



HAL
open science

Nullipares à col défavorable à 41 SA : quelles femmes bénéficient d'une expectative ?

Carole Meyer

► **To cite this version:**

Carole Meyer. Nullipares à col défavorable à 41 SA : quelles femmes bénéficient d'une expectative ?. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03593053

HAL Id: dumas-03593053

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03593053v1>

Submitted on 1 Mar 2022

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.

**UNIVERSITÉ COTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE**

**NULLIPARES A COL DEFAVORABLE A 41 SA:
QUELLES FEMMES BENEFICIENT D'UNE
EXPECTATIVE ?**

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice

Le 03/09/2021

Par

MEYER Carole

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Emanuel BARRANGER

Monsieur le Professeur Patrick BAQUE

Monsieur le Professeur François GOFFINET

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Emmanuelle COHEN

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Étudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDETOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérard	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine péri-opératoire (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Chislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGREGES

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRACTICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

A notre Maître et Président du Jury de thèse,

Monsieur le Professeur Jérôme Delotte,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.

Je vous remercie de votre soutien sur l'ensemble de mes projets tout au long de mon cursus et de votre participation active à ma formation avec toujours cette envie d'innover au sein du service.

A notre maître et Juge,

Monsieur le Professeur Emmanuel Barranger,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse.

Je vous remercie pour votre enseignement et votre accompagnement notamment dans la rédaction de mon premier article malgré vos nombreuses sollicitations.

A notre maître et Juge,

Monsieur le Professeur François Goffinet,

Cela est pour moi un grand honneur de vous compter parmi les membres de ce jury.

Je vous remercie pour votre accueil, votre encadrement, votre enseignement qui m'a permis en un semestre au sein de votre maternité de partir avec de solides acquis.

Merci de m'avoir guidée dans la rédaction de cette thèse.

A notre maître et Juge,

Monsieur le Professeur Patrick Baqué,

Vous me faites l'honneur de faire partie du jury de cette thèse.

Je vous remercie de votre encadrement et de m'avoir fait partager et vivre votre passion de l'anatomie et de la chirurgie.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Emmanuelle Cohen,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Merci pour ta disponibilité et ta rigueur avec lesquelles tu m'as aidée et accompagnée dans la rédaction de cette thèse malgré la distance.

Travailler avec toi a été un réel plaisir.

A celles et ceux qui m'ont formée :

A l'équipe de gynécologie obstétrique du CH d'Antibes : Merci de m'avoir accueillie pour mes tous premiers pas d'interne. Je remercie **Dr Duforestel** pour m'avoir appris les bases de la chirurgie, pour votre patience et votre rigueur et pour ma première hystérectomie vaginale. Je remercie **Dr Cécile Muzelle, Alexandra Monsaint, Clélia Fouques, Véronique Massé et Ouidade El Haloui** pour votre encadrement, vous m'avez appris les bases de la gynécologie obstétrique avec beaucoup de patience et d'humilité.

A l'équipe du Centre Antoine Laccassagne : Au **Dr Yann Delpech** pour ton envie d'enseigner et d'encadrer les internes. Au **Dr Magali Dejode** pour ton sens de l'esthétisme et ton combat de la féminité malgré la maladie. Au **Dr Yves Fouché** pour ta confiance au bloc opératoire et ton apprentissage de la pose des DVI. Au **Dr Jean-Christophe Machiavello** pour ta pluridisciplinarité au bloc allant jusqu'à l'amputation.

A l'équipe du CH de Cannes : Merci au **Dr Olivier Toullalan** pour les conseils précieux transmis. Merci à **Jean-Paul Bouiller** pour ton rire et ta bonne humeur inoubliables. Merci à **Amelie Grouin** pour les gardes enrichissantes à tes côtés et ton apprentissage de la colposcopie. Merci à **Emilie alias Rouky** pour ta bonne humeur que ce soit en tant que cointerne ou chef qui font que c'est toujours un plaisir de travailler à tes côtés.

A l'équipe de chirurgie du CHU de Pasteur: Merci à **Daniela Chetrus** et **Benjamin Salucki** pour votre accompagnement et les conseils avisés en chirurgie. Ce stage a été des plus enrichissants à vos côtés sans oublier tous ces fous-rires qui font qu'à vos côtés on a même plus l'impression de travailler.

A l'équipe de la maternité de Port Royal : Merci pour votre accueil et votre disponibilité. Apprendre à vos côtés a été un réel plaisir. Un grand merci tout particulier à **Hélène, Mathilde et Vivien** pour ces gardes aussi enrichissantes que sympathiques. Merci au **Dr Camille Le Ray** pour ton expertise dans la gestion de la salle de naissances.

A l'équipe de gynécologie obstétrique de la polyclinique Santa Maria : Je remercie plus particulièrement **Dr Luka Velemir** qui a fait que ce stage soit possible. Merci Luka pour ta patience, ton enseignement appliqué et très pédagogique, ta confiance en moi, ton approche

visionnaire de l'obstétrique. J'ai beaucoup appris à tes côtés que ce soit en chirurgie gynécologique qu'en obstétrique et cela m'a rendue autonome. Merci au **Dr Xavier Tran** pour ta confiance, ton envie d'apprendre, ton expertise et ta transmission d'astuces précieuses. Merci au **Dr Sylvain Tassy** pour ta rigueur, ton expérience et ta bienveillance.

A l'équipe de gynécologie obstétrique du CHU de l'Archet : Merci de m'avoir encadrée et appris au fil des années d'internat. Merci **Maxence Dorez** pour ta confiance et ta formation au quotidien avec bonne humeur sans oublier un clin d'œil à ces repas de garde partagés de grande qualité. Merci **Cynthia Trastour** pour ta rigueur qui est une qualité très importante dans notre métier non sans minimiser ton expertise à la pétanque. Merci **Alexis Jordan** pour ta confiance en moi aussi bien au bloc opératoire qu'en salle de naissance, ton envie d'apprendre non sans cris et rigolades. Merci à **Christopher Soleille** pour ces gardes sympathiques toujours en compagnie très proche de tes orteils. Merci **Caroline Adrados** pour tes blagues toujours un peu douteuses et pour ta bonne humeur.

Merci **Julie Antomarchi** pour ta bonne humeur perpétuelle et ta patience dans l'enseignement. Merci **Magali Hilmi** pour ces gardes instructives.

Merci **Mathilde, Justine, Pauline et Vincent**, cointernes puis chef pour votre disponibilité aussi bien dans les gardes que pour prendre un verre.

A ma famille :

A ma maman, merci d'être aussi bien ma maman, mon amie, ma confidente et ma partenaire d'aventure. Notre relation si fusionnelle ne se résume pas en quelques lignes. Merci d'être la meilleure maman qui puisse exister.

A mon papa, mon repère et mon guide. Merci pour ton écoute sans faille et ton soutien aussi bien dans mes études que dans mes compétitions de gymnastique. Merci d'être toujours là pour moi, je ne te le dis pas assez souvent mais je t'aime.

A Clara, ma soeurette chérie. Tu es l'exemple de la famille. J'aimerais davantage profiter de toi mais je suis patiente et je sais que ce sera pour bientôt (Salon de Provence ^^). Bravo pour ta détermination et ta réussite qui j'en suis sûre te mènera à tes projets de pilote de chasse.

A Laura, ma cousine chérie, nous avons évolué ensemble malgré la distance et tu es comme une sœur pour moi. Une nouvelle perspective d'avenir professionnel s'ouvre à toi et je suis sûre que tu seras brillante comme pharmacienne.

A Carmen, merci pour ton soutien et ta générosité en toute circonstance.

A mes grands-parents : Merci pour votre soutien, d'avoir toujours cru en moi et d'être si fière de votre petite-fille.

Merci pour votre soutien et encouragements pendant ces longues études

A mes amis :

A Geoffrey, mon chou: Ces années d'amitié pleines de fous-rires, de découvertes, de partages, d'aventures et de tant d'autres choses ont fait de toi le frère que je n'ai pas eu. Merci d'être toi, toujours prévenant à n'importe quelle heure (Saint Tropez^^), toujours motivé pour les 400 coups. Notre amitié dure depuis 11 ans et n'est pas résumable en quelques lignes mais une chose est sûre c'est que je ne vois pas mon futur autrement qu'à tes côtés.

A Charlotte, ma Chacha, ma doublette : Notre rencontre en début d'internat a été un vrai coup de foudre amical. Tu es un repère dans ma vie et je ne vois plus ma vie sans toi. Merci pour toutes ces aventures ensemble qui nous ont emmenées par moment dans des situations insolites^^. Tu es la meilleure amie que tout le monde rêve d'avoir et je ne vois le futur qu'avec toi.

A Flora, ma floflo : Merci pour toutes ces soirées autour de grands crus à se prendre pour des critiques d'œnologie et à refaire le monde. Nos échanges à distance pour la nouvelle New Yorkaise que tu es, n'en sont pas moins délicieux et c'est avec hâte que je partirais te rejoindre pour une virée.

A Sarah, ma globe trotteuse : Merci pour ta bonne humeur, tes découvertes, ta disponibilité et ton sens de l'organisation qui a rendu inoubliable notre voyage en Andalousie. Merci d'être là depuis mon arrivée à Nice.

A Constance : Merci de rendre mémorables ces moments passés ensemble en passant par des virées parisiennes (avec **Joel**) et des bain de minuit inattendus.

A Clotilde : Merci pour cette première coloc en arrivant à Nice qui a changé tout mon 1^{er} semestre. Vivre à tes côtés a été un vrai plaisir. Tes talents de cuisinière ont bouleversé mes repas si variés avec un bonus pour les gâteaux apportés dans le service. Je ne peux clôturer qu'avec un petit mot pour **Anthony**, l'homme qui partage ta vie et le père d'Alyah, j'étais là à votre début de relation et j'espère l'être au cours des prochaines années.

A Clémentine, ma tulipe. La distance fait qu'on se voit moins souvent mais tu gardes toujours une place importante dans mon cœur et je prends très à cœur ce rôle de marraine pour Gabin.

A Gauthier, pour ces débuts d'internat et ces histoires aux quatre coins du monde qui sont toujours des plus insolites.

A Jérôme, pour ces petits déjeuner à l'internat alors que tout le monde dormait.

A Antoine, Pierre-Alexis et Camille mes cointernes d'aventures. Merci pour votre accueil, votre humour, pour ces virées en DES inoubliables, ces blind test et playlist qui n'appartiennent qu'à nous, ces nuits endiablées à réveiller Camille. Toinou mon acolyte de ces années d'internat, merci pour ta bonne humeur, ton entraide perpétuelle et une dédicace à tes oreilles qui ont et vont encore supporter le bruit mélodieux de ma voix (PA aussi !)

A Marie, la bomba, merci pour tes talents aussi bien de cuisinière que de danseuse et d'avoir apporté un grain de folie à notre virée clermontoise.

A Geoffrey, merci pour ton flegme et ton aide précieuse pendant la dernière ligne droite de la rédaction de cette thèse.

A mes cointernes de gynécologie, merci d'avoir évolué à mes côtés et partager tous ces bons moments.

Merci à l'équipe parisienne qui a rendu ce semestre inoubliable : Merci à **Marine** d'avoir été la maman de cette aventure, à **Justine** pour tes expressions belges et ta folie des Spritz sans oublier l'aide logistique, à **Mélanie** pour tes imitations incopiables et ton régime méditerranéen, à **Marie** pour tes chaussures insolites jamais portées auparavant, à **Anna** pour nous avoir fait partager l'évolution de ta toute petite crevette, à **Enora** pour ton monopole auprès de Jacques et tes soupes végétariennes en plein été, à **Clémentine**, la reine des bonnes affaires en particulier en cosmétique, à **Mathilde** pour ces verres en terrasse et à **Lakdar**, le roi des burpees et de l'informatique.

A Thibaud, mon homme. Notre rencontre a été comme une évidence et la vie à tes côtés me remplit de bonheur. Merci pour ton soutien indéfectible. Je nous souhaite un avenir aussi radieux que le présent à tes côtés.

Table des matières

<i>Remerciements</i>	12
<i>Abréviations</i>	22
<i>Résumé</i>	23
<i>Introduction</i>	24
<i>Matériels et Méthodes</i>	25
<i>Résultats</i>	27
<i>Discussion</i>	33
<i>Conclusion</i>	36
<i>Bibliographie</i>	37
<i>Annexes</i>	39
<i>Serment d'Hippocrate</i>	40

Abréviations

SA : semaine d'aménorrhée

J : jours

IMC : indice de masse corporel

PMA : procréation médicalement assistée

PC : présentation céphalique

MFIU : mort fœtale intra-utérine

IMG : interruption médicale de grossesse

Kg : kilogrammes

Résumé

Contexte : En France, il est recommandé de ne pas dépasser 41 SA+ 6 jours pour déclencher l'accouchement, en raison des risques périnataux plus élevés. L'attitude expectative après le terme prévu (41SA) et la durée de la période d'expectative avant de décider d'un déclenchement chez les patientes nullipares à col défavorable est variable selon les équipes. Nous considérons qu'il existerait un avantage à l'attitude expectative après 41SA seulement si celle-ci permet à une proportion importante de femme d'entrer en travail spontané.

Objectif : L'objectif était de déterminer le taux d'entrée en travail spontané dans les cinq jours chez les femmes nullipares à col défavorable à 41 SA et d'identifier les facteurs maternels et obstétricaux associés à cette entrée en travail spontané.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective sur une période d'un an, dans une maternité hospitalo-universitaire de type 3. Toutes les femmes nullipares avec un fœtus en présentation céphalique et un col défavorable à 41 SA (Bishop ≤ 3) étaient incluses. Le terme maximal de déclenchement était fixé à 41SA+ 5 jours. La population était séparée en deux groupes : les femmes entrant en travail spontané après 41 SA et celui des femmes déclenchées dans les cinq jours (déclenchement entre 41 SA et 41 SA+ 4 jours pour indications médicales ou souhait maternel et déclenchement à 41 SA+ 5 jours pour terme atteint). Les caractéristiques maternelles et obstétricales à 41 SA étaient comparées entre les deux groupes, ainsi que les issues maternelles et néonatales.

Résultats : Le taux d'entrée en travail spontané parmi les 269 femmes incluses était de 38,3% (n=103/269). A 41 SA, la présence de contractions utérines douloureuses et un score de Bishop à 3 étaient associés à une entrée en travail spontané dans les cinq jours (p<0.01). Les critères du score de Bishop les plus associés à une entrée en travail spontané étaient un col ouvert à un doigt (p<0.01) et une présentation céphalique appliquée (p=0.01). Le taux de césarienne était de 20,4% dans le groupe des femmes avec entrée en travail spontané versus 41,0% dans le groupe des femmes déclenchées (p<0.01). Il n'y avait de différence entre les deux groupes concernant les issues néonatales.

Conclusion : Malgré un col défavorable à 41 SA, presque 40% des femmes nullipares vont entrer en travail spontané dans les cinq jours. Les seuls facteurs retrouvés associés à cette entrée

en travail spontané sont la présence de contractions utérines douloureuses et un score de Bishop plus élevé à 41SA.

Introduction

Les grossesses prolongées (> 41SA) représentent en France 15 à 20% des grossesses¹⁻³ et sont associées à une augmentation de la morbidité maternelle et néonatale. Afin de limiter les risques liés à la grossesse prolongée, une surveillance de fin de grossesse est préconisée et un déclenchement du travail peut être proposé en cas d'évènement intercurrent ou lorsque le terme maximal est atteint. En France, le terme maximal recommandé pour l'accouchement est 41 SA+ 6 jours^{4,5}. Cette période d'expectative après le terme prévu (41SA) peut paraître longue et source d'un mauvais vécu, surtout lorsqu'elle ne permet pas l'entrée en travail spontané^{6,7}. Néanmoins, le déclenchement artificiel du travail n'est pas systématiquement proposé à 41 SA car ce dernier est également associé à des risques, notamment l'augmentation du risque de césarienne en cas de col défavorable mais aussi à un travail plus long^{8,9}. Il peut être source d'un mauvais vécu de l'accouchement et ressenti comme une médicalisation inutile par les femmes^{6,7}.

Les femmes nullipares présentant un col défavorable à 41 SA ont une probabilité plus faible d'entrer en travail spontané, en comparaison avec celles ayant un col favorable¹⁰. On peut considérer qu'il existerait un avantage à l'attitude expectative si le taux d'entrée en travail spontané durant cette période était suffisamment élevé. Il n'existe pas de données permettant de fixer un taux « raisonnable » d'entrée en travail spontané, c'est-à-dire qui justifierait d'une attitude expectative. De plus, il est important de fournir une information aux femmes sur le taux d'entrée en travail spontané après le terme prévu et sur les facteurs maternels ou obstétricaux associés à celui-ci, afin de permettre une décision partagée entre l'expectative ou le déclenchement.

L'objectif de cette étude est donc de déterminer le taux d'entrée en travail spontané durant la période d'expectative après le terme prévu (41SA) chez les femmes nullipares ayant un col défavorable à 41 SA et d'identifier les facteurs maternels et obstétricaux associés à cette entrée en travail spontané.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, réalisée au sein d'une maternité hospitalo-universitaire de type 3 d'Ile de France, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017. Les femmes nullipares avec un fœtus en présentation céphalique et ayant un col défavorable à 41 SA étaient incluses. Le col défavorable était défini par un score de Bishop ≤ 3 à 41 SA. Les facteurs d'exclusion étaient : les multipares, les grossesses multiples, les présentations non céphaliques et les utérus cicatriciels d'origine gynécologique. Les femmes présentant une indication de césarienne d'emblée (pas de tentative de voie basse) étaient également exclues.

Le calcul du terme prévu de la grossesse (41 SA) au sein de la maternité correspondait à 287 jours par rapport à la date du début de la grossesse. La surveillance des grossesses prolongées débutait à partir de 41 SA, toutes les 48h, avec sur le plan maternel une prise de tension artérielle, une bandelette urinaire et l'évaluation du col, et sur le plan fœtal un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et une évaluation de la quantité de liquide amniotique échographique. En cas d'anomalie au cours de la surveillance, d'évènement obstétrical intercurrent (rupture prématurée des membranes par exemple) ou de souhait maternel, un déclenchement était proposé pendant cette surveillance. Au plus tard, un déclenchement était programmé à 41 SA+ 5 jours (soit 292 jours). Les modalités du déclenchement dépendaient des caractéristiques cervicales (Propess si Bishop ≤ 3 , gel de Prostine si Bishop à 4-6, rupture artificielle des membranes et/ou Oxytocine si Bishop > 6).

Les femmes incluses étaient séparées en deux groupes, le groupe des femmes entrant en travail spontané après 41 SA, et celui des femmes déclenchées. Ce dernier groupe était séparé en deux sous-groupes : les femmes déclenchées entre 41 SA et 41 SA+ 4 jours pour indications médicales ou souhait maternel et les femmes déclenchées à 41 SA+ 5 jours pour terme atteint. La sélection des femmes était réalisée à partir d'une base de données informatisée, puis les dossiers papiers étaient ouverts un à un afin de s'assurer de l'exhaustivité des données. Le recueil des données médicales était ensuite réalisé à partir des données informatiques, complété par les dossiers papiers médicaux, dans une base de données anonymisées.

Les données médicales recueillies étaient les suivantes :

- Caractéristiques maternelles : âge, origine géographique, indice de masse corporelle avant la grossesse (IMC), tabac, antécédents de geste endo-utérin ou de chirurgie du col,

recours à la procréation médicalement assistée (PMA) et prise de poids pendant la grossesse.

- Caractéristiques obstétricales à 41 SA : suspicion de macrosomie à l'échographie du 3^{ème} trimestre (estimation de poids fœtal > 90^{ème} percentile pour l'âge gestationnel), présence de contractions utérines douloureuses à 41 SA, caractéristiques cervicales à 41 SA (score de Bishop détaillé).

Les issues maternelles et néonatales suivantes étaient recueillies :

- Issues maternelles : mode d'entrée en travail (spontané ou déclenchement), modalités du déclenchement s'il était réalisé, utilisation d'oxytocine, fièvre pendant le travail, durée du travail (de la phase de latence jusqu'à l'accouchement), liquide amniotique teinté, voie d'accouchement (voie basse spontanée, extraction instrumentale ou césarienne), hémorragie du post partum (définie comme des pertes de sang supérieures à 500ml)
- Issues néonatales : poids de naissance, score d'Apgar ≤ 7 à 5 min, pH artériel < 7,15 et transfert en néonatalogie.

Conformément à la législation et à la réglementation françaises, cette étude a été approuvée par l'autorité nationale de protection des données (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, CNIL n° 1755849) et par les comités d'éthique appropriés, à savoir le comité consultatif sur le traitement des données personnelles de santé à des fins de recherche (CCTIRS : Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche, agrément accordé le 18 novembre 2010 ; numéro de référence 10.626). Les femmes sont informées que leur dossier peut être utilisé pour l'évaluation des pratiques médicales et ont la possibilité de se retirer de ces études.

L'analyse a débuté par l'estimation du taux d'entrée en travail spontané dans la population de femmes nullipares à col défavorable à 41SA. Puis, afin d'identifier les facteurs associés à l'entrée en travail spontané, les caractéristiques maternelles et obstétricales des femmes étaient comparées entre le groupe de femmes entrant en travail spontané et le groupe de femmes déclenchées. Enfin, les issues maternelles et néonatales ont été comparées entre les deux groupes.

Une analyse secondaire, en sous-groupe a comparé les issues maternelles et néonatales chez les femmes entrant en travail spontané après 41 SA (groupe de référence), les femmes déclenchées

entre 41 SA et 41 SA+ 4 jours pour indications médicales ou souhait maternel et les femmes déclenchées à 41 SA + 5 jours pour terme.

Les données qualitatives étaient exprimées en nombre (n) et pourcentage (%), les données quantitatives en médiane (med.) et interquartile (IQR). Les tests statistiques utilisés étaient le test de Chi² et le test de Fisher pour les variables qualitatives et le test de Mann Withney pour les variables quantitatives. Les tests étaient bilatéraux et un $p < 0,05$ était considéré comme significatif.

Les analyses étaient réalisées à l'aide du logiciel STATA 15.0.

Résultats

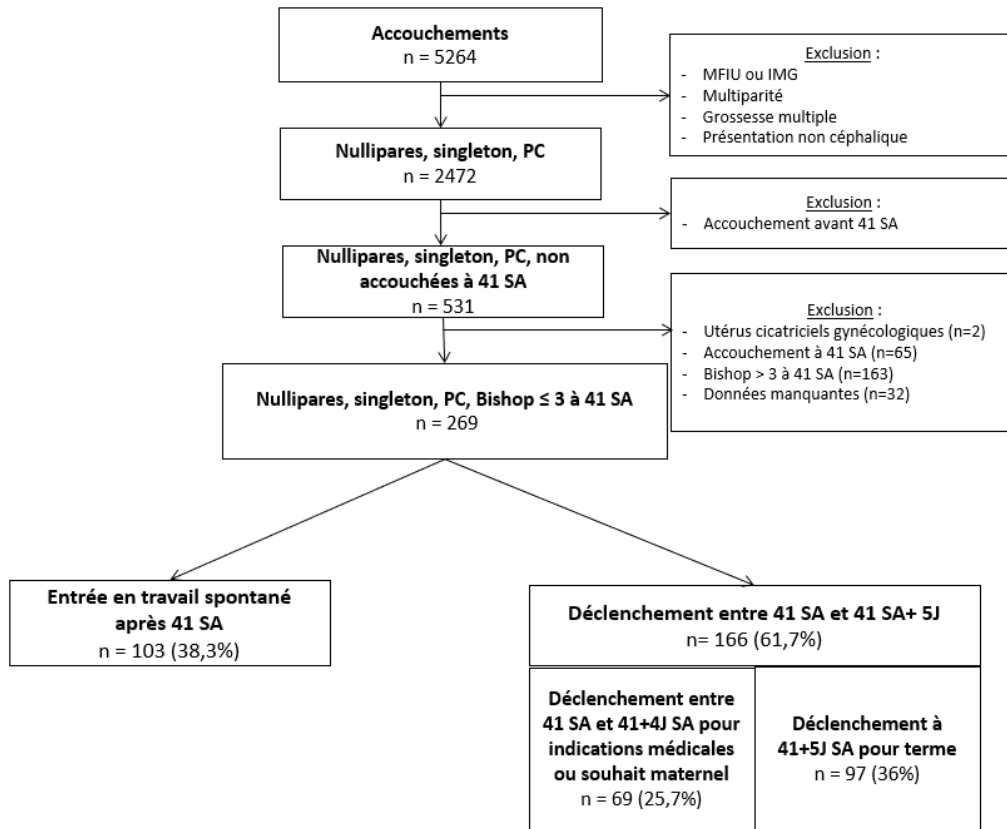
Sur la période d'étude, parmi les 5264 accouchements, 269 femmes (5,1%) répondaient à nos critères d'inclusion (Figure 1). Parmi ces 269 femmes nullipares à col défavorable à 41 SA, 103 (38,3%) sont entrées en travail spontané durant les 5 jours de la période d'expectative. Dans le groupe des femmes déclenchées, 25,7 % (n=69/269) étaient déclenchées entre 41 SA et 41 SA+ 4 jours et 36,0% (n=97/269) étaient déclenchées à 41SA+5 jours pour terme (Figure 1).

Dans le sous-groupe déclenchement entre 41 SA et 41 SA+ 4 jours, les indications étaient variées : rupture prématurée des membranes (n=25/69 soit 36,2%), anomalie du rythme cardiaque fœtal (n=19/69 soit 27,5%), hypertension artérielle maternelle ou pré-éclampsie (n=9/69 soit 13,0%), oligo-anamnios (n=8/69 soit 11,6%), diminution des mouvements actifs fœtaux (n=4/69 soit 5,8%). Quatre femmes ont été déclenchées pour souhait maternel, soit 5,8%.

Dans le sous-groupe déclenchement à 41SA+ 5 jours, 89,7% des femmes (n=87/97) ont été déclenchées par Propess, en raison d'un col défavorable.

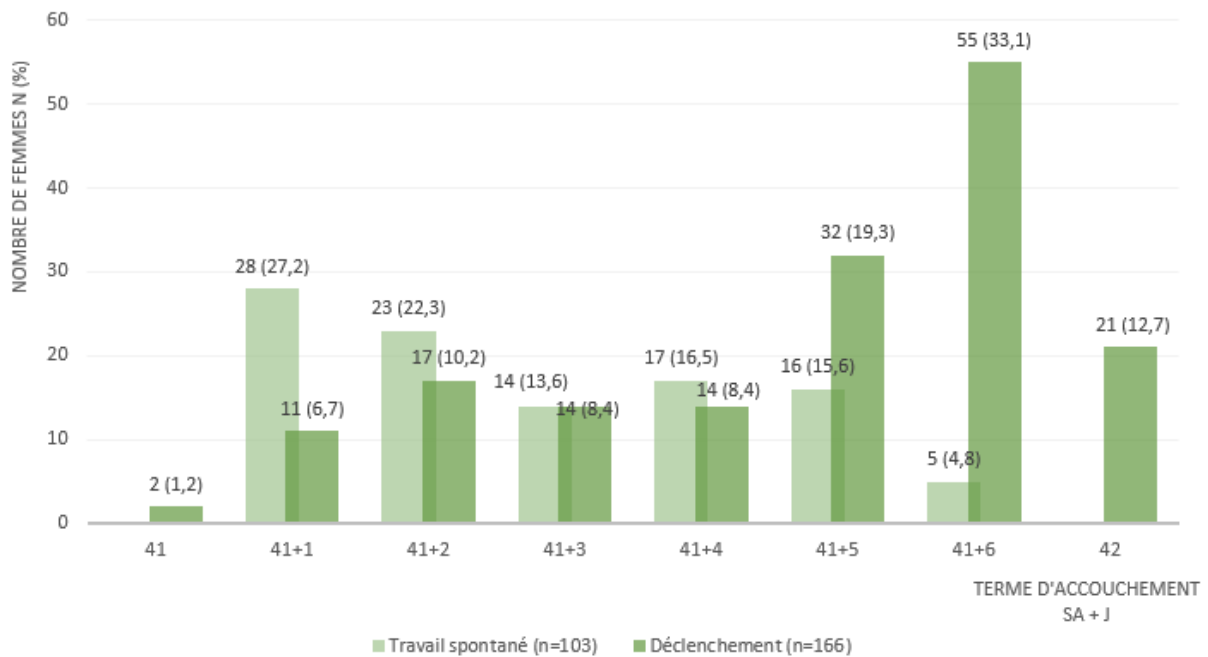
Figure 1. Diagramme de flux

*MFIU : mort-fœtal in utéro, IMG : interruption médicale de grossesse, J : jours, PC : présentation céphalique



La distribution du terme d'accouchement, selon le mode d'entrée en travail, est décrite dans la figure 2. Près de 49,5% des femmes entrant en travail spontané, ont accouché dans les deux jours après le terme prévu.

Figure 2 : Distribution du terme d'accouchement selon le mode d'entrée en travail



Il n'y avait pas de différence concernant les caractéristiques maternelles entre les groupes des femmes entrant en travail spontané et celles déclenchées (Tableau 1).

Concernant les caractéristiques obstétricales à 41SA, la présence de contractions utérines douloureuses et un score de Bishop à 3 par rapport à un score plus faible étaient associés à une entrée en travail spontané dans les 5 jours ($p < 0,01$). Les critères du score de Bishop associés à un travail spontané étaient un col ouvert à 1 doigt ($p < 0,01$) et une présentation céphalique appliquée ($p = 0,01$) (Tableau 1). Concernant l'ouverture du col, aucune patiente incluse n'avait un col ouvert supérieur à 1 doigt.

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques maternelles et obstétricales présentes à 41 SA entre les deux groupes*Estimation de poids fœtal $\geq 90^{\text{ème}}$ percentile à l'échographie du 3^{ème} trimestre

	Entrée en travail spontané après 41 SA n=103 N(%)	Déclenchement entre 41 SA et 41 SA+ 5J n=166 N(%)	<i>P</i>
Age (années)			
Médiane [IQR]	36 [33-40]	36 [33-40]	
> 35 ans	31 (30,1)	58 (34,9)	0,41
Origine géographique			
Europe	71 (68,9)	113 (68,5)	0,98
Afrique sub-saharienne	11 (10,7)	16 (9,7)	
Maghreb	11 (10,7)	20 (12,1)	
Autre	10 (9,7)	16 (9,7)	
IMC (kg/m²)			
Médiane [IQR]	21,0 [19,9-24,7]	23,8 [20,3-24,8]	
> 30	4 (3,8)	12 (7,2)	0,30
Tabac	28 (27,2)	42 (25,3)	0,73
Antécédents gynécologiques			
Aspiration	12 (11,7)	25 (15,1)	0,59
Hystérocopie	5 (4,9)	8 (4,8)	0,98
Conisation	5 (4,9)	7 (4,2)	0,81
Endométriose	2 (1,9)	10 (6,0)	0,14
Grossesse obtenue par PMA	14 (13,6)	35 (21,1)	0,08
Prise de poids (kg)			
Médiane [IQR]	12 [10-14]	13 [10-16]	0,12
Prise > 15kg	18 (17,5)	42 (25,3)	0,13
Suspicion de macrosomie*	3 (2,9)	12 (7,2)	0,13
Score de Bishop à 41 SA			0,01
0	6 (5,8)	16 (9,6)	
1	16 (15,5)	45 (27,1)	
2	37 (36,0)	63 (38,0)	
3	44 (42,7)	42 (25,3)	
Contractions utérines douloureuses à 41 SA	65 (63,1)	67 (40,4)	< 0,01
Détails du Bishop			
Longueur			0,41
Long	20 (19,4)	44 (26,5)	
Mi-long	78 (75,7)	115 (69,3)	
Court	5 (4,9)	7 (4,2)	
Ouverture			< 0,01
Fermé	56 (54,4)	124 (74,7)	
1 doigt	47 (45,6)	42 (25,3)	
Consistance			0,05
Tonique	65 (63,1)	105 (63,2)	
Intermédiaire	38 (36,9)	52 (31,3)	
Ramolli	0 (0)	9 (5,4)	
Position			0,63
Postérieur	101 (98,1)	160 (96,4)	
Intermédiaire	2 (1,9)	5 (3,0)	
Antérieur	0 (0)	1 (0,6)	
Hauteur de présentation			0,01
PC haute	56 (54,4)	115 (69,3)	
PC appliquée	47 (45,6)	51 (30,7)	

La voie d'accouchement différait selon le mode d'entrée en travail, avec un taux de césarienne de 20,4% dans le groupe des femmes avec entrée en travail spontané versus 41,0% dans le groupe des femmes déclenchées ($p < 0.01$). Néanmoins, le taux de césarienne pour anomalie du rythme cardiaque fœtal était similaire dans les deux groupes (61,9% versus 63,2% chez les femmes déclenchées).

Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre les femmes entrant en travail spontané et celles déclenchées en ce qui concerne l'utilisation d'oxytocine, la couleur du liquide amniotique, la durée du travail et le taux d'hémorragie du post partum. L'apparition de fièvre pendant le travail était significativement plus importante dans le groupe des femmes déclenchées ($p = 0.02$) (Tableau 2).

Les issues néonatales, ne différaient pas entre les deux groupes sur le poids de naissance, le score d'Apgar ≤ 7 à 5 minutes, le pH au cordon $< 7,15$ et le transfert en néonatalogie (Tableau 2).

Tableau 2. Comparaison des issues obstétricales et néonatales entre les deux groupes

	Entrée en travail spontané après 41 SA n=103 N(%)	Déclenchement entre 41 SA et 41 SA+ 5J n=166 N(%)	P
Utilisation d'Oxytocine	75 (72.8)	129 (79.6)	0,20
Fièvre pendant le travail	4 (3.9)	20 (12.1)	0,02
LA teinté/méconial	41 (39.9)	60 (36.1)	0,66
Durée du travail (heures) Médiane [IQR]	10 [8-13]	10 [6-13]	0,07
Mode d'accouchement			$< 0,01$
Voie basse spontanée	70 (68.0)	75 (45.2)	
Voie basse instrumentale	12 (11.6)	23 (13.8)	
Césarienne	21 (20.4)	68 (41.0)	
Césarienne pour ARCF	13 (61.9)	43 (63.2)	0,79
Hémorragie du post partum	7 (6.8)	9 (5.4)	0,64
Poids de naissance (grammes) Méd. [IQR]	3480 [3185-3710]	3525 [3220-3808]	0,22
Apgar ≤ 7 à 5 minutes	6 (5.8)	6 (3.6)	0,39
pH au cordon $< 7,15$	12 (11.6)	29 (17.5)	0,19
Transfert en néonatalogie	4 (3.9)	5 (3.0)	0,70

Le tableau 3 montre les taux d'entrée en travail spontané selon le score de Bishop à 41 SA et la présence ou non de contractions utérines douloureuses . Ce taux d'entrée en travail spontané est à 72,3 % en cas d'association d'un score de Bishop à 3 et de contractions utérines douloureuses. contre 21,4% pour un score de Bishop à 0 sans contraction utérine douloureuse.

Tableau 3. Taux d'entrée en travail spontané selon le score de Bishop et la présence ou non de contractions utérines douloureuses.

Score de Bishop à 41 SA	Présences de contractions utérines douloureuses	
	Non	Oui
0	21,4%	37,5%
1	27,3%	26,7%
2	30,8%	42,6%
3	26,3%	72,3%

L'analyse secondaire en sous-groupe montrait un taux de césarienne plus faible chez les patientes entrant en travail spontané : 20,4% chez les femmes entrant en travail spontané, 45% chez les femmes déclenchées entre 41 et 41 SA+ 4 jours ($p=0,02$) et 39,2% chez les femmes déclenchées à 41 SA+ 5 jours ($p=0,03$) (Tableau 4). Parmi les quatre femmes déclenchées entre 41 SA et 41 SA+ 4 jours pour souhait maternel, trois ont accouché par césarienne pour anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Concernant les issues néonatales, il n'a pas été retrouvé de différence entre les trois groupes (Tableau 4).

Tableau 4 : Analyse en sous-groupe des issues maternelles et obstétricales (groupe de référence = Entrée en travail spontané)

		Déclenchement entre 41 et 41 SA+4J	<i>P</i>	Déclenchement à 41 SA + 5J	<i>P</i>
		n=69 N (%)		n=97 N (%)	
	N(%)				
Mode d'accouchement			<i>0,02</i>		<i>0,03</i>
Voie basse spontanée	70 (68.0)	31 (44.9)		43 (44.3)	
Voie basse instrumentale	12 (11.6)	7 (10.1)		16 (16.5)	
Césarienne	21 (20.4)	31 (45.0)		38 (39.2)	
Apgar ≤ 7 à 5 minutes	5 (5.8)	1 (1.4)	<i>1,00</i>	5 (5.2)	<i>0,40</i>
pH au cordon < 7,15	12 (11.6)	12 (17.4)	<i>0,29</i>	17 (17.5)	<i>0,24</i>
Transfert en néonatalogie	4 (3.9)	2 (2.9)	<i>1,00</i>	3 (3.1)	<i>1,00</i>

Discussion

Près de 40 % des femmes nullipares avec un col défavorable à 41 SA vont entrer en travail spontanément dans les cinq jours. A 41SA, il n'est pas observé de caractéristique maternelle permettant d'identifier une population de femmes plus à même d'entrée en travail spontané. La présence de contractions utérines douloureuses et un score de Bishop plus élevé à 41 SA sont associés à une entrée en travail spontané dans les cinq jours. Dans le détail du score de Bishop, l'ouverture du col et la hauteur de présentation sont les critères les plus discriminants. Parmi les femmes entrant en travail spontané, le taux de césarienne est plus bas de moitié par rapport aux femmes ayant été déclenchées.

Il s'agit d'une étude originale puisque cette question n'a pas été étudiée dans la littérature alors qu'elle concerne 5% des femmes chaque année dans notre maternité. Elle porte sur une population homogène de femmes nullipares présentant un col défavorable à 41SA avec un effectif large et peu de données manquantes. Ces connaissances sur le taux d'entrée en travail spontané après 41SA dans cette population sont nécessaires mais non connues, en particulier pour l'information des femmes afin qu'elles puissent activement participer à leur prise en charge.

Néanmoins, cette étude présente certaines limites. Il s'agit d'une étude monocentrique et les deux groupes sont comparés rétrospectivement. Il ne s'agit pas d'une analyse en intention de traiter, ce qui limite l'interprétation des résultats des issues maternelles et néonatales.

De plus, il se pose la question de la validité externe, notamment avec le calcul du terme au sein de la maternité d'étude pouvant être différent dans d'autres centres et le choix d'un déclenchement systématique à 41SA+ 5 jours au plus tard. Les pratiques liées aux décisions de césariennes ou de déclenchements pour indications médicales sont également très dépendantes des centres et limitent l'extrapolation de nos résultats. Enfin, la satisfaction des femmes n'a pas pu être évaluée dans cette étude.

Dans une analyse secondaire du bras expectative de l'essai ARRIVE, parmi 2 502 nullipares à bas risque, le taux d'entrée en travail spontané était de 19,7% à partir de la 41^{ème} SA (versus 38,3% dans notre travail)¹¹. Ce faible taux d'entrée en travail spontané était en partie expliqué par une proportion très élevée de décision d'accouchement pour indications médicales (80.3%). Dans deux autres études comparant un déclenchement systématique à 41SA versus une expectative jusqu'à 42 SA, le taux d'entrée en travail spontané dans le bras expectative est plus important que dans notre travail : 73,7% dans l'étude hollandaise de Keulen et al.¹² et 66,7% dans l'étude suédoise de Wennerholm et al.¹³. Néanmoins, ces études incluent des multipares, des femmes avec un col favorable à 41 SA (11.8% de Bishop > 6 dans l'étude hollandaise) et fixent comme terme maximal 42 SA (soit 48h de plus que dans notre travail). Ainsi, le taux d'entrée en travail spontané dépend des pratiques des maternités concernant les motifs d'induction du travail mais aussi de la maturité du col à 41 SA et de la durée de la période d'expectative.

Le taux de césarienne observé pour l'ensemble de la population est élevé (33%), en raison du terme supérieur à 41 SA. Toute population confondue, le taux de césarienne augmente à partir de 41 SA¹⁴⁻¹⁶, après travail spontané ou induction du travail. Ce taux est de 37,5% dans l'analyse secondaire de l'essai ARRIVE avec une augmentation significative par rapport aux femmes accouchant dans la 39^{ème} SA (RRa : 1.93 IC95%[1,61-2.32])¹¹.

L'un des bénéfices attendus pour les femmes se mettant en travail spontanément est un taux de césarienne deux fois moins élevé qu'en cas de déclenchement. Le taux observé de 20,4% de césarienne est inférieur à de nombreuses autres séries^{11,15,17}. Néanmoins, le taux de césarienne est très lié aux pratiques du centre et de nombreuses séries sont issues de pays ayant un taux de césarienne global plus élevé qu'en France. Le taux de césarienne est plus élevé dans le groupe déclenchement (41%) compte-tenu de la population étudiée de femmes nullipares avec un col

défavorable¹⁰. Il est comparable aux taux observés dans des population similaires^{18,19}. Les autres inconvénients rapportés du déclenchement par rapport au travail spontané comme l'utilisation d'oxytocine et la fièvre étaient également retrouvés¹⁶.

Dans la littérature, de nombreuses études sont en faveur d'un déclenchement à 41 SA par rapport à une expectative jusqu'à 42 SA pour réduire la morbi-mortalité néonatale, sans retrouver de différence significative en terme de morbidité maternelle et de risque de césarienne entre les deux politiques^{12,13,20}. Néanmoins, les risques du déclenchement sont également à prendre en compte pour décider d'une période d'expectative de 0 à 6 jours après 41SA. D'ailleurs, les recommandations internationales ne sont pas en faveur d'un déclenchement systématique à 41 SA avec un terme limite à ne pas dépasser variable : au plus tard à 41 SA+ 6 jours en France⁴, au plus tard à 42 SA+ 6 jours aux Etats-Unis²¹ et entre 41 et 42 SA pour le Royaume Unis et le Canada^{22,23}.

Ce travail a été réalisé afin d'avoir une réflexion sur notre protocole et pour donner des éléments d'information aux femmes, afin de permettre une décision partagée éclairée. Ainsi, nous pouvons les informer qu'en moyenne et en cas de col défavorable à 41 SA : une femme sur 3 va entrer en travail spontanément avec un risque plus faible de césarienne, une femme sur 3 va être déclenchée pour indications médicales et une femme sur 3 va être déclenchée à terme, sans différence sur les issues néonatales défavorables. Ces chiffres sont une moyenne de ce que nous avons observé. Certaines femmes présentent cependant une situation variable qui peut influencer sur ces chiffres. Ainsi, parmi les femmes présentant des contractions utérines douloureuses et un score de Bishop à 3 à 41 SA, le taux d'entrée en travail spontané est à 72,3 % tandis que si le score de Bishop est à 0 sans contraction utérine douloureuse, il est à 21,4%. Une politique de déclenchement systématique à 41 SA ne nous paraît donc pas indiquée, d'autant que beaucoup de femmes souhaitent médicaliser le moins possible leur accouchement. La femme doit être informée des différentes issues possibles pour l'impliquer dans la décision médicale et permettre ainsi un meilleur vécu de la fin de grossesse. En effet, la satisfaction des patientes est un élément primordial à prendre en compte dans la gestion de la grossesse prolongée. Le déclenchement à terme, par rapport à une entrée en travail spontané, est associé à une diminution significative de la satisfaction des patientes. Les éléments qui semblent pertinents à considérer pour la satisfaction de la femme sont principalement l'information sur les modalités de déclenchement, la durée du travail, l'inconfort vaginal lié aux touchers vaginaux répétés et le risque augmenté de césarienne^{6,7}.

Conclusion

Plus d'une femme nullipare sur trois avec un col défavorable à 41 SA va entrer en travail spontané dans les cinq jours. Dans ce cas, la médicalisation est moindre et le risque de césarienne est plus faible de moitié qu'en cas de déclenchement. Les seuls facteurs identifiés associés à une entrée en travail spontané sont la présence de contractions utérines douloureuses et un score de Bishop plus élevé à 41SA. A l'aide d'informations claires sur les modalités et les risques du déclenchement par rapport à une attitude expectative, il est souhaitable que la femme participe aux décisions dans cette période très anxiogène.

Bibliographie

1. Chantry, A. A. & Lopez, E. Fetal and neonatal complications related to prolonged pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 40, 717–725 (2011).
2. Vayssière, C. et al. Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 169, 10–16 (2013).
3. Linder, N. et al. Post-term pregnancy is an independent risk factor for neonatal morbidity even in low-risk singleton pregnancies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 102, F286–F290 (2017).
4. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Haute Autorité de Santé. Avril 2008. Disponibilité: https://www.has-sante.fr/jcms/c_666473/fr/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhée.
5. Grossesse prolongée et terme dépassé. CNGOF. Décembre 2011. Disponibilité: www.gynerisq.fr/bibliothequedocs/recommandation-du-cngof-sur-le-terme-depasse-et-la-grossesse-prolongee/.
6. Shetty, A., Burt, R., Rice, P. & Templeton, A. Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour--a questionnaire-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 123, 56–61 (2005).
7. Henderson, J. & Redshaw, M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92, 1159–1167 (2013).
8. Rao, A. *et al.* Cervical length and maternal factors in expectantly managed prolonged pregnancy: prediction of onset of labor and mode of delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 32, 646–651 (2008).
9. Vankayalapati, P. et al. Ultrasound assessment of cervical length in prolonged pregnancy: prediction of spontaneous onset of labor and successful vaginal delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 31, 328–331 (2008).
10. Esenline, J. Devenir maternel des grossesses prolongées en fonction du mode d'entrée en travail. 2014. 59 p.
11. Tita, A. T. N. *et al.* Maternal and Perinatal Outcomes of Expectant Management of Full-Term, Low-Risk, Nulliparous Patients. *Obstet Gynecol* 137, 250–257 (2021).
12. Keulen, J. K. *et al.* Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 364, l344 (2019).
13. Wennerholm, U.-B. *et al.* Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (Swedish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)* 367, l6131 (2019).
14. Caughey, A. B. & Musci, T. J. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 103, 57–62 (2004).
15. Grobman, W. A. et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *The New England Journal of Medicine* 379, 513–523 (2018).
16. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016.INSERM. Octobre 2017. Disponibilité: www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
17. Grobman, W. A. & Caughey, A. B. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management: a meta-analysis of cohort studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 221, 304–310 (2019).

18. Davey, M.-A. & King, J. Caesarean section following induction of labour in uncomplicated first births- a population-based cross-sectional analysis of 42,950 births. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 92 (2016).
19. Johnson, D. P., Davis, N. R. & Brown, A. J. Risk of cesarean delivery after induction at term in nulliparous women with an unfavorable cervix. *Am J Obstet Gynecol* 188, 1565–1569; discussion 1569-1572 (2003).
20. Keulen, J. K. J. *et al.* Timing induction of labour at 41 or 42 weeks? A closer look at time frames of comparison: A review. *Midwifery* 66, 111–118 (2018).
21. Guidelines: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies. ACOG. Décembre 2014. Disponibilité: www.contemporaryobgyn.net/view/acog-guidelines-management-late-term-and-postterm-pregnancies.
22. Algorithm: Induction of labour/Algorithme: Déclenchement artificiel du Travail. NICE. Mars 2019. Disponibilité: http://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/nice_declenchement-artificiel-du-travail/.
23. Déclenchement du travail. SOGC. Septembre 2013. Disponibilité: http://gynerisq.fr/bibliotheque_docs/recommandation-canadienne-sur-le-declenchement-artificiel-du-travail/.

Annexes

Annexe 1 : Le score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation	0	1-2 cm	3-4 cm	5 cm et plus
Longueur	Long	Intermédiaire	Court	Effacé
Consistance	Ferme	Intermédiaire	Ramolli	
Position	Postérieur	Intermédiaire	Antérieur	
Hauteur de la présentation	Haute	Amorcée	Fixée	

Annexe 2 : Le score d'Apgar

Cotations	0	1	2
Coloration de la peau	Cyanose ou pâleur	Corps rose et extrémités cyanosées	Corps complètement rose
Fréquence cardiaque	< 80 bpm	Entre 80 et 100 bpm	>100 bpm
Réactivité	Pas de réponse	Grimaces	Pleurs ou cris
Tonus musculaire	Faible	Flexion d'un ou de deux membres	Membres bien fléchis
Mouvements respiratoires	Absent	Cris faibles et respiration régulière	Cris vigoureux Respiration régulière

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Parvenu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."