.

La troisième partie est consacrée à la présentation des résultats de notre étude.

Enfin, la quatrième et dernière partie sera dédiée à l'analyse et à la discussion des résultats.

# GÉNÉRALITÉS

## 1. Le faux travail

### 1.1 Définition

Selon Friedman, le faux travail est une anomalie de la phase de latence du travail survenant entre 37 et 41 SA (2). (Annexe I)

Le faux travail « concerne des patientes présentant des CU douloureuses plus ou moins régulières, mais pour lesquelles les modifications cervicales sont insuffisantes pour affirmer qu'elles sont en phase active du travail. Le col a encore de la longueur (court à long), il est souvent encore postérieur avec une certaine tonicité ; en général, la dilatation est à moins de 2 cm avec une présentation non appliquée. Ces critères seront d'autant plus stricts pour ne pas considérer que la patiente est en phase active du travail qu'elle est nullipare » (1).

Une autre définition est donnée, complétant la première « Le faux travail correspondrait à des contractions utérines douloureuses et régulières pouvant s'amender après 2 à 3 heures, et reprendre ultérieurement. Ces séquences de faux travail peuvent se répéter sur plusieurs jours. »(3).

Ces CU amènent la patiente à venir consulter aux urgences obstétricales.

Cet épisode de faux travail concerne environ 10% des femmes enceintes (3).

### 1.2 Diagnostic

Le diagnostic du travail est basé sur l'étude des CU et de la modification cervicale.

Chez une patiente en travail, les CU du travail sont régulières, fréquentes et douloureuses. Ces dernières permettent une réelle modification du col utérin évaluée par le toucher vaginal.

Le diagnostic de faux travail n'est pas aisé et se fait à postériori. Si l'observation de la patiente pendant quelques heures confirme la diminution voire la disparition des CU, il s'agit donc d'un faux travail (4).

### 1.3 Diagnostic différentiel

Il existe plusieurs diagnostics différentiels :

- Tout d'abord les CU de Braxton Hicks. Elles sont présentes dès 20 SA et sont souvent associées à la fatigue. Ces CU physiologiques sont non douloureuses et irrégulières.
  
- La dystocie de démarrage et le faux travail sont difficiles à distinguer. En effet, le faux travail est défini par « un épisode de contractions utérines irrégulièrement espacées, sans modifications cervicales, qui cède au bout de quelques heures. Une dystocie de démarrage est représentée par un semblable épisode mais qui ne cède pas après 2 heures de CU douloureuses mal supportées par la patiente » (1). La dystocie de démarrage se poursuit par l'entrée en phase active du travail.
  
- Il faut également faire la distinction avec un début de travail spontané. Cette distinction paraît évidente en théorie mais peut être difficile en pratique. Les signes cliniques distinguant le faux travail du vrai sont résumés dans le tableau suivant (3) :



	<b>Phase de latence</b> <b>Début de travail</b>	<b>Faux travail</b>
<b>Contractions utérines</b>	A intervalles réguliers Tend à se rapprocher Tend à devenir plus intenses Augmentées par la marche Douleurs dans le dos et l'abdomen Douleurs non calmées par des sédatifs	A intervalles irréguliers Espacées Intensité irrégulière ou constante Pas d'augmentation à la marche Douleurs dans le bas ventre Douleurs généralement calmées par les sédatifs
<b>Modifications cervicales</b>	Non	Non

Tableau 1 : diagnostic différentiel entre le début de travail (phase de latence) et le faux travail d'après LANSAC J. et al.

Selon d'autres auteurs : « Pour distinguer le « vrai » du « faux » travail, un test thérapeutique par analgésique est pratiqué. Il s'agit d'utiliser la nalbuphine (Nubain®) en une demi-ampoule soit 10 mg, qui peut être renouvelée une seule fois après 4 heures sans dépasser 20 mg. En cas d'échec ou de récurrence des CU sans modifications cervicales malgré la nalbuphine, le diagnostic de dystocie de démarrage est retenu. Une attitude interventionniste paraît alors raisonnable par la mise en place d'une analgésie péridurale, d'une perfusion d'ocytociques et la réalisation d'une amniotomie *à fortiori* si les conditions locales sont favorables »(3).

Selon Friedman, pour seulement 10 % des patientes présentant une phase de latence prolongée, l'étiologie se révèle être un faux travail (5).

#### 1.4 Prise en charge du faux travail

Après l'examen clinique initial, il est important de s'accorder un temps d'observation dont la durée est laissée à l'appréciation de la sage-femme. Il serait inopportun de précipiter la prise en charge d'une patiente qui n'est pas en travail ou au contraire d'effectuer un

retour à domicile pour une femme ayant une réelle dystocie de démarrage nécessitant une surveillance adaptée (4).

Il faut prendre en charge la douleur de la patiente durant ce temps d'observation. Plusieurs méthodes, médicamenteuses ou non médicamenteuses sont possibles et sont détaillées ci dessous.

Quelque soit la prise en charge, un ERCF sera effectué afin d'évaluer le bien être fœtal et les CU.

Après ce temps d'observation, un deuxième examen est possible dans le but d'analyser l'évolution clinique.

La clinique et la para clinique orienteront le diagnostic : Il s'agit soit d'un faux travail, soit d'un début de travail, soit d'une dystocie de démarrage.

Cabrol.D *et. al* proposent une prise en charge lors d'un faux travail ou d'une dystocie de démarrage (Annexe II). Selon eux, lorsqu'une patiente se présente à la maternité pour des CU, la première prise en charge est la réalisation d'un monitoring d'une durée de trente minutes. Si les CU de cette dernière sont bien supportées, l'attitude retenue est l'expectative et il lui est conseillé de déambuler. Puis si ces dernières cèdent, elle pourra à ce moment rentrer à son domicile. Cependant, si les CU sont mal supportées deux choix sont possibles :

- Les CU sont très mal supportées ou il existe une forte probabilité que la patiente se mette en travail dans les 2 à 4 heures. La thérapeutique de choix est la suivante : 10 mg de Nubain® d'emblée en IM.
- Les CU sont difficilement supportées mais la patiente ne semble pas être en début de travail, 5 mg de Nubain® en IM lui sera administré. Ceci permettra de répéter la même dose plus tard si la patiente est encore douloureuse, 1 à 2 heures après la première administration.

La situation est réévaluée 2 à 4 heures après la prise en charge. Trois types de situations peuvent se présenter :

- Les CU sont moins douloureuses et sont devenues plus rares voire absente: il s'agissait d'un faux travail.

- Les CU sont douloureuses, régulières et ont modifié le col utérin : la patiente est donc en travail.
- Les CU sont toujours douloureuses et sans modifications cervicales : il s'agit probablement d'une dystocie de démarrage. Il faudra ainsi diriger le travail activement malgré les conditions locales défavorables.

À la maternité Jeanne de Flandre à Lille, la prise en charge est différente (Annexe III). Le Nubain® n'est pas utilisé. Il existe un protocole faux travail qui nécessite quelques modifications puisque ce dernier n'est plus à jour. En effet, l'utilisation du Salbutamol® n'est plus indiquée dans notre pratique actuellement.

Lorsque la patiente à terme consulte pour CU douloureuses, et que ces dernières n'entraînent pas de modifications cervicales permettant le passage en salle de naissance, un examen clinique ainsi qu'un ERCF de trente minutes sont réalisés aux urgences obstétricales. Une heure après, la situation est réévaluée à l'aide d'un examen clinique.

Trois situations sont alors possibles :

- L'examen clinique est identique, la patiente ne contracte plus, le retour à domicile est possible.
- L'examen clinique est identique mais il existe toujours des CU ressenties ou objectivées par la patiente. La patiente reçoit alors un suppositoire de Spasfon®, de l'Atarax® 1 mg/kg *per os*, et 1000 mg de Dafalgan® *per os* et elle passe en salle de pré-travail.
- Le col utérin est modifié : la patiente passe en salle de travail.

Quand la patiente est en pré-travail le monitoring en continu n'est pas obligatoire. Deux heures après la prise du traitement c'est-à-dire trois heures après son admission aux urgences, la situation est réévaluée. Trois situations sont encore possibles :

- Les CU ont cessé et le col utérin est non modifié, un retour à domicile est indiqué.
- Si les CU sont toujours présentes et que le col utérin est favorable, un déclenchement est réalisable.
- Si les CU sont inchangées par rapport à l'entrée, qu'aucunes modifications cervicales ne sont objectivées par la sage-femme, et qu'il n'y a pas d'indication de retour à domicile ni de passage en salle de naissance : On propose alors une injection sous cutanée de Morphine (5 mg). Si des examens complémentaires

(échographie,...) sont à réaliser, ces derniers seront faits avant l'administration de Morphine.

Une surveillance rapprochée est à effectuer après la Morphine et est détaillée dans le protocole.

#### 1.4.1 Méthodes médicamenteuses

- **Phloroglucinol (Spasfon®)**

Ce médicament est un antispasmodique utilisé pour lutter contre les contractions d'origine digestive, biliaire, urologique et gynécologique. Durant la grossesse, le Spasfon® a pour rôle de lutter contre les contractions de l'utérus. On comprend donc bien l'indication du Spasfon® dans le faux travail.

Il s'administre par voie orale ou rectale dans le cadre du protocole faux travail.

Les sages-femmes ont le droit de prescription sur ce médicament.

- **Paracétamol**

Ce médicament a une visée antalgique et antipyrétique. Il est préconisé dans les douleurs d'intensité légère à modérée. Le paracétamol est l'antalgique de palier 1 et l'antipyrétique le mieux connu chez la femme enceinte quel que soit le terme de la grossesse. Il sera donc préférentiellement utilisé en cas de douleur au cours de la grossesse. La dose maximale par jour est de 15 mg/kg en respectant un intervalle de 6 heures entre chaque prise.

Les sages-femmes peuvent prescrire ce médicament qui a tout son rôle dans la douleur liée au faux travail (6).

- **Hydroxyzine (Atarax®)**

Ce médicament est un anxiolytique et un antihistaminique antiallergique. Il a également des propriétés sédatives et atropiniques.

Ce médicament est compatible avec la grossesse mais déconseillé en cas d'allaitement maternel. Lors d'un faux début de travail, il va permettre à la patiente de se détendre et de gérer au mieux sa douleur. Il s'administre par voie orale lors du faux travail.

L'Atarax ne fait pas parti du champ de prescription de la sage-femme (7).

- ⇒ En général lors du faux travail, les sages-femmes administrent simultanément :  
Deux comprimés de Spasfon®, un gramme de paracétamol et un ou plusieurs comprimés d'Atarax® 25mg en fonction du poids de la patiente (1mg/kg).

- **Chlorhydrate de nalbuphine (Nubain®)**

Cet opioïde est un antalgique de palier 3 utilisé pour des douleurs intenses.

Durant la grossesse, la nalbuphine est consacrée uniquement au début de travail douloureux ou faux travail. Ses propriétés analgésique et sédative permettent de calmer les CU et leur douleur.

Le nubain® se présente sous forme injectable : ampoule de 20 mg/ 2 mL. La solution peut être administrée par voie intraveineuse, intramusculaire et sous cutanée. La posologie est de 0.2mg/kg toutes les 4 à 6 heures en IVL.

En cas de faux travail la surveillance est accrue. Avant toute administration de cette thérapeutique, un ERCF doit être effectué pendant 30 minutes et s'avérer normal. De plus, après l'administration la patiente reste au moins 6 heures en surveillance. Ainsi sa douleur, sa respiration et les CU seront évaluées.

La Nalbuphine peut être prescrite par la sage-femme, uniquement en début de travail et l'usage est limité à une seule ampoule par patiente. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur (8),(9).

- **Chlorhydrate de Morphine**

La Morphine est un antalgique de palier 3 utilisé dans les douleurs intenses. Lors d'un épisode de faux début de travail, cette thérapeutique est utilisée en second recours lorsque la patiente n'est pas soulagée malgré la prise de paracétamol, Spasfon® et Atarax®.

Il n'existe pas de posologie maximale. La posologie adaptée est celle qui permet la meilleure analgésie avec le moins d'effets indésirables possibles.

La Morphine est une alternative à la Nalbuphine lors du faux début de travail et est plus rarement utilisée.

La sage-femme est habilitée à prescrire le Chlorhydrate de Morphine sous forme d'ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente (9),(10).

#### 1.4.2 Méthodes non médicamenteuses

- **Ballon/massage**

Cette méthode est très simple : la patiente s'assoit sur un gros ballon de gymnastique les jambes écartées, le dos droit et effectue des mouvements de rotation avec son bassin. Ces mouvements permettent de mobiliser le bassin et ainsi d'aider à mieux supporter les CU. Régulièrement, les CU irradient le dos, l'accompagnant peut aussi effectuer un massage dorsal.

Lors d'un épisode de faux travail, cette technique permet donc à la femme de mieux supporter la douleur et de faire participer l'accompagnant.

- **Déambulation**

Il est prouvé que la déambulation accélère la vitesse de dilatation cervicale pendant la phase de latence et réduit de 34 % la durée de cette phase.

La déambulation pourrait avoir un rôle ocytocique propre. De plus, la déambulation est responsable d'une diminution de la douleur « la valeur de l'EVA est nettement inférieure

dans le groupe de déambulation au cours de la phase de latence. Ces constatations montrent que la position verticale est une posture antalgique » (11).

Ainsi, la mobilisation maternelle lors d'un faux travail, va permettre de favoriser le confort maternel face aux CU et accélère la dilatation cervicale grâce à une meilleure sollicitation de la présentation fœtale sur le col utérin (12).

- **Acupuncture**

L'acupuncture est issue de la médecine traditionnelle chinoise. De fines aiguilles sont alors disposées au niveau de points précis du corps. Cette méthode est devenue un outil thérapeutique de plus en plus populaire pour traiter des pathologies liées à la grossesse. L'acupuncture peut être utilisée dans la prise en charge de la douleur et pour le déclenchement spontané du travail ; c'est pourquoi cette technique a tout son rôle dans le faux début de travail. Selon la revue Cochrane de 2004 réactualisée en 2008, l'acupuncture est significativement efficace pour la maturation du col et l'induction du travail.

L'article R.4127-318 du code de la santé publique a étendu le champ de compétence de la sage-femme à la pratique des actes d'acupuncture. Cependant, l'article R.4127-318 prévoit que la sage-femme doit posséder « un diplôme d'acupuncture[...], ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes[...].(13),(14),(15),(16)

- **Homéopathie**

Le principe de l'homéopathie repose sur la loi de similitude utilisant le lien entre l'effet thérapeutique d'une substance et son effet toxique « une même substance médicinale qui à fortes doses serait toxique pour un sujet sain, devient thérapeutique à doses infinitésimales pour un sujet malade présentant des symptômes analogues ». La dose infinitésimale est obtenue par dilution.

En obstétrique, l'homéopathie permet une alternative thérapeutique sans effets secondaires. En cas de faux travail, l'homéopathie peut être utilisée. Pour ce faire,

différentes molécules sont utilisées. Tout d'abord l'*Actae racemosa*, prescrit à partir de 36-37 SA et ayant pour but de mûrir le col utérin (5 granules par jour). Mais c'est surtout le *Caulophyllum thalictroides* qui est indiqué dans le faux travail (5 granules en 5CH à prendre tous les quarts d'heure jusqu'à l'arrêt des CU) (17), (18).

- **Respiration**

Les respirations lentes et profondes sont utilisées au cours d'un épisode de faux travail pour favoriser la relaxation physique et mentale, atténuer la douleur et l'anxiété, entraîner une distraction de la douleur et enfin permettre à l'accompagnant d'aider la femme (19).

- **Le bain chaud**

L'utilisation du bain chaud (37 degrés) lors de CU est très souvent préconisée par la sage-femme. Cette méthode permet une décontraction musculaire entraînant un effet antispasmodique sur le col utérin. Cet effet permet donc une dilatation cervicale plus rapide. De plus, l'eau implique un effet de semi pesanteur sur le corps et permet à la parturiente d'adopter n'importe quelle position sans efforts.

Le bain chaud permet également une meilleure perfusion foetoplacentaire.

En conclusion, la femme ressent un état de bien être général. Ce qui lui permettrait de faire face plus facilement à un épisode de faux travail (20).

### 1.4.3 Conditions de retour à domicile

Afin qu'une patiente puisse rentrer chez elle, le médecin ou la sage-femme s'assure tout d'abord de l'absence d'écoulement de liquide amniotique mais également de la normalité de l'ERCF (trente minutes au minimum). Celle-ci doit être en accord avec cette décision, surtout si des CU persistent.



Il faut expliquer à la patiente les conseils d'usage concernant les signes de début de travail.

La femme doit être au maximum rassurée sur cet épisode. (4)

## **2. Conséquences du faux travail**

### **2.1 Complications obstétricales**

Le faux travail est un phénomène fréquent qui inquiète peu les professionnels de santé. Pourtant plusieurs études affirment que le faux travail n'est pas dépourvu de conséquences.

Un précédent épisode de faux travail entraîne plus d'interventions obstétricales (extractions instrumentales et césarienne). Cette augmentation d'interventions est expliquée par l'utilisation augmentée du Syntocinon®. Il est cependant souligné que c'est le Syntocinon® associé à un faux travail qui augmente significativement le risque (21).

Schauberger met en évidence que la population « faux travail » est davantage marquée par des dysfonctionnements au cours du travail telle qu'une phase de latence prolongée ou un arrêt de dilatation cervicale (5).

De plus, dans son étude Quinn *et al.* décrivent plus d'anomalies placentaires chez les patientes faisant partie du groupe faux travail (22).

En résumé, tous ces articles sont en accord avec le fait que le faux travail est un facteur de risque obstétrical qu'il ne faut pas négliger.

## 2.2 Complications foetales

- **Conséquences du faux travail sur le bien être foetal**

Lors d'un faux début de travail, le fœtus subit des CU qui ont un impact sur le débit placentaire.

Le faux travail entraîne une augmentation significative des détresses foetales et complications foetales. On constate plus d'ARCF, de liquide méconial et d'APGAR faible à 5 minutes de vie. Ces complications sont aggravées par l'utilisation de Syntocinon®(21),(22), (23).

Selon ces études, une hypothèse est émise : les CU peuvent être un stress fonctionnel chez le fœtus et peut donc entraîner une détresse foetale.

- **Les contractions utérines**

Lors d'une CU, les flux utérins diminuent et cela entraîne une hypoperfusion placentaire : Il y a donc une altération des transports gazeux placentaires se traduisant par une hypoxie relative chez le fœtus. L'acidose s'aggrave lors de la CU et le pH remonte lorsque la CU s'estompe (24).

- **La douleur**

La douleur physique et psychologique retentit sur l'hémodynamique maternelle et par conséquent sur l'équilibre acido-basique du fœtus (25).

- **Conséquence du traitement protocole faux travail**

Il s'agit essentiellement des effets secondaires de la Nalbuphine et de la Morphine.

Le Nubain® a pour conséquences des retentissements sur le RCF: il diminue de 10 à 15 bpm le RCF en début de travail, entraîne une diminution momentanée de la variabilité après l'injection ainsi qu'une baisse des accélérations. De plus, cette thérapeutique est

responsable d'une détresse respiratoire transitoire chez le nouveau né, surtout si l'injection de Nalbuphine a lieu moins de deux heures avant l'accouchement.

Une utilisation de Morphine peu avant l'accouchement, peut également provoquer une détresse respiratoire chez le nouveau né, néanmoins cette répercussion est essentiellement décrite en cas de fortes doses de Morphine. (25), (26)

## 2.3 Complications maternelles

Les principales complications sont la douleur des CU, les effets secondaires aux traitements administrés et des conséquences psychologiques.

- **Douleur**

L'I.A.S.P (International Association for Study of Pain) définit la douleur comme « une expérience subjective sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage. La douleur est donc une expérience subjective, difficile à exprimer par le patient. L'intensité d'une douleur est alors délicate à évaluer correctement par le personnel soignant. » (27)

La sensation de douleur entraîne une hypertonie musculaire, une hyperventilation entraînant une tachypnée et donc une hypocapnie (c'est-à-dire une alcalose respiratoire). Cette hypocapnie entraîne une hypoxémie maternelle et donc une vasoconstriction utéro placentaire cause de l'hypoxie fœtale. Enfin, l'hypocapnie provoque une stimulation du système sympathique c'est à dire une augmentation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et de la consommation d'oxygène (28)

- **Effets indésirables et complications des antalgiques**

Le Nubain® et la Morphine ont comme principaux effets indésirables les nausées et les vomissements. Plus rarement, une détresse respiratoire maternelle peut survenir avec la Morphine.

- **Côté psychologique**

Avoir des CU douloureuses mais n'entraînant pas de modifications cervicales peut être démoralisant et angoissant pour les patientes, surtout chez celles ayant connu plusieurs épisodes de faux travail.

On peut se demander si ces dernières ne seront pas plus inquiètes lors de leur passage en salle de naissance et si leur seuil de douleur ne sera pas diminué. Ces conséquences psychologiques pourraient entraîner des conséquences somatiques.

Les études portant sur le faux travail ainsi que le devenir de ces patientes sont peu nombreuses et anciennes. C'est pourquoi notre étude va tenter de répondre aux problématiques suivantes :

Qui sont les patientes présentant un faux début de travail et quelle prise en charge leur propose-t-on au sein de la maternité Jeanne de Flandre ?

Quel est le devenir obstétrical, fœtal et néonatal des patientes ayant eu un précédent épisode de faux début de travail ?

# MATERIEL ET METHODE

## 1. Présentation de la recherche

L'objectif de cette recherche est tout d'abord de faire un état des lieux des patientes présentant un début de faux travail. Nous nous intéresserons ainsi à la prise en charge du faux travail. Aussi, l'issue obstétricale, fœtale et néonatale de cette population seront étudiées, et pourront être comparées à la population mais également à la littérature.

## 2. Méthodologie de travail

Il s'agit d'une étude observationnelle et uni-centrique réalisée au sein de la maternité Jeanne de Flandre du CHRU de Lille, maternité de niveau III universitaire. Une étude sur dossiers obstétricaux a donc été réalisée.

Tous les dossiers dont les patientes ont bénéficié d'un protocole faux travail sur la période du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 15 janvier 2016 ont été analysés.

Dans notre étude, nous définissons le faux travail par des CU douloureuses sans modifications cervicales à terme et dont l'issue du protocole faux travail est un retour à domicile.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Patientes présentant un faux travail et bénéficiant du protocole faux travail de Jeanne de Flandre en pré-travail
- Terme de la grossesse compris entre 37 SA et 41 SA
- Grossesse unique

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Césarienne programmée
- Pathologie de la grossesse justifiant une prise en charge particulière ou un déclenchement (Retard de croissance, pré-éclampsie ... )
- Mort fœtale in utéro
- Interruption médicale de grossesse
- Grossesse multiple

La sélection des patientes s'est faite grâce au cahier de traçabilité des urgences obstétricales de Jeanne de Flandre. Sur ce cahier, l'identité de toutes les patientes se présentant aux urgences obstétricales ainsi que le motif de consultation et le devenir sont notifiés. Sur la période définie, les noms de toutes les patientes avec un terme compris entre 37 et 41 SA, dont le motif de consultation était CU et dont le devenir était pré travail ont été relevés.

Ensuite, le recueil de données s'est effectué par consultation directe des dossiers obstétricaux d'octobre 2015 à février 2016 au deuxième et troisième étage de la maternité.

La grille de recueil (Annexe IV) comporte l'identification de la patiente, ses antécédents, les informations concernant la grossesse actuelle dont l'épisode de faux travail, les admissions aux urgences obstétricales, le travail, l'accouchement ainsi que le post-partum immédiat. Ces données ont été saisies avec le logiciel EXCEL version 2007.

La description de certaines variables semble utile afin de mieux cibler l'étude.

- L'EVA (échelle visuelle analogique) est notée sur 10.
- Dans notre étude, l'analgésie péridurale est jugée difficile lorsque la sage-femme devait rappeler l'anesthésiste pour des douleurs objectivées par la patiente.
- La variable stagnation de dilatation correspond au minimum à 3 examens similaires à 1 heure d'intervalle.
- Concernant les ARCF durant le travail, ces derniers sont comptabilisés s'ils justifient une intervention de deuxième ligne (pH in utéro) ou une intervention médicale (extraction fœtale ou césarienne). Quant aux ARCF durant l'expulsion,

aucune analyse de monitoring n'a été réalisée, seul ce qui était notifié dans le dossier faisait foi.

- La variété postérieure durant le travail est retenue lorsque la sage-femme le notifiait sur le partogramme, même si le fœtus effectuait une rotation au cours du travail ou si la sage-femme effectuait une rotation manuelle.
- Enfin, une réelle dystocie cervicale correspond à une stagnation de dilatation entraînant la réalisation d'une césarienne pour ce motif.

Les statistiques ont été effectuées avec la collaboration de l'unité de Biostatistiques du pôle de santé publique du CHRU de Lille. Le logiciel utilisé par Biostatistiques est SAS 9.4. Pour comparer les variables, le test du Chi 2 a été utilisé ou le test de Fisher en cas d'effectifs insuffisants.

Concernant les résultats, les moyennes sont données avec l'écart type de la distribution d'échantillonnage ( $\pm$ DS) et les pourcentages entre parenthèses. Les comparaisons sont jugées significatives lorsque la valeur de p est inférieure à 0.05.

Afin de comparer nos résultats, nous avons réalisé une requête auprès du DGID (Département de Gestion de l'Information et de la Documentation) de Jeanne de Flandre dans le but d'avoir des informations sur la population générale accouchant dans cette maternité. Pour que les deux populations soit comparables, les critères de recherche étaient les suivants :

- Même période d'étude (du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 15 janvier 2016)
- Grossesse unique
- Age gestationnel  $\geq$  à 37 SA
- Hors césarienne programmée
- Hors Interruption Médicale de Grossesse
- Hors mort fœtale in utéro

Cette population sera notre population témoin.

Nous avons récupéré les chiffres concernant les variables suivantes :

- Nombre de primipare
- Nombre de césarienne en cours de travail
- Nombre de voie basse
- Nombre de travail spontané
- Nombre de déclenchement artificiel
- Nombre de dystocie cervicale
- Nombre d'extractions instrumentales
- Nombre d'HDD > 500 mL
- Nombre de transfert néonatal (réanimation néonatale + soins intensifs)

Pour le DGID, une dystocie cervicale est cotée si cette dernière entraîne la réalisation d'une césarienne.



# RESULTATS

Sur 382 dossiers sélectionnés, 103 remplissaient les critères d'inclusion (Annexe V).

Le profil des patientes présentant un faux travail est décrit dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

<b>Caractéristiques générales</b>	<b>n=103</b>
Age maternel (ans)*	27,3 ± 5,7
IMC (kg/m <sup>2</sup> )*	23,8 ± 5,2
Tabagisme actif n(%)	22 (21,4)
Diabète gestationnel n(%)	17 (16,5)
Activité professionnelle n(%)	54 (52,9)
Gestité*	2,2 ± 1,5
Parité *	1,7 ± 1
- Primipare n(%)	58 (56,3)
- Multipare n(%)	45 (43,7)
ATCD IVG ≥ 1 n(%)	10 (9,7)
ATCD FCS ≥ 1 n(%)	26 (25,2)

\*moyenne ± DS

n(%)= nombre cas d'apparition (taux d'apparition)

Chez les multipares (n=45), 40 % ont au moins un antécédent d'extraction instrumentale et 20 % ont un utérus cicatriciel.

Sur la même période et avec une population comparable, nous comptons 1639 accouchements à Jeanne de Flandre dont 794 primipares (49,2%) et 821 (50,8%) multipares. La fréquence du faux travail sur cette population est donc de 6,28 % et l'on peut dire que 7,3 % des primipares ont eu un épisode de faux travail et 5,5 % des multipares.

Tableau 2 : Caractéristiques des épisodes de faux travail

Caractéristiques faux travail		Effectif
Nombre épisode faux travail*	1 ± 0,15	n=103
Terme lors épisode faux travail (SA)*	39,4 ± 1,7	n=103
Traitement médicamenteux n(%)		n=103
- Spasfon®	94 (91,3)	
- Paracétamol	90 (81,4)	
- Atarax®	85 (82,5)	
- Morphine	4 (3,9)	
EVA entrée*	7,3 ± 1,4	n=96
EVA sortie*	3,4 ± 2,3	n=77
Durée protocole (heure)*	5,8 ± 3,7	n=103
Délai entre fin protocole et accouchement (jour)*	3,9 ± 5,1	n=103
Délai fin protocole et accouchement < 24h n(%)	32 (31,1%)	n=103

\*moyenne ± DS

Tableau 3 : Caractéristiques des réadmissions des patientes

Le tableau 3 présente la ou les réadmissions aux urgences obstétricales des patientes après leur épisode de faux travail.

<b>Caractéristiques réadmission</b>	<b>n(%)</b>	<b>Effectif</b>
<b>Nombre de réadmission</b>		
- 1 réadmission	82 (79,6)	n=103
- 2 réadmissions	11 (10,7)	
- 3 réadmissions	9 (8,7)	
- 4 réadmissions	1 (1)	
<b>Motif CU n(%)</b>	101 (74,8)	n=135
<b>Motif suspicion RPM n(%)</b>	11 (8,15)	n=135
<b>Motif CU + RPM</b>	15 (11,1)	n=135
<b>Motif consultation de terme</b>	8 (5,9)	n=135
<b>Devenir SDN</b>	57 (42,2)	n=135
<b>Devenir pré-travail puis SDN</b>	35 (25,9)	n=135
<b>Devenir hospitalisation</b>	11 (8,15)	n=135
<b>Devenir retour à domicile</b>	32 (23,7)	n=135

Certaines patientes ont reconsulté plusieurs fois, le nombre de réadmission total est égal à 135 (n=135).

69% des patientes sont venues exclusivement pour le motif CU.

Tandis que 9,7 % exclusivement pour le motif CU+RPM.

Seules 4% ont consulté uniquement pour une consultation de terme et 5,8% pour le motif RPM exclusivement.

Enfin, 74 % ne sont jamais rentrées à domicile après la réadmission.

Tableau 4 : Caractéristiques du travail

<b>Caractéristiques travail n=103</b>	
<b>Travail spontané n(%)</b>	95 (92,2)
<b>Péridurale n(%)</b>	100 (97,1)
<b>Difficultés analgésie péridurale n(%)</b>	42 (40,8)
<b>Variété postérieure n(%)</b>	51 (49,5)
<b>Rotation manuelle n(%)</b>	13 (12,8)
<b>Durée du travail (heure)*</b>	6,6 ± 3,3

\*moyenne ± DS

Selon le DGID, 75,7 % des patientes ont présenté un travail spontané et donc 24,3 % ont été déclenchées concernant la population témoin.

Dans notre population d'étude, 7,8 % des patientes ont été déclenchées pour diverses raisons. Pour 55% le motif de déclenchement est RPM, dans 15 % des cas pour terme dépassé, 15 % pour diminution des mouvements actifs fœtaux et dans 15 autres pourcents pour ARCF.

Concernant le type de déclenchement, dans 25% il s'agit d'un déclenchement par ocytocine, dans 37,5 % des cas par prostaglandines et également dans 37,5% des cas par ballonnet.

Tableau 5 : Stagnation de dilatation et ses CAT durant le travail

<b>Stagnation dilatation</b>		<b>Effectif</b>
<b>Fréquence stagnation n(%)</b>		n=103
- <b>Aucune</b>	45 (43,7)	
- <b>1 stagnation de dilatation</b>	50 (48,5)	
- <b>2 stagnations de dilatation</b>	8 (7,8)	
<b>Dilatation moyenne stagnation n°1 (cm)*</b>	3,5 ± 1,5	n=58
<b>Durée moyenne stagnation n°1 (heure)*</b>	2,9 ± 0,7	n=58
<b>Dilatation moyenne stagnation n°2 (cm)*</b>	5,5 ± 2,1	n=8
<b>Durée moyenne stagnation n°2 (heure)*</b>	3,2 ± 1	n=8
<b>RAM n(%)</b>	57 (55,9)	n=102
<b>Utilisation Syntocinon® n(%)</b>	60 (58,3)	n=103
<b>Durée Syntocinon® (heure)*</b>	4,9 ± 2,6	n=60

\*moyenne ± DS

Tableau 6 : Voie d'accouchement

<b>Voie d'accouchement n=103</b>	<b>n=103</b>
<b>Voie basse</b>	95 (92,2)
<b>Césarienne</b>	8 (7,8)

Les étiologies de la césarienne sont dans 62,5 % des cas une dystocie cervicale et dans 37,5 % des ARCF en sont la cause.

Dans notre population témoin, 9,1% des patientes ont eu une césarienne au cours du travail et donc 90,9 % ont accouché par voie basse.

Tableau 7 : Modalités d'accouchement voie basse

<b>Modalités d'accouchement</b>	<b>n=95</b>
<b>Voie basse instrumentale n(%)</b>	38 (40)
<b>Forceps n(%)</b>	18 (19)
<b>Ventouse n(%)</b>	17 (17,9)
<b>Ventouse + Forceps n(%)</b>	3 (3,2)
<b>Durée moyenne expulsion (min)*</b>	18,8 ± 12,4
<b>ARCF expulsion n(%)</b>	51 (53,7)
<b>Type ARCF expulsion n(%)</b>	
- <b>Melchior type 1</b>	24 (25,3)
- <b>Melchior type 2</b>	8 (8,4)
- <b>Melchior type 3</b>	14 (14,7)
- <b>Melchior type 4</b>	5 (5,3)

\*moyenne ± DS

60,5 % des patientes ont bénéficié d'une extraction instrumentale pour le motif ARCF et 39,5% pour des efforts expulsifs inefficaces.

Quant au nombre d'extractions instrumentales concernant la population témoin, il s'élève à 454 patientes soit 27,7%.

Tableau 8 : Issues maternelles

<b>Complications maternelles</b>	<b>n(%)</b>	<b>effectif</b>
<b>DARU</b>	5 (5,3)	n=95
<b>HDD ≥ 500 mL</b>	8 (7,8)	n=103
<b>Déchirures périnéales degré III ou IV</b>	2 (2,1)	n=96
<b>Episiotomie</b>	17 (17,7)	n=96
<b>Rupture utérine</b>	0	n=103
<b>Dystocie cervicale réelle</b>	5 (4,9)	n= 103

Dans notre étude, la quantité moyenne des saignements lors d'une HDD est de 787,50 mL avec un minimum à 500 mL et un maximum à 1650 mL.

Sur les 1649 accouchements de notre population témoin, 13,5 % ont présenté une HDD supérieure ou égale à 500 mL.

Concernant les dystocies cervicales réelles conduisant à une césarienne, 42 sont comptabilisées soit 2,5 % de la population témoin.

Tableau 9 : Issues fœtales et néonatales

<b>Complications fœtales et néonatales</b>	<b>n=103</b>
ARCF pendant travail n(%)	20 (19,4)
LA teinté ou méconial n(%)	15 (14,6)
DDE n(%)	10 (9,7)
Poids (gramme)*	3423,1 ± 445,6
Poids > 4000 (grammes) n(%)	11 (10,7)
Apgar < 7 à 1 min n(%)	2 (1,9)
Apgar < 7 à 5 min n(%)	1 (1)
pH veineux*	7,3 ± 0,05
pH artériel*	7,2 ± 0,06
pH artériel < 7.15 n(%)	8 (7,8)
Hyperthermie > 38° n(%)	50 (48,5)
Réanimation néonatale n(%)	4 (3,9)
Hospitalisation néonatale n(%)	2 (1,9)

\*moyenne ± DS

Chez la population témoin, 1,3 % des nouveau-nés ont été transférés.



Tableau 10 : Comparaison entre primipares et multipares

Un comparatif entre les primipares et les multipares permet de différencier des complications ou des conduites à tenir qui pourraient être imputées à la parité plutôt qu'au faux travail seul.

	<b>Primipare n=58</b>	<b>Multipare n=45</b>	<b>p</b>
<b>Délai entre fin protocole et accouchement (jour)*</b>	3,6 ± 5,3	4,3 ± 4,8	0,2
<b>Durée du travail (heure)*</b>	8 ± 3	4,8 ± 2,7	<0,0001
<b>Stagnation de dilatation n(%)</b>	39 (67,2)	19 (42,2)	0,0111
<b>ARCF n(%)</b>	12 (20,7)	8 (17,8)	0,71
<b>RAM n(%)</b>	37 (64,1)	20 (44,4)	0,04
<b>Utilisation Syntocinon® n(%)</b>	41 (70,7)	19 (42,2)	0,0037
<b>Durée Syntocinon® (heure)*</b>	5,3 ± 2,6	4,1 ± 2,4	0,09
<b>VB n(%)</b>	52 (91,2)	42 (93,3)	1
<b>Durée expulsion (min)*</b>	25,1 ± 11,9	10,7 ± 7,5	<0,001
<b>Extraction instrumentale n(%)</b>	27 (46,6)	11 (24,4)	0,0145
<b>ARCF expulsion n(%)</b>	27 (46,6)	24 (53,3)	0,38
<b>pH artériel*</b>	7,2 ± 0,06	7,2 ± 0,06	0,26

\*moyenne ± DS

# ANALYSE ET DISCUSSION

## 1. Description de la population d'étude sélectionnée

L'âge moyen des patientes avec un antécédent de faux travail est d'environ 27 ans. Selon l'INSEE, en 2010 en France métropolitaine, les femmes ont en moyenne leur premier enfant à 28 ans (29). Malgré un nombre important de multipares dans notre étude, l'âge est concordant avec l'article de l'INSEE et ne semble pas influencer la survenue d'un faux travail.

L'Indice de Masse Corporelle moyen de notre population est d'environ 24 kg/m<sup>2</sup> correspondant à une corpulence normale.

25 % de nos patientes ont au moins un antécédent de fausse couche précoce. Selon le CNGOF, les FCS sont des événements survenant environ lors de 15 % des grossesses diagnostiquées (30).

Chaque année environ 1,5% des femmes en âge de procréer réalisent une interruption volontaire de grossesse selon l'Institut National d'Études Démographiques (31). Le taux d'IVG dans notre étude de 9,7% est donc supérieur à la moyenne nationale.

Une FCS ou une IVG peut se révéler bouleversant sur le plan psychologique et pourrait expliquer un stress majorant la douleur des CU et amenant la patiente à consulter aux urgences plus rapidement. Les sages-femmes doivent donc prendre en compte la dimension émotionnelle et rassurer les patientes au mieux lors d'un épisode de faux début de travail. Cette donnée est en accord avec l'étude menée par Quinn *et al.* (27) pour qui, les multipares ayant eu un épisode de faux début de travail sont plus à risque d'avoir vécu une IVG ou une FCS. Dans cette étude, la différence est significative, si la FCS ou l'IVG sont subit lors de la grossesse précédente l'actuelle grossesse.

Concernant, le diabète gestationnel, sa prévalence est de 17% dans notre étude pour 2 à 6% dans la population générale (32). Lors de la survenue d'un diabète gestationnel, il existe un risque augmenté de macrosomie. Une mauvaise accommodation du pôle fœtal

lié à la macrosomie pourrait-elle expliquée la survenue plus importante d'un faux travail ? Dans notre étude, on constate que 10 % des nouveau-nés pèsent plus de 4000 grammes à la naissance.

## 2. Caractéristiques de l'épisode faux travail

Concernant la population témoin, un nombre quasi identique d'accouchements pour les primipares et les multipares est constaté. Quant à notre population, on comptabilise 56,3% de primipares et 43,7% de multipares. La fréquence plus élevée des primipares dans notre travail pourrait s'expliquer par l'inquiétude de ces dernières n'ayant jamais vécu les CU de travail.

Sur la période du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au 15 janvier 2016 le nombre total d'entrées aux urgences obstétricales est de 4725. Le faux travail représente environ 2,2% des entrées concernant toutes les grossesses à partir de 26 SA. En revanche, si l'on compare à notre population témoin, choisie sur des caractéristiques identiques aux critères d'inclusion de notre étude, la fréquence du faux travail est de 6,28%.

Ce pourcentage est plus faible en comparaison avec la littérature qui décrit une fréquence de faux travail d'environ 10 % chez toutes les femmes enceintes (3).

Dans leur étude, Arulkumaran *et al.* (21) distinguent 11% de faux travail. Cette différence peut s'expliquer par la sélection de dossiers. En effet, le retour à domicile fait parti de notre définition du faux travail, ainsi on élimine tous les débuts de travail pouvant être confondus avec un faux début de travail et toutes les directions actives du travail lorsque le col était favorable.

Le faux travail dont le terme moyen de survenue est de 39 SA + 3 jours, est un épisode qui peut survenir plusieurs fois selon la littérature. Cette situation est très rare dans notre étude. En effet, le nombre moyen d'épisodes de faux travail est de 1,02. De plus, le nombre maximum d'épisode de début de faux travail est de 2. Est-ce réellement parce que ce phénomène se produit rarement plusieurs fois ? Ou peut-on supposer que nos

patientes après l'avoir déjà vécu reconnaissent cet épisode et ne reconsultent pas pour ce motif ?

Dans le protocole faux travail, une homogénéité des pratiques concernant les thérapeutiques administrées est constatée. Dans une très grande majorité (environ 90 % des cas) les patientes reçoivent la thérapeutique de première ligne suivante : 2 comprimés de 80 mg de Spasfon® *per os*, 1 gramme de paracétamol et 50 mg à 75 mg d'Atarax®. Cependant, moins de 4% des patientes bénéficient du protocole Morphinique. Pour 8 patientes soit 7,75 % l'on constate que l'EVA est équivalente voire augmentée après le traitement de première ligne et pour autant la Morphine n'a pas été utilisée. Pourquoi, alors que les sages femmes ont un droit de prescription, la Morphine est très peu utilisée ? Cela peut-il s'expliquer par une réticence du personnel à donner de la Morphine ? Le protocole Morphinique est-il réellement adapté à la prise en charge du faux travail ? La surveillance n'est-elle pas chronophage ?

D'une manière générale, le protocole est tout de même efficace puisqu'il permet aux patientes de diminuer leur EVA. En moyenne, cette dernière régresse de 7,3 à 3,4.

Dans les dossiers obstétricaux, nous sommes dans l'incapacité de savoir si des méthodes non médicamenteuses telles que le ballon, l'acupuncture ... ont été effectuées. La maternité de Jeanne de Flandre ne dispose pas de baignoire de dilatation à ce jour.

Il serait intéressant d'actualiser le protocole concernant le faux travail dans la maternité Jeanne de Flandre. En effet, ce dernier n'est pas à jour, puisqu'il préconise l'utilisation du Salbutamol®. Or les bêta-2-mimétiques d'action courte par voie orale ou rectale ne doivent être utilisés dans aucune indication obstétricale de nos jours. Au regard, des difficultés d'utilisation de la Morphine, un autre traitement antalgique ne serait-il pas plus adapté au faux travail ? La Nalbuphine pourrait être une alternative.

La durée moyenne du protocole faux travail est de 5,8 heures avec un écart type de 3,7. Cette durée semble longue sachant que dans la plupart des cas, seul le traitement de première ligne sera donné. Pourtant dans le protocole de la maternité Jeanne de Flandre « conduite à tenir en cas de faux travail », à partir de 3 heures 30 à compter de

l'admission aux urgences obstétricales, l'utilisation de Morphine est indiquée. Y a-t-il un problème de prise en charge ? Les sages-femmes se sentent-elles impuissantes face à cette situation ? Ou ce temps d'observation est-il nécessaire pour permettre de réaliser le bon diagnostic et s'assurer que la patiente n'est pas en début de travail ?

La durée entre l'épisode de faux travail et l'accouchement est très hétérogène due à l'étendue des valeurs. L'accouchement survient en moyenne environ 4 jours après la fin du protocole faux travail. Il y aurait donc peu d'intérêt à garder plus longtemps ces patientes ou à les hospitaliser. Cependant dans environ un tiers des cas, la patiente ayant eu un faux travail accouchera dans les 24 heures suivantes.

Selon les auteurs, la durée possible entre le faux travail et le déclenchement spontané du travail est différente.

En effet, selon Magnin (34) « il faut réserver le terme de faux travail aux épisodes de contractions utérines douloureuses sans modification cervicale si le travail ne débute pas dans la journée qui suit. Si les contractions reprennent dans la journée, il s'agissait d'une dystocie de démarrage. » Quant à Arulkumaran *et al.* (23) un délai entre 24 heures et 7 jours permet d'identifier le faux travail. Si le travail se déroulait dans les 24 heures suivant l'admission ou si le travail ne se déclenchait pas dans les 7 jours, le diagnostic n'était pas un faux travail. Tandis que pour Schauburger (5), aucune limite de temps n'est posée.

### **3. Réadmission des patientes**

Dans 80% des cas, la patiente est réadmise aux urgences obstétricales une seule fois après son épisode de faux travail. Les consultations ultérieures, semblent donc être justifiées dans la majorité des cas.

Il aurait été intéressant de savoir si ces femmes avaient assisté à de la préparation à la naissance au cours de leur grossesse afin de connaître si ces dernières avaient reçu des informations concernant la prévention du faux travail. Mais également de savoir si ces patientes ont été suivies par des sages-femmes libérales. Ces dernières passant

davantage de temps avec leurs patientes, cela pourrait-il avoir une influence sur la survenue d'un épisode de faux travail ?

Le motif principal de réadmission est du aux CU. En effet, il représente à lui seul quasi 75% des motifs de consultation.

Dans 68 % des cas, après son admission aux urgences obstétricales la patiente est admise en salle de naissance. Une fois sur quatre, cette dernière sera auparavant passée en salle de pré-travail avant la salle de naissance. On peut donc se demander si avoir un antécédent de faux travail serait en lien avec une augmentation des dystocies de démarrage.

Seule 8 patientes reconsultent pour une consultation de terme.

#### **4. Caractéristiques du travail**

Dans 92 % des cas, le déclenchement du travail est spontané. Sur la même période avec une population comparable, dans 76 % des cas le travail est spontané. Un faux début de travail ne semble pas induire plus de déclenchements artificiels. Au contraire, les patientes ayant un faux travail sont une population à faible risque de déclenchement.

Selon l'étude menée par Tay (23), il est décrit que les patientes ayant eu un faux travail sont plus demandeuses d'analgésie péridurale. Selon l'enquête périnatale de 2010 en France, 77,8 % des patientes avaient recours à l'APD au cours du travail. Ce taux est plus élevé dans notre population avec un taux à 90%. Cependant, ceci est probablement lié à la facilité d'accès à l'APD à Jeanne de Flandre plutôt qu'en lien avec le faux travail. En effet, cette maternité de niveau III possède un pôle d'anesthésie qui lui est propre. Sur les 100 patientes ayant bénéficié de la péridurale 42 ont rencontré des difficultés analgésiques. Dans la littérature, la technique d'APD est jugée imparfaite dans 8 à 24 % des cas (34). Ce qui reste nettement inférieur en comparaison à notre étude. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer la difficulté des patientes à être soulagée.

- Leur seuil de douleur est diminué, et cela pourrait expliquer pourquoi ces patientes consultent plus facilement aux urgences obstétricales pour des CU n'agissant pas sur le col utérin.
- La tolérance à la douleur de ces patientes serait plus basse lors du travail due au fait que ces dernières ont déjà subi des épisodes de CU douloureuses lors de leur épisode de faux travail.
- Le nombre important de variétés postérieures plus difficiles à soulager.

Pour la moitié de la population la variété de position était postérieure. Les variétés postérieures sont considérées eutociques. Cependant, le pronostic est moins favorable au cours du travail par rapport à une variété antérieure. En effet, on observe un travail plus long avec une augmentation de la première et deuxième phase du travail et une augmentation des dystocies cervicales. On constate également une augmentation du recours aux extractions instrumentales et donc plus de traumatismes néonataux (35). Ainsi, l'on peut supposer qu'une variété postérieure entraînant une moins bonne accommodation fœtale pourrait entraîner plus d'épisodes de faux travail.

La durée moyenne de la phase active du travail est d'environ 6 heures et 35 minutes, avec un minimum à 1 heure et 15 minutes et un maximum à environ 15 heures et 10 minutes. Il existe une différence significative concernant la durée du travail entre les primipares et les multipares. Pour une primipare la durée moyenne est de 8 heures et pour une multipare elle est de 4 heures et 48 minutes. Selon Friedman, lors de la phase active du travail la dilatation chez une nullipare doit être égale ou supérieure à 1 cm/heure et chez la multipare égale ou supérieure à 1,5 cm/heure. Ainsi la durée du travail chez les patientes ayant eu un précédent épisode de faux travail ne semble pas être allongée.

Concernant la voie d'accouchement, nous ne notons pas de différence entre la population témoin et la population faux travail. De même, nous ne constatons pas de différence significative concernant la voie d'accouchement entre les primipares et les multipares. Sur ce point, nous ne sommes pas en accord avec la littérature. En effet, pour

Arulkumaran *et al.* il existe une augmentation de la fréquence de césarienne chez le groupe « faux travail » (21).

Lors d'un accouchement par les voies naturelles, la probabilité d'extraction instrumentale est de 40%. En comparaison avec la population témoin n'ayant pas eu d'épisode de faux travail ce chiffre est élevé. En effet chez la population témoin, seules 27,7 % des patientes ont accouché à l'aide d'un forceps ou d'une ventouse. Ainsi chez la population avec un antécédent de faux travail, il est constaté plus d'extractions instrumentales. Les variétés postérieures et la part plus importante de primipares peuvent probablement expliquer ce pronostic plus défavorable. On constate toutefois une forte proportion d'extractions instrumentales dans le groupe primipare. Arulkumaran *et al.* ont également prouvé cette augmentation d'extractions instrumentales (21).

La moitié de notre population accouchant par voie basse présente des ARCF lors de l'expulsion. Nous constatons 14,75 % de melchior type 3. Ce pourcentage est élevé cependant il est difficile de préciser si notre population est plus à risque d'ARCF de ce type ou si l'analyse du RCF a mal été interprétée par l'opérateur.

Au cours du travail, environ 56 % des patientes ont une stagnation de dilatation d'au moins deux heures. Il existe une différence significative concernant cette stagnation chez les primipares et les multipares : 67 % des primipares ont au moins une stagnation de dilatation contre 42 % des multipares.

Ces dilatations stationnaires conduisent à la réalisation d'une rupture artificielle des membranes pour quasi 56% des patientes et pour 58% l'utilisation d'ocytocine de synthèse. Quinn *et al* (22) mais également Arulkumaran *et al* (21) ont prouvé une utilisation augmentée de Syntocinon® dans la population faux travail due à une première phase de travail longue.

En France, d'après l'enquête périnatale de 2010, 58% des patientes en travail spontané ont reçu du Syntocinon au cours du travail (36). Ce pourcentage identique à notre étude, fait donc supposer qu'une utilisation d'ocytocine de synthèse importante n'a aucun lien avec le faux travail.



Même si, de nos jours le Syntocinon® est utilisé de façon aisée, ce médicament n'est pas sans effets secondaires. En effet, la prise d'ocytocine multiplie par 1,8 le risque d'hémorragie grave de la délivrance et ce risque augmente de façon croissante avec la dose d'hormone et la durée d'utilisation. Ce dernier est aussi connu pour les hypercinésies qu'il provoque et les conséquences que cela entraîne (37).

Néanmoins, l'amniotomie et l'utilisation d'ocytocine de synthèse sont les conduites à tenir adaptées lorsque la cinétique du travail n'est pas satisfaisante. En effet, selon le CNGOF lors d'une stagnation de la dilatation l'utilisation de cette hormone est indiquée. « Il n'y a pas de preuve que la direction systématique du travail par rupture artificielle des membranes et/ou perfusion d'ocytocine diminue le taux de césarienne pour dystocie (NP1). En revanche, cette direction active est indiquée dans les situations d'anomalie de la dilatation cervicale ou de progression de la présentation (NP 4). »(38)

Dans notre travail, la durée moyenne de l'utilisation du Syntocinon® d'environ 4 heures et 55 minutes semble excessive et pourrait sûrement être réduite. Selon l'HAS, « Après avoir obtenu une bonne dynamique utérine et des contractions régulières, on peut diminuer le débit de la perfusion d'ocytocine ou même arrêter celle-ci. »(39).

## 5. Issues maternelles

Nous avons constaté 7,7 % d'HDD supérieure ou égale à 500 mL concernant la population faux travail versus 13.5 % concernant la population témoin. Le faux travail ne semble donc pas associé à un risque d'HDD, malgré une utilisation importante d'ocytocine de synthèse.

Dans notre étude, 5 patientes soit 4,85 % ont eu une césarienne dont le motif est dystocie cervicale. Selon le DGID, 2,5 % des parturientes ont eu une césarienne pour dystocie cervicale : il semblerait donc que le faux travail entraîne plus de dystocie cervicale.

Selon Schauburger (5) le faux travail est responsable de dystocie cervicale au cours du travail.

## 6. Issues fœtales et néonatales

Environ 20 % des fœtus présentent des ARCF durant le travail nécessitant une intervention de deuxième ligne ou une extraction rapide. Dans notre étude nous n'avons pas analysé si ces ARCF étaient déjà présents avant l'utilisation la RAM et/ou l'utilisation du Syntocinon® ou secondaires à ces derniers. Cependant, nous pouvons supposer que l'utilisation du Syntocinon® est liée à l'apparition d'ARCF. Selon Simpson *et al.* lorsque les parturientes sont exposées à une hyperstimulation utérine, il existe une augmentation significative des ARCF et une diminution de la saturation en oxygène chez leurs fœtus (40). Plusieurs articles s'accordent à dire que le faux travail est un facteur de risque d'ARCF et de détresses fœtales (21), (23).

Presque la moitié des nouveau-nés présentent une hyperthermie à la naissance et 8% ont un pH artériel < 7,15 à la naissance.

Dans notre étude 1,94% des nouveau-nés ont été transférés en réanimation néonatale ou dans l'unité de soins intensifs néonataux. Chez la population avec les mêmes critères et n'ayant pas présenté d'épisode de faux travail, 1,34 % des nouveau-nés ont été transféré. Il y a donc peu de différence.

Concernant les complications fœtales, nous ne mettons pas en évidence une différence significative entre les primipares et les multipares.

## 7. Avantages, limites et biais de l'étude

### a. Avantages

Tout d'abord, le recueil de données sur dossiers obstétricaux était complet dans l'ensemble, avec peu de données manquantes à l'exception de l'EVA.

Une étude monocentrique est un avantage du fait de l'homogénéité des pratiques et des protocoles durant la période étudiée. Ainsi, une fois le diagnostic de faux travail posé, les conduites des professionnels étaient comparables.

L'absence de recommandations concernant le faux travail par l'HAS ou l'OMS rend intéressant l'étude de cette population et de sa prise en charge. Ainsi notre étude, permettrait de donner aux patientes des informations plus précises et rassurantes sur le pronostic et l'issue de l'accouchement après un début de faux travail. De plus, l'étude permet de mieux prédire la fréquence des réadmissions, le délai entre la prise en charge et l'accouchement, ainsi que l'efficacité des techniques antalgiques mises en place. Plusieurs discussions sont ouvertes à l'issue de ce travail observationnel comme par exemple la place de la Morphine dans la prise en charge ou encore le regard porté sur ce traitement par les sages-femmes.

## b. Limites & biais

L'une des limites principales de cette étude concerne la littérature pauvre et ancienne sur le faux travail. Les résultats de l'étude sont donc difficilement comparables avec le faible nombre de travaux menés sur ce thème.

Une étude rétrospective limite les résultats. En effet, la prise en charge du faux travail repose essentiellement sur la douleur ressentie par la patiente mais également sur l'examen par le TV, deux critères très subjectifs.

Il existe un biais de sélection car seuls les faux débuts de travail conduisant à une prise en charge en pré-travail ont été étudiés. Or, dans certains cas la prise en charge du faux travail peut se faire aux urgences obstétricales.

Notre population a été recueillie sur le cahier de traçabilité des urgences obstétricales rempli par les sages-femmes. Des erreurs sont donc possibles, notamment concernant l'orthographe des noms des patientes incluses dans l'étude.

De plus, un biais de subjectivité est à notifier. En effet, l'expérience de la sage-femme influence sur la prise en charge de la patiente. Une sage femme très expérimentée sera plus à même de faire le diagnostic de début de travail rapidement.

Enfin, environ 15,5 % des dossiers obstétricaux n'ont pas été trouvés.

## CONCLUSION

Le faux travail concerne environ 6 % des patientes à bas risque obstétrical. Le diagnostic est difficile et nécessite pour la plupart du temps, plusieurs heures d'observation. Il est cependant important d'avoir à l'idée que la prise en charge de la douleur des femmes est essentielle durant cette période de latence.

La prise en charge de cet épisode apparaissant en moyenne à 39 SA et 4 jours, est homogène au sein de la maternité Jeanne de Flandre. Cependant, si le traitement médicamenteux de première ligne ne suffit pas à calmer la douleur de ces patientes, les professionnels de santé restent souvent impuissants. Les patientes peuvent ainsi rester de longues minutes sans prise en charge active malgré la possibilité du recours à la Morphine. Cette ultime thérapeutique ne semble pas être adaptée au faux début de travail et pourrait être reconsidérée.

Dans ce mémoire, le faux travail ne semble pas dans l'ensemble, être de pronostic plus défavorable concernant l'accouchement. Notre étude apporte une connaissance plus précise de la prise en charge proposée en cas de faux travail et permettra une meilleure information des soignants et des patientes.

Il serait intéressant de réaliser des entretiens ou des auto-questionnaires de satisfaction auprès des femmes lors de leur épisode de faux travail pour connaître leur vision de la prise en charge et savoir comment ces patientes vivent cet épisode douloureux sur le plan émotionnel.

## BIBLIOGRAPHIE

1. CABROL D, GOFFINET F. Protocoles cliniques en obstétrique. In: Protocoles cliniques en obstétrique. Elsevier Masson; 2013. p. p 157 à 162.
2. Université virtuelle francophone. La première partie du travail : étude de la contraction utérine, effacement et dilatation du col [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.fmp-usmba.ac.ma/umvf/UMVFMiroir/mae/basereference/SGF/SGF-Campus/cours-travaildebut.pdf>
3. Ricbourg A, Brugier C, Mezzadri M, Desfeux P, Delpech Y, Madzou S, et al. Déclenchement artificiel et direction du travail. EMC Obstétrique 2012. 7(2):1 à 17.
4. MARPEAU L. Anomalies de la première période du travail. In: Traité d'obstétrique. Elsevier Masson; 2010. p. 394 à 396.
5. Schauberger CW. False labor. Obstet Gynecol. déc 1986;68(6):770-2.
6. Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. PARACETAMOL [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=32](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=32)
7. Atarax : toutes les informations sur ce tranquillisant [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: <http://atarax.fr/>
8. PACHY F, BARDOU D. ANALGESIE OBSTETRICALE : Nubain® [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.cegorif.fr/protocoles/St\\_Maurice/PDF/NUBAIN\\_grossesse.pdf](http://www.cegorif.fr/protocoles/St_Maurice/PDF/NUBAIN_grossesse.pdf)
9. Journal officiel de la République française [Internet]. 244 oct 20, 2011. Disponible sur: <http://sagefemme.chru-lille.fr/accueilsagesfemmes/prescriptions.pdf>
10. VIDAL. MORPHINE AGUETTANT [Internet]. [cité 12 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.eurekasante.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gf880008-MORPHINE-AGUETTANT.html>
11. Ben Regaya L, Fatnassi R, Khlifi A, Fékih M, Kebaili S, Soltan K, et al. Role of deambulation during labour: A prospective randomized study. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. déc 2010;39(8):656-62.
12. MAPAR. Déambulation pendant le travail. In: Protocoles. p. 91 à 96.
13. Lee H, Ernst E. Acupuncture for labor pain management: A systematic review. Am J Obstet Gynecol. nov 2004;191(5):1573-9.

14. Mozurkewich EL, Chilimigras JL, Berman DR, Perni UC, Romero VC, King VJ, et al. Methods of induction of labour: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2011;11:84.
15. L'acupuncture en gynécologie-obstétrique | Association Française des Sages-femmes Acupuntrices [Internet]. [cité 13 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.gestasso.com/association/associationfrancaisedessages-femmesacupuntricesafsa/lacupuncture-obstetricale/>
16. Cochrane. Prise en charge de la douleur chez la femme pendant le travail [Internet]. [cité 13 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.cochrane.org/fr/CD009234/prise-en-charge-de-la-douleur-chez-la-femme-pendant-le-travail\\_-vue-densemble](http://www.cochrane.org/fr/CD009234/prise-en-charge-de-la-douleur-chez-la-femme-pendant-le-travail_-vue-densemble)
17. DUBOIS C. L'homéopathie comme alternative ou complément aux thérapeutiques classique en maternité [Mémoire étudiante sage-femme]. [Nancy]: Henri Poincaré; 2011.
18. CNSF. Sage-femme et « petits » maux de la grossesse : autre regard, autres pratiques.
19. soulagement\_douleur\_obstetrique\_sfe014.pdf [Internet]. [cité 13 oct 2015]. Disponible sur: [http://biblio.hmr.qc.ca/ciup/Publications\\_pdf/S/soulagement\\_douleur\\_obstetrique\\_sfe014.pdf](http://biblio.hmr.qc.ca/ciup/Publications_pdf/S/soulagement_douleur_obstetrique_sfe014.pdf)
20. BONNAVIA A. A l'eau maman, j'arrive ! Impact du travail dans l'eau sur l'accouchement [Mémoire étudiante sage-femme]. [Nancy]: Henri Poincaré; 2010.
21. Arulkumaran S, Michelsen J, Ingemarsson I, Ratnam SS. Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor. Am J Obstet Gynecol. juill 1987;157(1):17-20.
22. Quinn MA, Murphy AJ, Gallagher J. « Spurious » labour - does it matter? Aust N Z J Obstet Gynaecol. août 1981;21(3):167-9.
23. Tay SK. Spurious labor: a high risk factor for dysfunctional labor and fetal distress. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. nov 1991;36(3):209-13.
24. David E, Vayssière C, Haberstick R, Langer B, Nisand I. Adaptation du foetus au travail. Traité EMC Obstétrique. :1-6 [Article 5-006 - A - 15].
25. Grégoire P. La nalbuphine en obstétrique [Mémoire étudiante sage-femme]. [Rouen]; 2013.
26. CRAT. Morphine [Internet]. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: [http://www.lecrat.org/article.php3?id\\_article=40](http://www.lecrat.org/article.php3?id_article=40)
27. Définition de la Douleur - France Douleurs [Internet]. [cité 14 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.francedouleurs.fr/publications/définition-de-la-douleur/>

28. Douleur du travail et de l'accouchement : place de l'analgésie péridurale - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur [Internet]. [cité 14 oct 2015]. Disponible sur: <http://cnrd.fr/Douleur-du-travail-et-de-l.html>
29. Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans [Internet]. [cité 29 mars 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1419](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419)
30. CNGOF. Les fausses couches spontanées précoces répétées. Recommandations pour la pratique clinique. 2005.
31. Avortements [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 29 mars 2016]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/avortements/>
32. Le diabète gestationnel. Recommandations pour la pratique clinique. 2010.
33. Schaal J-P, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quéreux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. 1998;Obstétrique - 5-049-D-27.
34. G. Boulay, F-J. Mercier. Gestion d'une péridurale inefficace au cours du travail. In: MAPAR 2000. p. 57-65.
35. Ponkey SE, Cohen AP, Heffner LJ, Lieberman E. Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes. Obstet Gynecol. mai 2003;101(5 Pt 1):915-20.
36. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. [cité 1 avr 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf)
37. Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz R-C, Bouvier-Colle M-H, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. BMJ Open. 2011;1(2):e000514.
38. CNGOF. Césarienne : conséquences et indications. Recommandations pour la pratique clinique. 2000.
39. HAS. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. 2008.
40. Simpson KR, James DC. Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation during labor on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns. Am J Obstet Gynecol. juill 2008;199(1):34.e1-5.

#### **Autres documents :**

- Christophe S. Le faux début de travail : faux problème? [Mémoire étudiante sage-femme]. [Nancy]; 2012.
- Dousset V. Le faux travail dans une population d'accouchement à bas risque. [Mémoire étudiante sage-femme]. [Nantes]; 2012.