

UNIVERSITE DE NANTES

UFR MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de sage-femme

Le faux travail

Dans une population d'accouchement à bas
risque

Description des pratiques professionnelles au
CHU de Nantes et conséquences sur les résultats
obstétricaux et périnataux

Véronique DOUSSET

Née le 24 mars 1988

Directeur de mémoire : Mme Catherine KERFORN

Promotion 2007/2012

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
GENERALITES.....	2
I. La physiologie du travail.....	2
A. Le déclenchement physiologique du travail : un mécanisme mal connu.....	2
1. Rôle des prostaglandines	2
2. Rôle de l'ocytocine	2
3. Rôle de la progestérone	3
4. Rôle des œstrogènes	3
5. Facteurs mécaniques	3
6. Rôle du fœtus.....	4
B. La physiologie de la dilatation	4
1. La contraction utérine	4
2. Le col utérin.....	5
3. Le segment inférieur.....	6
4. Le pôle inférieur de l'œuf.....	6
C. Evolution dynamique du travail	7
1. La durée du travail.....	7
2. La phase de latence	8
3. La phase active	8
II. Le faux travail.....	9
A. Historique, apparition du concept.....	9
B. Définitions.....	9
C. Circonstance de survenue	11
D. Diagnostics différentiels	12
1. Début de travail spontané.....	12
2. Dystocie de démarrage	12
E. Conséquences obstétricales et materno-fœtales du faux travail	13
1. Complications obstétricales.....	13
2. Complications fœtales	14
3. Complications maternelles	14

F.	Perception du faux travail à l'étranger	15
G.	Vécu des femmes	16
III.	Les différentes conduites à tenir	16
A.	Retour à domicile	17
B.	Méthodes médicamenteuses	17
1.	Traitement à visée « antalgique ».....	17
2.	Traitement à visée utéro-relaxante	19
C.	Méthodes non médicamenteuses	20
1.	Déambulation	20
2.	Bain chaud	20
3.	Ballon, massage.....	21
4.	Respiration	21
5.	Techniques de relaxation	21
D.	Méthodes dites alternatives	21
1.	Acupuncture	21
2.	Homéopathie.....	22
	ETUDE, RESULTATS ET ANALYSE.....	23
I.	Objectifs	23
II.	Méthodes, populations	24
A.	Moyens, conditions de recueil de données	24
B.	Critères de recrutement	24
1.	Critères d'inclusion	24
2.	Critères d'exclusion	24
3.	Facteurs de confusion (description de la population)	25
4.	Critères de jugement : variables	26
5.	Analyse des résultats : statistiques.....	26
III.	Résultats et analyse.....	27
A.	Comparaison selon les critères de population.....	27
1.	Données générales	27
2.	Antécédents gynéco-obstétricaux.....	28
B.	Diagnostic clinique du faux travail	29
1.	Terme d'admission.....	29

1. Contractions utérines à l'admission	29
2. Toucher vaginal à l'admission	30
C. Description des pratiques professionnelles	33
D. Délai entre faux travail et « vrai travail »	36
E. Influence du contexte sur la prise en charge du faux travail.	37
F. Conséquences obstétricales, fœtales et néonatales du faux travail	39
1. Terme d'entrée en travail.....	39
2. Conséquences obstétricales du faux travail.....	40
3. Conséquences fœtales et néonatales du faux travail	42
G. Critères prédictifs d'un accouchement dans les 24 heures.....	43
DISCUSSION.....	46
I. Discussion méthodologique.....	46
A. Points forts de l'étude	46
B. Biais.....	46
C. Limites et difficultés.....	46
II. Rappels des résultats et discussion.....	47
III. Prise en charge globale du faux travail, rôle de la sage-femme.	54
IV. Propositions	58
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE	
ANNEXES	

LISTE DES ABREVIATIONS

CU : Contraction utérine

ATP : Adénosine tri-phosphate

PA : Potentiel d'action

SI : Segment inférieur

LA : Liquide amniotique

OMS : Organisation mondiale de la santé

ERCF : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal

EVA : Echelle visuelle analogique

SA : Semaines d'aménorrhée

IVG : Interruption volontaire de grossesse

FCS : Fausse couche spontanée

GEU : Grossesse extra-utérine

ATCD : Antécédents

TV : toucher vaginal

CAT : conduite à tenir

RAD : Retour à domicile

AVB : Accouchement voie basse

IV : Intraveineux

IM : Intramusculaire

INTRODUCTION

Le faux travail est une entité clinique que la sage femme rencontre chaque jour dans son exercice professionnel. Ce terme est utilisé tant par les professionnels que par les usagers. Le faux travail est caractérisé par des contractions utérines douloureuses mais aucune modification cervicale n'est retrouvée. Le diagnostic n'est pas toujours aisé et peut facilement se confondre avec un début de travail spontané.

Nous avons constaté que la littérature est peu fournie en ce qui concerne le sujet du faux travail. En l'absence de recommandations écrites, les sages-femmes peuvent rencontrer des difficultés dans son diagnostic et sa prise en charge. Elles peuvent se trouver confrontées à la douleur et l'anxiété de la femme, hésitant sur l'attitude à adopter.

Nous nous sommes intéressés à ce sujet afin de mieux nous guider dans une pratique quotidienne. Afin d'étayer notre réflexion nous avons réalisé pour ce mémoire une étude rétrospective. L'objectif premier est de décrire les pratiques professionnelles au cours d'un épisode de faux travail, l'objectif second est d'évaluer les répercussions obstétricales, fœtales et néonatales éventuelles du faux travail.

Dans une première partie, nous présenterons la physiologie du travail, la définition du faux travail et les différentes conduites à tenir possibles grâce à la littérature. Dans un second temps, nous exposerons les résultats de notre étude. Puis dans une troisième et dernière partie, nous ouvrirons une discussion sur ces résultats afin d'établir des propositions de prise en charge.

I. LA PHYSIOLOGIE DU TRAVAIL

Le travail regroupe les phénomènes physiologiques et mécaniques aboutissant à la sortie du fœtus en dehors des voies génitales de sa mère. Il comprend les deux premières parties de l'accouchement : la dilatation du col utérin (1^{ère} partie) et l'expulsion fœtale (2^{ème} partie) ^[10].

A. LE DECLENCHEMENT PHYSIOLOGIQUE DU TRAVAIL : UN MECANISME MAL CONNU

Le mécanisme du déclenchement spontané du travail dans l'espèce humaine est complexe et encore incomplètement connu. Selon Hippocrate ^[30], c'est le manque de nourriture à l'intérieur de l'œuf qui incite le fœtus à s'agiter, rompre les membranes et sortir dans le monde extérieur. Aujourd'hui de nombreuses théories sont mises en avant pour expliquer les modifications qui précèdent le travail. Nous en ferons ici une brève synthèse.

1. ROLE DES PROSTAGLANDINES

Les prostaglandines sont reconnues aujourd'hui comme étant la « clef de voûte » des modifications rencontrées dans le déclenchement spontané du travail. Les PGE2 et les PGF2alpha sont impliquées dans la mise en place du travail. Elles dérivent toutes deux de l'acide arachidonique. La synthèse des prostaglandines s'effectue grâce à l'action de la phospholipase A2, qui catalyse l'hydrolyse des phospholipides en acide arachidonique. C'est une diminution de la concentration en progestérone intracellulaire qui permettrait cette activation de la phospholipase A2, point de départ de la synthèse des prostaglandines ^[7]. La production de PGF2alpha et de PGE2 augmente progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un taux élevé en début de travail dans le liquide amniotique, la déciduale et le myomètre ^[32].

2. ROLE DE L'OCYTOCINE

L'ocytocine est une hormone polypeptidique sécrétée par la post-hypophyse qui vient augmenter la contractilité utérine. Son rôle d'inducteur du travail est probable mais encore mal précisé. On observe avant le travail une augmentation, non pas du

taux d'ocytocine, mais du nombre de récepteurs à l'ocytocine. Cette augmentation est proportionnelle au rapport œstradiol/progestérone. Pour Alexandrova et Soloff ^[4] la chute du taux de progestérone permet à l'œstradiol de stimuler la synthèse de récepteurs œstrogéniques dans le myomètre ; l'augmentation des récepteurs œstrogéniques et de l'œstradiol stimulent la multiplication des récepteurs à l'ocytocine, ce qui, à partir d'un certain seuil entraîne le début du travail ^[7].

3. ROLE DE LA PROGESTERONE

La progestérone est l'hormone connue pour maintenir la gestation, elle a une action inhibitrice sur les contractions utérines. Dans l'espèce humaine, contrairement aux autres mammifères, on n'observe pas de chute de la progestéronémie en fin de grossesse. Schwarz ^[46] a mis en évidence une substance liant la progestérone, présente dans les membranes qu'au cours des derniers jours de la grossesse. Cette protéine explique la forte affinité des membranes pour la progestérone en fin de grossesse; c'est cette liaison protéique qui expliquerait la diminution de la progestérone intracellulaire, ce qui permettrait ensuite l'activation de la phospholipase A₂.

4. ROLE DES ŒSTROGENES

Au contraire de la progestérone, les œstrogènes faciliteraient les contractions utérines en augmentant l'excitabilité des fibres musculaires lisses et la vitesse de propagation de l'activité électrique. Le taux d'œstrogènes augmente régulièrement dans le plasma de la femme enceinte jusqu'à terme mais il n'y a pas d'augmentation importante dans les heures précédant le travail, ni de variation brusque du rapport œstrogènes/progestérone. C'est l'augmentation progressive qui semble jouer un rôle important dans la préparation de l'utérus avant la mise en place du travail. En effet, les œstrogènes augmentent le nombre de récepteurs à l'ocytocine ainsi que la synthèse de l'actomyosine (protéines contractiles) ^[7].

5. FACTEURS MECANIQUES

La distension progressive de l'utérus pendant la grossesse étire les fibres musculaires et favorise ainsi leur excitabilité ^[4]. Elle a une action directe d'ouverture progressive du col et une action indirecte par l'intermédiaire d'un réflexe neurohormonal ou d'une sécrétion en prostaglandines. Ces éléments sont importants mais ils ne peuvent pas expliquer à eux-seuls le déclenchement du travail ^[7].

6. ROLE DU FŒTUS

On a pu attribuer à la suite d'études expérimentales, un rôle important aux hormones surrénaliennes et hypophysaires d'origine fœtale. Notamment, le cortisol semble jouer un rôle : on a pu observer un fonctionnement intense de la surrénale fœtale au moment du déclenchement spontané du travail, le taux de cortisol dans le cordon ombilical pourrait doubler en rapport avec le début de travail. Cependant pour certains, cette augmentation serait la conséquence du stress du travail. D'autre part, le fœtus secrète certains métabolites dans les urines qui stimuleraient la production de prostaglandines au niveau des membranes fœtales. Enfin, on sait que le fœtus secrète de l'ocytocine qui pourrait avoir un rôle non négligeable^[32]. Cependant les auteurs ont du mal à préciser si ces éléments sont primitifs et induisent le travail ou bien si ils sont secondaires au travail.

D'autres facteurs seraient impliqués dans le déclenchement spontané du travail (facteurs immunologiques, rôle de l'innervation) mais ils sont encore peu expliqués et nous n'exposerons pas les détails de ces théories ici.

Dans l'espèce humaine, aucun des mécanismes évoqués ci-dessus ne semble à lui seul expliquer le déclenchement spontané du travail. Celui-ci serait d'origine multifactoriel. C'est la maturation d'un ensemble de systèmes qui aboutit au travail.

B. LA PHYSIOLOGIE DE LA DILATATION

La mise en place du travail correspond d'une part à l'apparition d'une activité contractile au niveau du myomètre et d'autre part à des modifications du col utérin.

1. LA CONTRACTION UTERINE

La contraction utérine (CU) est due à l'activité d'un muscle constituant l'essentiel de la paroi de l'utérus : le myomètre. C'est la seule force motrice permettant la dilatation du col^[10].

La CU correspond à l'activation de toutes les cellules musculaires lisses du myomètre. Le muscle utérin n'est pas un syncitium anatomique comme le myocarde mais un véritable syncitium fonctionnel par l'existence de jonctions particulières les « gaps-jonctions ». Les « gaps-jonctions » sont des jonctions très serrées entre les différentes cellules contractiles du myomètre, elles permettent la transmission très

rapide et quasi instantanée de l'activité électrique à l'ensemble des cellules. Ces contacts s'établiraient peu de temps avant la parturition^[7].

La CU résulte du glissement des filaments d'actine et de myosine (protéines contractiles de la fibre musculaire lisse). La formation de la liaison actomyosine nécessite de l'énergie par hydrolyse de l'ATP au niveau du filament de myosine. L'activité ATPasique est stimulée lorsque la concentration intracellulaire de calcium atteint un certain seuil. Le calcium possède trois réservoirs principaux : en extracellulaire, dans les mitochondries et dans le réticulum endoplasmique.^[32] Le calcium extracellulaire pénètre la cellule grâce à la dépolarisation de la membrane par un potentiel d'action (PA). Ce PA est modulé par les hormones stéroïdes^[7]:

- Les œstrogènes : élaborent les protéines contractiles, rendent la fibre plus excitable et favorisent la propagation des PA.
- La progestérone : augmente la liaison calcium-ATP dépendante du réticulum endoplasmique, inhibe la propagation de l'activité électrique = relaxation myométriale.
- L'ocytocine : entretient la dépolarisation et augmente le courant calcique, inhibe la liaison calcium-ATP dépendante au réticulum endoplasmique.
- Les prostaglandines : dépolarisation lente de la membrane, libération du calcium stocké dans les organites intracellulaires.

2. LE COL UTERIN

Le col utérin joue un rôle capital tout au long de la grossesse. Au cours de la gestation, la tonicité du col constitue un verrou maintenant le fœtus à l'intérieur de l'œuf. Au cours du travail, le col est le premier et le plus difficile des obstacles à vaincre. Certaines modifications de la structure du col sont indispensables dans les jours précédant l'accouchement : la CU n'est efficace que sur un col mature, c'est-à-dire assoupli.

a) LA MATURATION DU COL

Le tissu conjonctif est le composant principal du col utérin^[7]. Dans les quelques jours précédant le travail, celui-ci va subir des modifications qui amènent le col à perdre de sa tonicité :

- Diminution du collagène par augmentation de l'activité enzymatique de certaines peptidases qui fragmentent les chaînes du collagène.
- Augmentation de l'acide hyaluronique qui augmenterait l'hydratation du col.

- Modification de la substance fondamentale du tissu conjonctif : augmentation importante des glycoprotéines.

Les prostaglandines jouent un rôle important dans la maturation du col. En effet, on a démontré l'efficacité des prostaglandines dans les déclenchements quel que soit le terme et l'usage des anti-prostaglandines réduit ou supprime le travail ^[32].

b) MODALITES D'OUVERTURE DU COL

Le col subit deux phénomènes caractéristiques du travail : l'effacement et la dilatation.

- Effacement : raccourcissement de la longueur du col et perte du relief cervical. Le col s'efface et s'incorpore au segment inférieur (SI) ^[10].
- Dilatation : le col effacé s'ouvre circulairement en poursuivant son incorporation dans le SI. La dilatation passe de 1 à 10cm en quelques heures ^[10].

La chronologie des événements varie en fonction de la parité : chez la primipare le col s'efface puis se dilate, alors que chez la multipare les temps sont moins distincts : la dilatation commence avant l'effacement complet du col ^[10].

3. LE SEGMENT INFÉRIEUR

Le segment inférieur (SI), avant le travail, se forme à partir de l'isthme utérin et non à partir du col. L'étirement et l'amincissement du SI sont appelés ampliation. Elle se produit dans les derniers mois de grossesse chez la primipare, au début du travail chez la multipare. Le SI va recueillir les forces développées par le corps utérin, transmises par l'œuf, pour les diriger excentriquement sur le col. Cette union souple et élastique entre le corps et le col est une pièce indispensable pour transformer la force intermittente des CU en dilatation progressive du col ^[10].

4. LE PÔLE INFÉRIEUR DE L'ŒUF

L'ouverture du col est due aux CU sur un col mûr et souple, en réaction à la résistance de l'œuf qui est clos et incompressible. Le pôle inférieur de l'œuf comprend la poche des eaux et la présentation fœtale. Ce pôle participe à l'évolution du travail en permettant l'ampliation du SI et l'ouverture du col. Une fois la poche des eaux rompues, c'est la présentation fœtale qui la remplace à condition qu'elle vienne appuyer sur le col ^[10].

C. EVOLUTION DYNAMIQUE DU TRAVAIL

La première partie du travail (dilatation du col) peut se diviser en deux parties : la phase de latence et la phase active.

1. LA DUREE DU TRAVAIL

La durée du travail est aléatoire. En effet la fin du travail est précise puisque c'est la naissance, au contraire le début en est un peu flou. Il est admis que le travail débute avec l'apparition des CU régulières et douloureuses, ce qui est subjectif et imprécis, car estimé rétrospectivement en interrogeant la parturiente. Plusieurs auteurs ont mesuré la durée de travail.

TABLEAU I : DUREE MOYENNE DU TRAVAIL SELON LES DEFINITIONS ET LES AUTEURS ^[10]

<i>Définitions et auteurs</i>	<i>Primipares</i>	<i>Multipares</i>
Début de travail → Accouchement		
Pinard (1895)	13 h	7 h
Friedman (1955)	13,5 h	7,7 h
Sokol (1977)	11,4 h	8 h
Sills (1997) ^[47]	6,3 h	/
Début de travail* → Accouchement		
Kilpatrick (1989)	9 h	6 h
Albers (1996) ^[3]	8,6 h	5,9 h
Admission → Accouchement		
Studd (1973)	6,3 h	4,6 h
Duignan (1975)	5,6 h	3,7 h
Cardozo /Gibb (1982)	6,3 h	3,4 h
Impey (2000) ^[25]	6,1 h	/

**début des CU régulières avec modifications du col*

Pour tous les auteurs, il existe une différence de la durée de travail selon la parité. D'autres études montrent que l'âge maternel, l'origine ethnique ^[47] et surtout le poids foetal sont corrélés à la durée du travail ^[10].

2. LA PHASE DE LATENCE

La phase de latence correspond à la première et la plus longue période de la dilatation du col. Durant cette phase, les CU se coordonnent et induisent l'effacement du col et le début de la dilatation de 0 à 2-3 cm. Sa durée est difficile à apprécier étant donné le début imprécis du travail. Selon Friedman, sa durée moyenne est de 9 h pour les primipares et 5 h30 pour les multipares^[8].

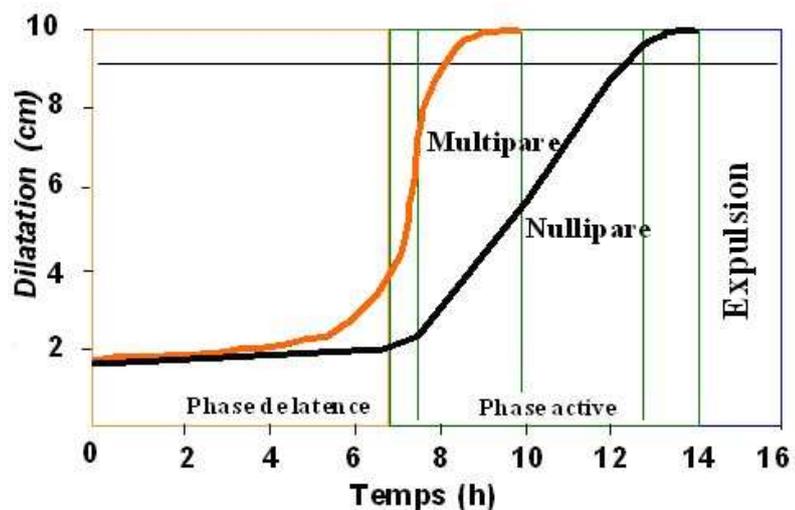
3. LA PHASE ACTIVE

Elle correspond à la dilatation d'un col effacé, elle comprend :

- La phase d'accélération : accélération de la dilatation cervicale, à partir de 3 cm.
- La phase de pente maximale : progression linéaire et rapide de la dilatation, entre 4 et 9 cm.
- La phase de décélération : la pente décroît jusqu'à la dilatation complète.

La courbe cervimétrique de Friedman est une représentation visuelle simple de la dilatation.

FIGURE 1 : EVOLUTION DE LA DILATATION DU COL EN FONCTION DU TEMPS D'APRES FRIEDMAN^[14]



II. LE FAUX TRAVAIL

A. HISTORIQUE, APPARITION DU CONCEPT

En 1832, on retrouve dans le *Dictionnaire de médecine* ^[16], au chapitre variété du travail, la définition suivante : « Dans certains cas les douleurs, après avoir suivi une progression régulière, se ralentissent, s'affaiblissent et conservent ce caractère plus ou moins long-temps [...]. Quelquefois aussi elles s'interrompent, se suspendent pendant un temps plus ou moins considérable, et se réveillent ensuite sans que le plus souvent on puisse déterminer la cause de ce phénomène », ce commentaire peut nous faire penser au faux travail comme on l'entend aujourd'hui, cependant le terme n'est aucune fois mentionné dans l'ouvrage.

En 1905, Littré dans son *Dictionnaire de médecine de chirurgie, de pharmacie* ^[31] cite le terme de fausses douleurs comme étant « des douleurs abdominales qui se manifestent parfois à la fin de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement, et qui simulent les douleurs véritables du travail : elles sont irrégulières, siègent dans les intestins et ne déterminent pas de contractions utérines. ». Dans ce même ouvrage, nous retrouvons le terme de faux travail alors synonyme de rétrocession et défini comme tel : « phénomène consistant en ce que le travail, commencé pendant le cours de la grossesse, s'est tout à coup suspendu pour ne reprendre et ne se terminer qu'au terme normal de la grossesse [...] » ; le terme de faux travail utilisé ici semble plus se rapprocher de la menace d'accouchement prématuré puisqu'il intervient avant le terme normal de la grossesse.

La date d'apparition de la définition du faux travail comme on l'entend de nos jours n'a pas été retrouvée. Après nos recherches, il nous semble que celui-ci ne soit pas un terme médical proprement dit. Cependant, cette expression est largement utilisée dans le langage courant par les professionnels mais aussi par les usagers comme nous le constatons sur de nombreux forums Internet. (Annexe n°2)

B. DEFINITIONS

Différents auteurs ont donné des définitions du faux travail plus ou moins similaires. Tous les auteurs s'accordent à dire que le faux travail est un épisode de CU sans modifications cervicales.

Certains insistent sur le caractère irrégulier des CU tout comme MAVEL A (1990) ^[33] « Apparition de contraction en fin de grossesse avant le début réel du travail : elles surviennent de façon irrégulière dans le temps et par séries plus ou moins longues. Elles disparaissent spontanément et ne s'accompagnent pas de modification du col. ».

Il en est de même pour l'ACADEMIE DE MEDECINE ^[1] en 1999 : « Apparition de contractions utérines irrégulières survenant en fin de grossesse, sans modification du col, qui vont spontanément s'interrompre sans acquérir la fréquence, ni la régularité des vraies CU du travail. »

D'autres auteurs soulignent le caractère douloureux de l'épisode : c'est le cas dans la définition de PAPIERNIK A ^[38] (1995) : « Il s'agit d'un épisode de CU douloureuses et plus ou moins régulières pendant quelques heures, amenant les patientes à consulter. Mais l'examen ne révèle pas de signes objectifs de travail, car il n'y a pas de modifications cervicales notables. Ces patientes ont un col moins dilaté et une présentation plus élevée que les patientes arrivant réellement en travail. Après les avoir enregistrées on constate une rareté ou la disparition des CU. ».

En 2001 MERGER R ^[34] inclut pareillement cette notion de douleur : « des contractions utérines douloureuses peuvent survenir à la fin de la grossesse, réalisant un « faux travail ». Mais elles n'ont ni la régularité, ni la consistance, ni la progressivité des contractions du travail. Surtout elles n'effacent pas le col. ». Ces auteurs expriment tous deux l'absence de modification du col mais en insistant sur des critères cliniques différents comme une présentation foetale élevée ou un non effacement du col.

Tous les auteurs expriment le fait que les CU s'interrompent spontanément, mais ceux-ci donnent peu d'indice sur une durée précise de l'événement : Pour CABROL D ^[9] (2008) « un faux travail est défini par un épisode de contractions utérines irrégulièrement espacées, variables dans leur intensité, sans modifications cervicales et qui cèdent au bout de quelques heures. ».

Pour FOURNET P ^[20] (2010) « le faux travail est défini par la survenue pendant quelques heures de contractions utérines plus ou moins régulières et douloureuses, amenant la patiente à consulter. L'examen clinique ne met pas en évidence de modifications cervicales pouvant faire évoquer un début de travail. Les contractions utérines restent irrégulières et disparaissent progressivement. ».

Seul LANSAC J ^[27] (2010) donne un délai au bout duquel nous pouvons parler de faux travail : « Les contractions utérines sont régulières, douloureuses et mal

supportées, mais le col ne présente aucune évolution en 2heures. », c'est également le seul auteur à caractériser les CU de régulières dans le temps.

Pour SCHAAL JP ^[43] ^[44] (1998), l'arrêt des CU peut être la conséquence d'une thérapeutique médicamenteuse : « Correspond à des contractions utérines régulières, douloureuses qui n'aboutissent à aucune modification cervicale. Ces CU cèdent soient spontanément, soit après l'administration de sédatifs ou béta-mimétiques »

L'OMS ^[15] propose en 2002 une définition singulière du faux travail : « col non dilaté avec des contractions non palpables et peu fréquentes », l'absence de modification du col est toujours présente, mais les CU sont moins caractéristiques.

La notion d'un délai entre faux travail et début de travail est peu précisée dans les différentes définitions. Seul Magnin ^[43] réserve le terme de faux travail aux épisodes de CU douloureuses sans modifications cervicales si le travail ne débute pas dans la journée qui suit.

A l'aide de ces définitions, nous avons situé le cadre de notre travail. La définition que nous utiliserons pour ce mémoire repose sur les éléments les plus largement retrouvés dans la littérature.

Le faux travail est un épisode de contractions utérines de quelques heures. Il s'agit de CU plus ou moins régulières, douloureuses et mal supportées par la patiente, qui l'amènent à consulter. Les contractions n'aboutissent à aucune modification cervicale notable, celles-ci vont s'interrompre spontanément ne menant pas aux caractéristiques du vrai travail.

C. CIRCONSTANCE DE SURVENUE

Peu d'auteurs se sont penchés sur les causes de survenue du faux travail. Arulkumaran ^[5] émet l'hypothèse que le faux-travail est une difficulté à l'établissement du travail. Elle serait due à un léger déséquilibre hormonal, un défaut de coordination neuromusculaire au niveau du myomètre. Ils expliquent l'inefficacité des CU par une contraction utérine à prédominance médiane, par rapport à la CU partant du fond utérin en cas de travail efficace.

On peut également supposer que la physiopathologie de ce syndrome se rapproche de celui de la dystocie de démarrage. Celui-ci est expliqué par une dissociation entre une activité contractile corporelle bien synchronisée et une

maturation retardée du tissu conjonctif cervicosegmentaire, responsable de la résistance anormale du col utérin et/ou à un asynchronisme de la contractilité myométriale ^[8]. Ces hypothèses mériteraient d'être scientifiquement testées.

D. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

1. DEBUT DE TRAVAIL SPONTANE

En théorie le diagnostic différentiel est simple, puisque un début de travail correspond à l'association de contractions utérines régulières et de modifications cervicales. En pratique, celui-ci peut être difficile car il repose sur un diagnostic dans le temps se basant principalement sur l'apparition de modifications cervicales. La différence entre ces deux entités repose sur des arguments cliniques résumés dans le tableau ci-dessous.

TABLEAU II : DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL ENTRE VRAI ET FAUX TRAVAIL ^[44]

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

2. DYSTOCIE DE DEMARRAGE

Contrairement au faux travail, la dystocie de démarrage est mieux définie dans la littérature. La dystocie de démarrage correspond à une discordance entre des CU régulières intenses et douloureuses et l'absence de modifications objectives du col, le

travail débute dans la journée qui suit le début des CU ^[44]. Elle correspond à la phase de latence prolongée des anglo-saxons. Pour Friedman, il y a anomalie de la phase de latence lorsque celle-ci est supérieure à 9 heures chez la primipare ou 5 heures 30 chez la multipare ^[8]. D'autre part, l'OMS la définit comme une absence de dilatation au-delà de 4 cm après 8h de contractions régulières ^[15]. La dystocie de démarrage est prolongée par la phase active du travail, contrairement au faux travail où les CU cessent au bout de quelques heures. La différence entre les deux se fera donc au mieux rétrospectivement, en effet dans les 2 cas, l'examen se caractérise par des contractions utérines mal supportées par la patiente mais ne s'accompagnant pas des signes objectifs de travail (modification cervicale insuffisante, présentation fœtale haute).

E. CONSEQUENCES OBSTETRIQUES ET MATERNO-FŒTALES DU FAUX TRAVAIL

La fréquence du faux travail est estimée entre 10 et 12% ^[20] ^[5], mais celle-ci est difficile à évaluer étant donné la grande variété des aspects cliniques. La douleur provoquée par les CU est le motif de consultation le plus courant, or on sait que la douleur est subjective et qu'elle est majorée par l'anxiété. Le faux travail revêt donc différents aspects cliniques selon la gestion de l'angoisse provoquée par la douleur des CU. Cette incidence est peu négligeable et amène à s'interroger sur d'éventuelles complications materno-fœtales ou obstétricales. Plusieurs sont émises dans la littérature.

1. COMPLICATIONS OBSTETRIQUES

Une étude cas-témoin d'Arulkumaran ^[5] a démontré une augmentation significative des extractions instrumentales (20,8% vs 10,8% $p < 0,001$) et des césariennes en urgence (20,2% vs 8,0% $p < 0,001$) dans le groupe du faux travail. Les auteurs qualifient le faux travail comme un groupe à haut risque d'interventions obstétricales.

Dans une autre étude cas-témoin, Tay Sun Kuie ^[50] a remarqué une augmentation significative de la durée de travail (9,30h vs 7,94h $p < 0,01$) et une augmentation d'ocytocique plus importante (33 vs 19 $p < 0,05$) dans le groupe du faux travail. Il conclut que les épisodes de faux travail exposent à plus de dystocie pendant le travail qui s'ensuit. L'augmentation de la survenue de dystocie au cours du travail est démontrée également par Schauburger ^[45].

2. COMPLICATIONS FŒTALES

Arulkumaran ^[5] démontre une fréquence augmentée des anomalies du rythme cardiaque fœtal (25,6% vs 8,9% $p < 0,001$) dans le groupe du faux travail. Il en est de même pour Sun Kuie Tay ^[50] qui montre une augmentation significative des ERCF anormaux (21 vs 6 $p < 0,04$). Ils concluent que le faux travail est à fort risque de détresse fœtale au cours du travail ultérieur. D'autre part, Quinn MA ^[40] montre une augmentation du taux de liquide amniotique teinté si les CU du faux travail durent pendant plus d'une heure. L'hypothèse, selon Sun Kuie Tay, serait que la persistance de CU pendant quelques heures induirait une hypoxie qui compromettrait sa tolérance future au vrai travail.

3. COMPLICATIONS MATERNELLES

Tout d'abord, on sait que la douleur obstétricale a des répercussions physiques sur la mère ^[39]. Elle entraîne des modifications ventilatoires (augmentation de la fréquence respiratoire et du volume courant), la douleur est en effet un puissant stimulus respiratoire. Les conséquences de ces modifications sont une baisse de la capnie maternelle (de 32mmHg à 20mmHg) et l'installation d'une alcalose respiratoire, cela induit pendant la phase de relaxation utérine une diminution de la pression artérielle en oxygène (PaO_2). Si la PaO_2 maternelle diminue en deçà d'un certain seuil on peut craindre des répercussions sur le fœtus. Simultanément, la douleur provoque des modifications cardio-vasculaires, il en résulte souvent une augmentation de la pression artérielle systolique (de 20 à 30mmHg) et diastolique (de 15 à 20mmHg). De plus, la douleur entraîne une augmentation des cathécolamines dont la conséquence est une diminution du débit sanguin utérin par vasoconstriction utérine et une majoration de l'anxiété.

D'autre part, nous pouvons imaginer que des CU persistantes et douloureuses puissent entraîner des complications psychologiques chez la mère. Nous concevons assez facilement l'inconfort de cette situation, source d'angoisse et d'agitation maternelle.

La douleur des femmes est un élément important à prendre en compte car plus que les conséquences physiques et psychiques, elle est source de complications sur le travail ultérieur. Un article de Wuitchik et al ^[53] a démontré que l'intensité de la douleur et le stress vécu par les femmes pendant la phase de latence, augmentait la durée de travail de façon significative. Plus la douleur initiale est intense, plus la patiente est stressée, plus le travail sera long et dystocique. De plus, la considération de la douleur

entre dans le cadre de la prise en compte de l'usager, une étude sur 1111 femmes de Waldenström ^[52] associe l'anxiété et la douleur comme un critère important de l'insatisfaction des femmes au cours de l'accouchement.

Le faux travail semble entraîner des complications obstétricales, fœtales et maternelles non négligeables. Il paraît donc important d'en faire le diagnostic, de le prendre en charge de façon adaptée et d'être vigilant sur le travail ultérieur.

F. PERCEPTION DU FAUX TRAVAIL A L'ETRANGER

Il semble que le terme de faux travail soit typiquement francophone. En effet, il est peu retrouvé dans la littérature étrangère. Le terme faux travail (« false labour ») est quelquefois retrouvé dans la littérature anglo-saxonne ^{[21][45]}, il est parfois qualifié de « spurious labour » (travail parasite) ^{[5][50]}. Greulich B ^[22] auteur américain explique dans son article que le terme « faux » tend à minimiser le phénomène et l'expérience vécue par les femmes. Le terme « pré-travail » est plus adéquat parce qu'il décrit mieux les modifications physiologiques progressives que subissent l'utérus et le col au cours de la préparation du travail. C'est pour cela que le sujet du faux travail est le plus souvent abordé dans la phase de latence du travail, faisant partie intégrante du travail de maturation.

En ce qui concerne la prise en charge de celui-ci, il ne semble pas exister de différence importante avec les pratiques françaises, nous n'avons trouvé aucun consensus de prise en charge. Dans plusieurs articles anglo-saxons, l'accent est mis sur la réassurance des femmes et leur soutien, le retour à domicile est largement évoqué. Il se peut également que les cultures différentes font vivre différemment cet épisode aux femmes ce qui peut influencer la prise en charge.

Afin de compléter cet item, nous avons réalisé quelques entretiens téléphoniques auprès de sages-femmes ayant exercé leur profession à l'étranger. (Annexe n°3) La notion du faux travail est connue de toutes mais le terme n'est pas toujours employé : on parle parfois de phase de préparation du travail (Allemagne) ou de travail lent (Irlande). Il semble également que les femmes se présentent plus ou moins rapidement à la maternité en fonction de la culture. Elles n'ont pas connaissance d'un protocole de prise en charge, elles insistent sur le soutien et l'éducation des femmes

G. VECU DES FEMMES

Un épisode de faux travail peut être vécu difficilement par les femmes. On sait que la douleur est subjective et qu'elle est majorée par l'angoisse, c'est pour cela qu'il revêt des aspects cliniques multiples et donc des ressentis différents.

Une étude de Lindsay Reid ^[41] a exploré, à l'aide d'interrogatoire auprès des femmes, les facteurs influençant la venue à l'hôpital des femmes, ainsi que l'impact des mots « non en travail » et du retour à domicile. L'étude met en valeur l'angoisse des femmes qui se trouvent en difficultés dans la reconnaissance de leur début de travail, toutes les femmes reportent que la douleur est pire que celles à laquelle elles étaient préparées. Elles se sentent vulnérables en dehors de l'hôpital, ce qui majore leur angoisse, et les amène à consulter à l'hôpital. L'impact du terme « faux travail » est important sur le psychisme des femmes. Les patientes partent de chez elle dans l'attente de la naissance de leur enfant avec toute l'excitation que cela engendre et se trouvent souvent déçues de devoir retourner à domicile. Ces femmes peuvent se sentir négligées et non prises en compte dans leur douleur et leur angoisse. L'article parle également de l'influence de l'entourage et notamment du conjoint qui se trouve tout autant stressé et effrayé du retour à domicile, ce qui majore alors l'anxiété des femmes. Les attentes des femmes sont divergentes, il apparaît que plus que le soulagement de la douleur elles attendent d'être rassurées et informées. Au contraire d'autres vont vivre ces épisodes de CU de pré-travail beaucoup plus sereinement, une autre étude parue dans la revue *The Practising Midwife* en 2009 ^[37] a relevé les commentaires des femmes sur leur début de travail, un témoignage exprime « j'ai pensé aux premières contractions comme un premier pas vers la naissance, cela m'a aidé à rester concentrée, calme et positive pendant toute leur durée ».

III. LES DIFFERENTES CONDUITES A TENIR

Une prise en charge adéquate du faux travail est importante. En effet, un trop grand activisme en cas de faux travail sur col défavorable peut conduire à une dystocie dynamique exposant en fin de compte la femme à une césarienne. A l'inverse la non-prise en compte de CU fréquentes pendant plusieurs heures, sans surveillance du fœtus, peut conduire à l'hypoxie fœtale. La stratégie thérapeutique est donc de s'accorder un temps d'observation et de calmer la douleur de la femme, cependant il n'existe actuellement aucun consensus de prise en charge.

A. RETOUR A DOMICILE

Après s'être assuré de l'absence d'écoulement de liquide amniotique et de la normalité de l'ERCF (30 min minimum), la patiente peut retourner à son domicile si elle le souhaite. L'information de la patiente doit comporter l'explication du faux travail et des CU de fin de grossesse ainsi que les conseils d'usage sur les signes de début de travail. Sa réassurance est essentielle pour qu'elle vive au mieux cet épisode. Si les CU sont mal supportées ou que la patiente est trop anxieuse pour rentrer à domicile, il existe plusieurs méthodes pour tenter de la soulager.

B. METHODES MEDICAMENTEUSES

1. TRAITEMENT A VISEE « ANTALGIQUE ».

La phétidine ou mépéridine (DOLOSAL®), introduite en France dans les années 1950 est restée longtemps l'analgésique le plus utilisé en salle de naissance. Le DOLOSAL® a été retiré du marché en 2002 mais un produit générique est toujours disponible, cependant la diffusion médiatique du retrait du DOLOSAL® a conduit la plupart des acteurs de salle de naissance (notamment les sages-femmes) à penser que la molécule n'était plus disponible, aucune donnée n'existe pour dire si ce produit a complètement disparu ou non. Ce jour, la nalbuphine semble constituer l'alternative la plus fréquente à l'utilisation de la phétidine ^{[35][39]}.

L'arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes ^[26] ajoute la possibilité de prescrire auprès des femmes un stupéfiant : le chlorhydrate de morphine (Morphine®), ampoules à 10mg dans la limite de deux ampoules par patiente. Cette thérapeutique pourrait être une alternative à la phétidine ou à la nalbuphine, cependant celle-ci n'est pas utilisée en pratique au CHU de Nantes.

a) NABULPHINE CHLOROHYDRATE (NABULPHINE MYLAN®) ^[51]

La Nalbuphine est un opoïde mixte de palier 2, agoniste-antagoniste morphinique. Il est indiqué dans les douleurs intenses et notamment dans les douleurs obstétricales. Dans le faux travail, il va calmer la douleur des CU et le plus souvent la stopper. Il se présente sous forme d'ampoule de 2 ml pour 20 mg. Sa posologie est particulière en obstétrique : « Au cours du travail, la nalbuphine doit être utilisée sous stricte surveillance médicale chez les femmes présentant une dilatation du col

inférieure ou égale à 4 cm. Dans ce cas, la voie I.V. doit être évitée. La nalbuphine doit être administrée en I.M. à la dose de 10 à 20 mg, sans dépasser la dose totale de 20mg. En cas de dépression respiratoire chez le nouveau-né, la naloxone, antidote spécifique, sera administrée à la posologie de 0.01 mg/kg de poids corporel par voie I.M, I.V ou sous-cutanée. En raison de la demi-vie courte de cet antidote, une surveillance prolongée du nouveau-né s'impose ».

Sa contre-indication principale est l'hypersensibilité aux morphiniques. Ses précautions d'emploi reposent sur le risque de dépendance lié aux morphiniques (toxicomanie, alcool) et sur le risque de dépression respiratoire néonatale. Il comporte quelques effets indésirables dont les plus fréquents sont les troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements) et les troubles de la vigilance (sommolence, vertige). La nalbuphine est intéressante par son effet plafond anesthésiant et dépresseur respiratoire qui limite ainsi les effets indésirables. La sage-femme est habilitée à prescrire cette thérapeutique seulement sous la forme d'ampoules injectables dosées à 10 mg, dans la limite de deux ampoules par patiente et seulement en début de travail. La prescription est réalisée dans le cadre d'un protocole mis en place avec le médecin anesthésiste-réanimateur. ^[26]

b) HYDROXYZINE (ATARAX®) ^[51]

L'ATARAX® est un anxiolytique indiqué dans les manifestations mineures de l'anxiété. Il va donc agir sur la composante émotionnelle et affective lors d'un faux travail, en diminuant l'anxiété de la patiente, il lui permet de mieux gérer sa douleur. Il se présente sous deux formes différentes : orale (comprimé de 25 à 100mg) et injectable (ampoule de 2ml). La voie IM est recommandée de préférence, la voie IV peut être utilisée après dilution dans au moins 100ml de sérum physiologique.

Ses contre-indications sont une hypersensibilité à l'un des constituants du médicament, et celles liés à son effet anticholinergique. Ses effets indésirables sont des réactions cutanées (érythème, prurit, eczéma, urticaire), des effets psychiatriques (confusion, excitation), des effets neurologiques (sommolence), une sécheresse buccale, une rétention urinaire et plus rarement des effets ophtalmologiques et cardiovasculaires. La sage-femme n'est pas habilitée à le prescrire. ^[26]

2. TRAITEMENT A VISEE UTERO-RELAXANTE

a) SALBUTAMOL (SALBUMOL®) ^[51]

Le Salbutamol est un bêta-2-mimétique qui provoque un relâchement musculaire bronchique et utérin. Il est indiqué dans les menaces d'accouchement prématuré, la dystocie dynamique de démarrage, l'hypercinésie lors du travail, la tocolyse précésarienne. Dans le cadre du faux travail, le salbutamol va stopper les CU et soulager la patiente. Il se présente sous différentes formes : forme orale (comprimé de 2mg), forme rectale (suppositoire de 1mg) et forme injectable (ampoule de 0,5mg/ml). Par voie injectable, la posologie est d'une ampoule non diluée par voie IM ou SC ou d'une ampoule diluée par voie IV lente. Il peut être utilisé en IV directe lors d'hypercinésie lors du travail.

Le salbutamol comprend de nombreuses contre-indications. Ce sont celles de la tocolyse (infection intra-amniotique, hémorragie utérine) et celles liés aux effets cardiovasculaires (cardiopathie sévère, antécédents de cardiopathie ischémique, HTA sévère ou non contrôlée, thyrotoxicose, éclampsie, pré-éclampsie). L'utilisation d'un bêta-2-mimétique par voie générale doit être précautionneuse, une surveillance médicale s'impose : ECG avant la mise en place du traitement, surveillance régulière de la FC et la TA, surveillance régulière de l'ERCF, surveillance de la fonction respiratoire et du bilan hydrosodé en raison du risque d'œdème aigu pulmonaire. Ses effets indésirables sont nombreux également. Les principaux sont les risques d'hypokaliémie, de tremblements, de céphalées, d'affections cardiovasculaires (tachycardie, arythmies cardiaques, vasodilatation périphérique), d'affections respiratoires (œdème pulmonaires). Il ne faut pas l'associer à l'Halothane (risque d'hémorragie de la délivrance) ni aux antidiabétiques (risque d'hyperglycémie). En raison de ses effets indésirables et ses précautions d'emploi, le salbutamol n'est pas un médicament de première intention dans le faux travail, surtout par voie parentérale. La sage femme est autorisée à la prescription pour le salbutamol sous forme orale et rectale. ^[26]

b) PHLOROGLUCINOL (SPASFON®) ^[51]

Le SPASFON® est un antispasmodique des muscles de l'appareil digestif et uro-génital. Il est indiqué dans le traitement des manifestations spasmodiques et douloureuses en gynécologie, et en traitement adjuvant des contractions en cours de grossesse en association au repos. Il se présente sous trois formes différentes. La

forme orale (comprimé de 80mg), la forme rectale (suppositoire de 150mg) et la forme injectable (ampoule de 40mg)

Il comporte peu de contre-indications et de précautions d'emploi hormis l'association aux morphiniques en raison de leur effet spasmogène. Les effets indésirables sont mineurs. Sa prescription est accessible aux sages-femmes^[26].

C. METHODES NON MEDICAMENTEUSES

Les méthodes non médicamenteuses permettent d'aider la femme à gérer sa douleur et son anxiété en évitant les effets indésirables des méthodes médicamenteuses.

1. DEAMBULATION

La déambulation pendant un épisode de faux travail va diminuer l'inconfort des CU. D'autre part, la posture verticale favorise la dilatation du col par une meilleure sollicitation du pôle inférieur de l'œuf ce qui peut favoriser la mise en place du travail. Une étude de Ben Regaya L^[6] a montré que la déambulation est responsable d'une nette diminution de la douleur (EVA à 3,6 vs 5,3 $p < 0,0001$) au cours de la phase de latence, il montre également que la déambulation réduit de manière significative la durée de la phase de latence avec une vitesse de dilatation nettement supérieure. Cela confirme que la posture verticale est une posture antalgique et qu'elle doit être encouragée auprès des femmes.

2. BAIN CHAUD

L'eau chaude a une action relaxante sur le corps, la chaleur agit sur les muscles en les relâchant. De plus, lorsqu'il est immergé dans l'eau le corps ne pèse plus que $1/10^{\text{ème}}$ de son poids, ce qui réduit les pressions exercées sur les articulations et les muscles. La sensation de légèreté associée à la chaleur de l'eau, permet une diminution des tensions musculaires et donc de la douleur. Une étude publiée par la revue *Cochrane*^[13] montre que l'immersion dans l'eau durant le travail diminue significativement le recours à l'analgésie péridurale (478/1254 vs 529/1245 OR 0,82), ce qui indique bien que l'eau chaude est responsable d'une diminution de la perception de la douleur par la femme. Le bain chaud est donc une thérapie intéressante au cours du faux travail, puisqu'en diminuant la perception douloureuse, il diminue l'anxiété de la femme et lui permet d'aborder ses CU avec plus de sérénité.

3. BALLON, MASSAGE

Cette technique simple demande à la femme de s'installer en position assise sur un gros ballon et de se bercer doucement en faisant des rotations du bassin. Au cours d'un épisode de faux travail, cela permet surtout de diminuer la tension dans le bas du dos et faire participer le conjoint auprès de la future mère. Cette technique peut s'accompagner de massage effectué par le conjoint ou le soignant. L'intérêt du massage est d'augmenter la sensation de détente et de relaxation de la femme, en diminuant par ce biais la douleur de ses CU.

4. RESPIRATION

L'attention portée à la maîtrise de la respiration procure une respiration lente et profonde. Celle-ci favorise la relaxation physique et mentale ce qui permet d'atténuer la douleur et l'anxiété. La respiration entraîne une distraction de la douleur et un meilleur contrôle de soi. Les techniques de respiration peuvent être utilisées au cours d'un faux travail ce qui permet également au conjoint d'aider sa femme de façon active.

5. TECHNIQUES DE RELAXATION

La femme au cours d'un faux travail peut entreprendre une relaxation si elle en est adepte, ou bien se faire guider par la sage-femme ou son conjoint. Les techniques de relaxation favorisent l'augmentation de la concentration et un meilleur contrôle de soi ; la détente obtenue permet une diminution des tensions musculaires et une amélioration de la circulation sanguine. Parmi les méthodes de relaxation, nous pouvons citer la sophrologie et l'haptonomie. Dans les deux cas, les techniques de relaxation nécessitent un apprentissage préalable entrant dans le cadre d'une préparation à la naissance.

D. METHODES DITES ALTERNATIVES

1. ACUPUNCTURE

L'acupuncture est l'une des cinq branches de la médecine traditionnelle chinoise. L'utilisation de celle-ci peut trouver sa place en obstétrique en particulier pour la prise en charge de la douleur du travail. Pendant le travail, l'acupuncture réduit de façon importante l'usage de thérapeutiques analgésiques. Différentes études ont tenté de le prouver. Lee H ^[29], dans une revue systématique, a comparé l'acupuncture versus un traitement habituel et a montré une réduction de la mépéridine (phétidine) et/ou de l'analgésie péridurale. La revue de la *Cochrane* ^[48] montre que l'acupuncture

peut être bénéfique dans la gestion de la douleur du travail, les auteurs démontrent moins de nécessité à soulager la douleur dans le groupe acupuncture (RR=0,70, IC à 95% : 0,49 à 1,2 essais de 288 femmes). Enfin, Stephan JM ^[49] dans son état des lieux de l'acupuncture autour de la naissance conclut que l'acupuncture peut être recommandée au grade B (présomption scientifique) dans l'analgésie du travail de l'accouchement. Dans le cadre du faux travail, elle peut être envisagée pour soulager la femme en évitant l'usage de thérapeutique médicamenteuse et ses effets secondaires. Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des actes d'acupuncture sous réserve de l'obtention du DU d'acupuncture obstétricale (décret n°2008-863 du 27 août 2008).

2. HOMEOPATHIE

L'homéopathie du grec « homéo » : semblable et « pathos » : souffrance est une médecine non conventionnelle, proposée par Samuel Hahnemann en 1796. Il considère que toute substance capable de provoquer chez un individu sain un certain nombre de symptômes est capable de guérir une personne malade présentant les mêmes symptômes. Elle repose sur trois principes : la similitude, l'individualisation des cas et l'infinitésimal. Les doses de médicaments sont infinitésimales : les doses en quantité infime sont plus actives que les doses fortes. Dans le cadre du faux travail, une molécule est conseillée Le *Caulophyllum 5CH* à raison de 5 granules tous les 15 minutes pendant 2 heures maximum ^[11]. Le *Caulophyllum* par une action antispasmodique arrête les contractions et permet ainsi de stopper les douleurs qu'elles engendraient. Une étude en double-aveugle sur 20 patientes (*Caulophyllum* vs substance inerte) a été réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine par DeGuillaume M ^[54]. Pour un épisode de faux travail, 66,6% des patientes ayant reçu 3 granules de *Caulophyllum* se disaient soulagées, celles ayant reçu les granules placebo n'ont vu aucune amélioration. Des études à grande échelle seraient nécessaires pour évaluer son efficacité. Lors d'un faux travail, cette possibilité peut être proposée mais nécessite un personnel formé dans ce domaine.

Plusieurs conduites à tenir sont possibles : Retour à domicile, expectative et thérapeutique médicamenteuse. Plusieurs moyens sont disponibles pour soulager la patiente au cours d'un faux travail, car l'objectif est de soulager la douleur et de lui faire vivre au mieux cet épisode transitoire.

ETUDE, RESULTATS ET ANALYSE

I. OBJECTIFS

L'objectif premier de cette étude est de décrire le type de prise en charge proposée lors d'un épisode de faux travail. L'objectif second est d'évaluer les répercussions obstétricales, fœtales et néonatales éventuelles. Enfin, l'objectif final est d'établir des recommandations pour améliorer et harmoniser les pratiques.

Les hypothèses émises sont les suivantes :

Le faux travail aurait un retentissement obstétrical :

- allongement de la durée du travail
- augmentation des dystocies dynamiques au cours du travail
- augmentation des doses d'ocytocine
- augmentation des hémorragies de la délivrance
- augmentation du taux d'extraction instrumentale et de césarienne

et/ou associé à un retentissement fœtal :

- augmentation du taux de liquide amniotique teinté
- hypoxie fœtale : pH artériel ombilical bas, Apgar bas, gestes de réanimation néonataux plus fréquents.

La prise en charge est hétérogène et dépend de nombreux facteurs contextuels :

- Jour, nuit
- Semaine, week-end
- Distance géographique
- Expérience de la sage femme

II. METHODES, POPULATIONS

A. MOYENS, CONDITIONS DE RECUEIL DE DONNEES

Il s'agit d'une étude de cohorte, elle a été réalisée sur un mode rétrospectif. La période d'étude s'étale du 1^{er} octobre au 31 décembre 2010 et concerne toutes les femmes ayant accouché au CHU de Nantes durant cette période. Les dossiers ont été sélectionnés à partir des critères d'inclusion et d'exclusion. A partir des dossiers inclus, nous avons identifié les **cas= femmes ayant vécu un ou plusieurs épisodes de faux travail**, et les **non-cas= femmes n'ayant pas eu d'épisode de faux travail**. Le recueil de données s'est effectué lors de la consultation des dossiers à l'aide de la grille de recueil (Annexe n°1).

B. CRITERES DE RECRUTEMENT

1. CRITERES D'INCLUSION

Nous avons choisi de sélectionner une population de patientes présentant un accouchement à bas risque:

- Terme \geq 37 SA et $<$ 42SA
- Grossesse unique
- Présentation céphalique

Patientes présentant un épisode de faux travail :

- Episode de CU douloureuses sans modifications cervicales avec des membranes intactes.
- CU qui cèdent ou diminuent soit spontanément soit après la mise en place d'un traitement.
- CU objectivées par la tocographie externe

2. CRITERES D'EXCLUSION

Nous avons exclu les patientes présentant des critères susceptibles d'être un facteur de complication de l'accouchement :

- Terme $<$ 37 SA
- Grossesse gémellaire ou plus
- Présentation autre que céphalique

Critères susceptibles d'être un facteur de risque d'utérus contractile :

- Les placentas prævia
- Les malformations utérines

Critères susceptibles de modifier la prise en charge :

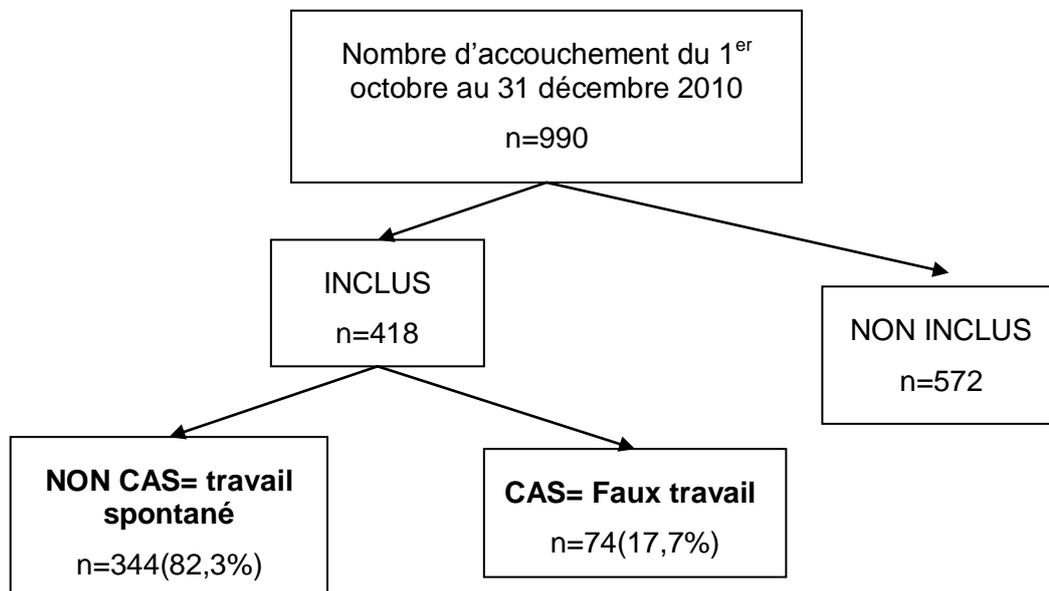
- Rupture spontanée des membranes sans modification cervicale, associée ou non à des CU (RSM sans mise en travail)
- Dystocie de démarrage
- Utérus cicatriciel
- Anomalie du rythme cardiaque fœtal à l'admission

Événements rendant impossible la comparaison avec un travail spontané :

- Maturation ou déclenchement du travail quelle que soit l'indication
- Césarienne programmée

Ainsi, sur 990 accouchements durant la période concernée 418 dossiers ont été sélectionnés. Sur cette population, nous avons identifiés 74 cas et 344 non cas.

FIGURE 1 : DESCRIPTION DE LA POPULATION D'ETUDE



3. FACTEURS DE CONFUSION (DESCRIPTION DE LA POPULATION)

Afin de pouvoir comparer nos deux populations (cas et non cas) nous devons d'abord les décrire. Ceci afin d'éliminer d'éventuels facteurs de confusion qui pourraient être causes de différences entre les deux.

Ces données sont des caractéristiques générales telles que l'âge maternel, l'indice de masse corporelle (IMC), la gestité, la parité, le terme ou encore l'environnement socio économique (catégorie socioprofessionnelles ou CSP).

4. CRITERES DE JUGEMENT : VARIABLES

Ce sont les variables qui nous intéressent pour l'étude. Elles nous permettent de comparer les éventuelles conséquences du faux travail sur l'accouchement : taux d'anesthésie péridurale (APD), durée du travail actif, dystocie dynamique, dose et durée d'administration de l'ocytocine, taux d'extraction instrumentale et de césarienne, taux de liquide amniotique teinté, taux de pH à l'artère ombilicale < 7,10 et de score d'Apgar<7 à la naissance.

Elles nous permettent également de définir les caractéristiques du diagnostic : fréquence des CU, caractéristiques du toucher vaginal, score de Bishop ...

Certaines variables permettent la description de la prise en charge : conduite à tenir en 1^{ère}, 2^{ème} ou 3^{ème} intention et d'autres l'influence du contexte sur cette prise en charge : journée de la semaine, heure du diagnostic, distance entre domicile et hôpital, expérience de la sage-femme.

5. ANALYSE DES RESULTATS : STATISTIQUES

La saisie des données a été réalisée avec le logiciel Epidata. Les données ont été traitées et analysées avec le logiciel Epidate Analysis 2.2.

Les variables qualitatives sont exprimées en pourcentages et comparées avec le test du Khi2 ou de Fisher (en cas de faible effectif)

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart-types et comparées avec le test t de student ou test de Krushkall-Wallis.

Les tests statistiques sont dits significatifs avec un seuil de décision de $p < 0,05$ (lorsque le test est non significatif il est noté N.S)

III. RESULTATS ET ANALYSE

A. COMPARAISON SELON LES CRITERES DE POPULATION

1. DONNEES GENERALES

TABLEAU I : DESCRIPTION DES DEUX POPULATIONS N(%)

	Faux travail (n= 74)	Travail spontané (n= 344)	RR	P (N.S)
Age moyen (années)	28,2 ± 5,8	28,8 ± 5,6		0,38
IMC* (kg/m ²)	(n =70) 21,9 ± 3,5	(n =322) 22,4 ± 3,9		0,34
<u>CSP** :</u>				
Cadres et professions intermédiaires (%)	23 (31,5)	97 (28,3)	1,16 [0,75-1,81]	0,50
Parité	0,9 ± 1,1	0,9 ± 1,1		0,57
Gestité	2,3 ±1,4	2,3 ±1,4		0,98
Primipares (%)	30 (40,5)	153 (44,5)		0,53
Fumeuses (%)	16 (21,6)	59 (17,2)	1,26 [0,77-2,06]	0,37
Préparation accouchement (%)	(n= 56) 35 (62,5)	(n= 257) 175 (68,1)	0,82 [0,50-1,33]	0,41

*IMC : *Indice de masse corporelle*

**CSP : *catégorie socio-professionnelle*

Nos deux populations ne diffèrent pas dans l'ensemble.

Les moyennes d'âge sont équivalentes, de même, si l'on regroupe les femmes par catégories d'âge, 56,8% des femmes ont entre 25 et 34 ans dans le groupe du faux travail et 60,8% entrent dans cette même catégorie pour le groupe du travail spontané. L'âge minimal est de 15 ans dans les 2 populations, 1,4% des femmes ont plus de 39 ans dans le groupe du faux travail versus 2,6% dans l'autre groupe. Notre population

est plus jeune d'un an par rapport à la population générale dont la moyenne d'âge est de 29,7 ans ^[17]. D'autre part, nos populations ne diffèrent pas non plus en terme d'indice de masse corporelle (IMC). (Médiane de 20,6 et 21,5 kg/m²)

La gestité et la parité sont semblables également, avec une médiane à 2 pour la gestité et à 1 pour la parité. Le pourcentage de fumeuses et de femmes ayant participé à une préparation à l'accouchement sont similaires dans les deux groupes. En ce qui concerne l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle, nous ne retrouvons pas de différence entre les couples appartenant à une catégorie cadre et professions intermédiaires et les autres catégories moins favorisées.

2. ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX

TABLEAU II : COMPARAISON DES ANTECEDENTS GYNECO-OBSTETRICAUX ENTRE LES DEUX POPULATIONS N(%)

	Faux travail (n=74)	Travail spontané (n=344)	RR	P
<u>Antécédents gynécologiques</u>				
Conisation (%)	2 (2,7)	5 (1,5)	1,63 [0,50-5,36]	0,36
Cerclage (%)	1 (1,4)	1 (0,3)	2,85 [0,70-11,57]	0,32
FCS (%)	15 (20,3)	77 (22,4)	1,11 [0,66-1,87]	0,69
IVG (%)	6 (8,1)	59 (17,2)	0,48 [0,22-1,05]	0,05
GEU (%)	3 (4,1)	2 (0,6)	3,48 [1,65-7,34]	0,04
<u>Antécédents obstétricaux</u>				
ATCD faux travail (%)	(n=66) 9 (13,6)	(n=278) 13 (4,7)	2,31 [1,33-4,02]	0,02
ATCD dystocie de démarrage (%)	(n=64) 1 (1,6)	(n=273) 2 (0,7)	1,77 [0,35-8,89]	0,47
ATCD dystocie dynamique (%)	(n=64) 1 (1,6)	(n=273) 1 (0,4)	2,66 [0,65-10,82]	0,34

En ce qui concerne le pourcentage de conisation et de cerclage, malgré une proportion plus importante dans le groupe du faux travail, la différence n'est pas significative. D'autre part, 3 femmes (4%) ont subi un traitement de lésion dysplasique du col par laser dans le groupe du faux travail, contre 10 (2,9%) dans le groupe de travail spontané.

Le pourcentage de femmes ayant eu une FCS ou une IVG est équivalent dans les deux populations. Cependant, nous notons une différence significative pour le pourcentage de GEU, la proportion de GEU étant de 4,1% dans le groupe du faux travail versus 0,6% pour l'autre groupe ($p=0,04$).

Nous observons que le taux d'antécédents de faux travail est plus important dans le groupe du faux travail avec un pourcentage de 13,6% contre 4,7% dans l'autre groupe, cette différence est significative ($p=0,02$)

Pour les antécédents de dystocie de démarrage ou de dystocie dynamique au cours du travail aucune différence significative n'est retrouvée.

B. DIAGNOSTIC CLINIQUE DU FAUX TRAVAIL

1. TERME D'ADMISSION

Dans le groupe du faux travail, le terme moyen à l'admission est 39 SA, avec un terme minimal de 37 SA et un terme maximal de 41 SA+3 jours. La médiane se situe 39SA+2 jours. Dans le groupe du travail spontané, le terme moyen est 39 SA+5 jours avec une médiane à 39SA+5 jours, le terme minimum est de 37SA et le maximum est de 42SA. La différence entre les deux populations n'est pas significative ($p=0,09$)

1. CONTRACTIONS UTERINES A L'ADMISSION

- Fréquence des CU

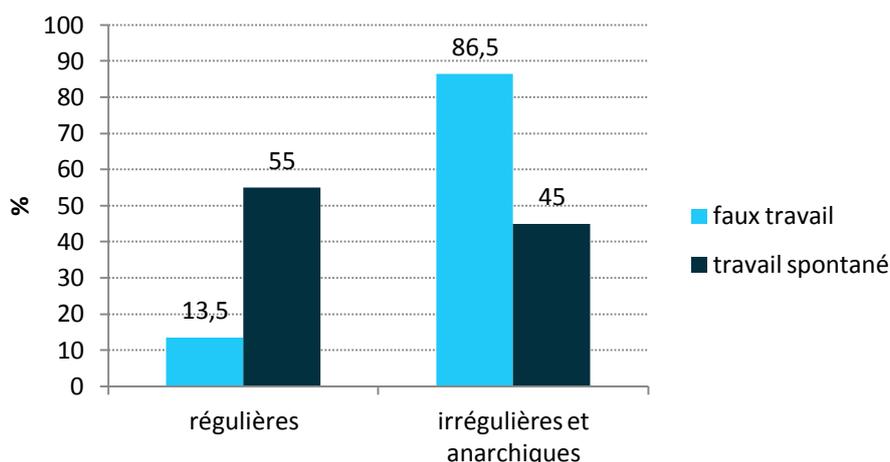


FIGURE 1 : FREQUENCE DES CU A L'ADMISSION

La fréquence des CU, estimée par la sage-femme à l'admission, est irrégulière (78,4%) ou anarchique (8,1%) dans 86,5% des cas dans le faux travail contre 45% en cas de travail spontané. La différence est significative ($p < 10^{-5}$).

- Intensité des CU

Nous n'avons pas pu estimer cette variable en raison de la difficulté à évaluer l'intensité de la CU ou la douleur des femmes à l'admission.

Tout d'abord, la mesure des CU par tocographie externe ne permet pas de chiffrer l'intensité vraie des CU. De plus, l'EVA est très peu mesurée au moment de l'admission. Seules 3 patientes (4%) ont évalué leur douleur par l'EVA dans le groupe du faux travail contre 12 patientes (3,5%) en cas de travail spontané. Pour le faux travail (n=3): l'EVA est inférieure à 5/10 dans 2 cas et supérieure à 5 pour le dernier cas. Pour le travail spontané (n=12), l'EVA est inférieure à 5 pour 5 femmes et supérieure à 5 pour 7 femmes. Ce faible échantillon ne permet pas de conclure.

2. TOUCHER VAGINAL A L'ADMISSION

- Position du col

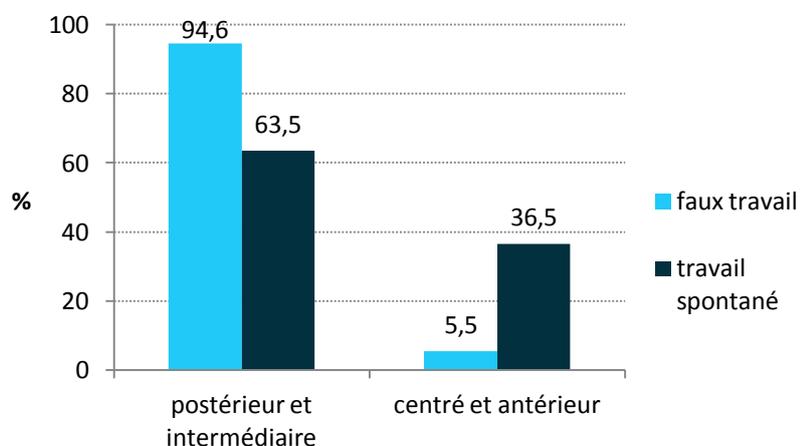


FIGURE 2 : POSITION DU COL A L'ADMISSION

Nous observons une majorité de col postérieur ou intermédiaire en cas de faux travail (94,6%)

- Longueur du col

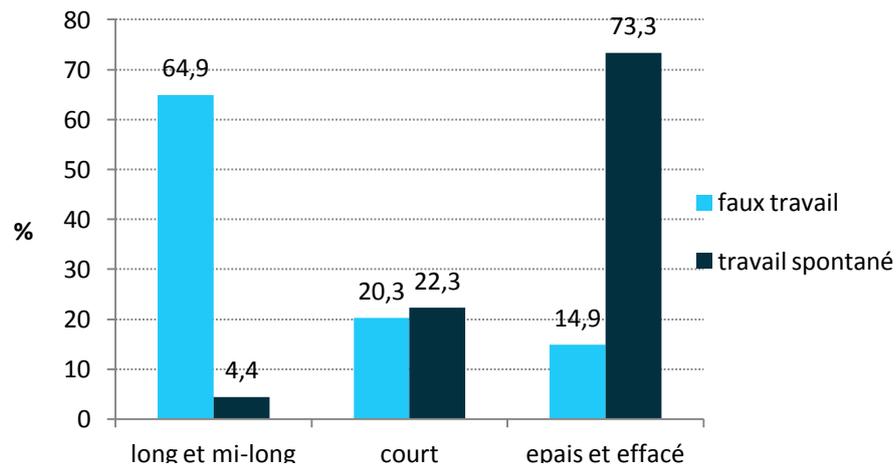


FIGURE 3 : LONGUEUR DU COL A L'ADMISSION

En cas de faux travail, le col est le plus souvent long ou mi-long (64,9%)

- Consistance du col

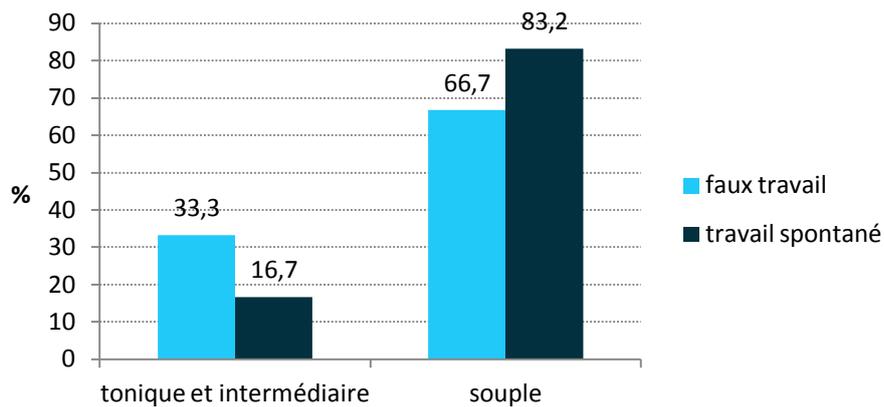


FIGURE 4 : CONSISTANCE DU COL A L'ADMISSION

Les cols sont majoritairement souples en cas de faux travail (66,7%) comme c'est le cas pour les débuts de travail. Cependant, les cols toniques et intermédiaires sont plus retrouvés en cas de faux travail.

- Dilatation du col

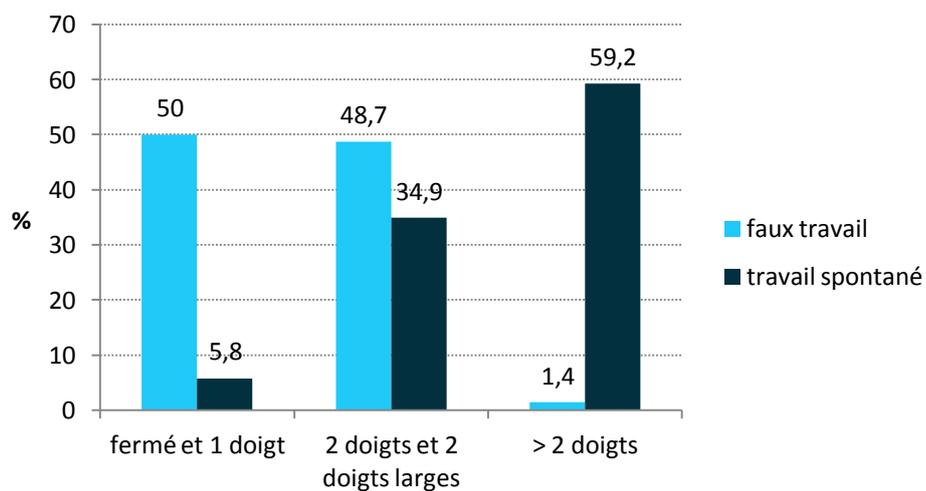


FIGURE 5 : DILATATION DU COL A L'ADMISSION

Dans le faux travail, l'ouverture du col est majoritairement inférieure ou égale à 2 doigts (98,7%)

- Hauteur de la présentation

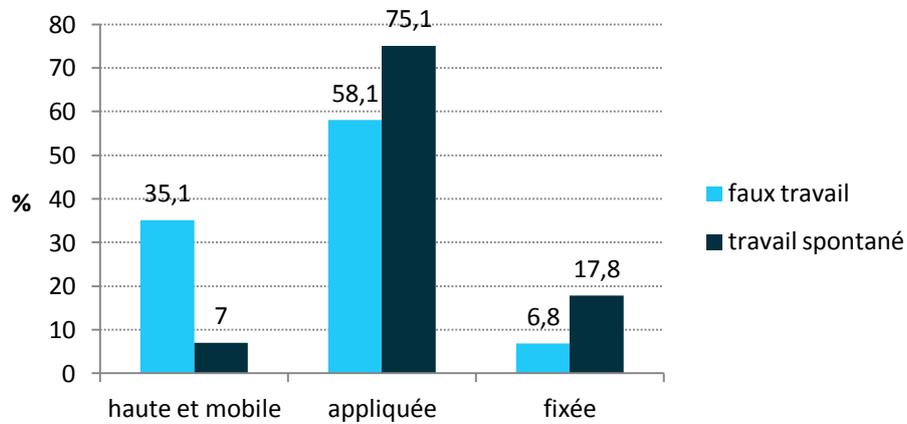


FIGURE 6 : HAUTEUR DE LA PRESENTATION A L'ADMISSION

La présentation est majoritairement appliquée en cas de faux travail (58,1%). Cependant, elle est plus souvent haute et mobile (35,1%) en cas de faux travail qu'en cas de début de travail spontané.

- Segment inférieur

Nous n'avons pas pu exploiter cette variable étant donné la rareté de la mention de l'état du segment inférieur au cours de l'admission. Sur les 418 parturientes de notre étude, nous avons retrouvé seulement 22 dossiers où l'état du segment inférieur était mentionné. Ce nombre trop faible ne permet pas de retrouver une statistique significative.

TABLEAU III : CARACTERISTIQUES CLINIQUES A L'ADMISSION N(%)

	Faux travail (n=74)	Travail spontané (n=344)	RR	p
Dos à droite (%)	22 (31,9)	120 (38,6)	0,78 [0,49-1,24]	N.S
<u>Caractéristiques du col :</u>				
Postérieur et intermédiaire	70 (94,6)	217(63,5)	7,87 [2,93-21,08]	< 10 ⁻⁵
Long et mi-long	48 (64,9)	15 (4,4)	10,32 [6,95-15,31]	< 10 ⁻⁵
Tonique et intermédiaire	24 (33,3)	57 (16,8)	2,04 [1,99-3,97]	0,001
Fermé ou 1 doigt(%)	37 (50,7)	20 (85,7)	2,81 [1,99-3,97]	<10 ⁻⁵
<u>Hauteur de la présentation</u>				
Haute et mobile	26 (35,1)	24 (7,0)	3,97 [2,73-5,77]	<10 ⁻⁵
Bishop <6 (%)	49 (66,2)	123 (35,8)	2,80 [1,80-4,36]	<10 ⁻⁵
Bishop moyen	4,7±1,7	8,4±2,2		<10 ⁻⁵

Les résultats de l'étude permettent d'éclairer des caractéristiques cliniques plus fréquemment retrouvées en cas de faux travail à l'admission : le col est le plus souvent postérieur ou intermédiaire, long ou mi-long, tonique ou intermédiaire, fermé ou dilaté à 1 doigt. La présentation est majoritairement haute et mobile, le score de bishop est inférieur à 6. L'ensemble de ces résultats sont fortement significatifs, seul le côté du dos au palper utérin ne montre pas de différence importante.

C. DESCRIPTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Nous avons choisi de représenter les différentes attitudes adoptées par les professionnels au cours d'un faux travail, sous forme d'un organigramme

Nous avons observé que la conduite à tenir proposée la plus largement en 1^{ère} intention est le retour à domicile (66,2%). Le délai d'observation est en moyenne de 43 minutes avec une médiane à 38 minutes, le délai minimum est de 15 minutes et le maximum est de 190 minutes soit 3h10. Dans deux situations, le retour à domicile est précédé d'une thérapeutique médicamenteuse (2,7%), il s'agit de Spasfon® par voie orale ou rectale et de paracétamol. Le retour à domicile s'accompagne d'une prescription médicamenteuse dans 7 cas (14,3%), les médicaments prescrits sont du Spasfon® et du paracétamol

L'expectative est proposée dans 31,1% en 1^{ère} intention.

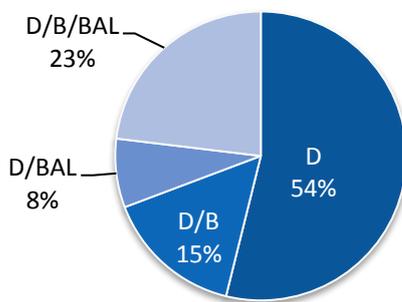


FIGURE 8 : EXPECTATIVE

Elle comprend toujours une proposition de déambulation (D). Elle est plus ou moins associée à un bain chaud(B) et/ou au ballon(BAL) surtout en 2^{ème} intention (11,5%) et en 3^{ème} intention (14,3%)

L'expectative dure en moyenne 4h13 avant que la patiente rentre à domicile avec une médiane à 2h27.

Enfin, il a été proposé dans 2 cas (2,7%) une thérapeutique médicamenteuse en 1^{ère} intention avant le retour à domicile. Cette conduite à tenir est plus fréquemment proposée en 2^{ème} intention (15,4%) et en 3^{ème} intention (14,3%).

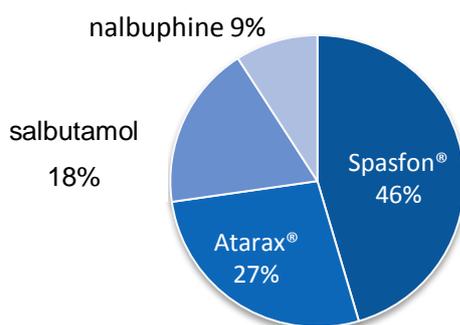


FIGURE 9 : THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUSES

Le Spasfon® est la thérapeutique la plus utilisée sous ses différentes voies d'administration. Il est parfois associé à une autre thérapeutique telle que l'Atarax® ou le paracétamol.

L'Atarax® est le 2^{ème} médicament le plus prescrit dans 27% des cas.

Le salbutamol a été utilisé dans 2 cas uniquement sous forme rectale. Il a été une fois associé à de l'Atarax®.

Enfin, la nalbuphine est quant à elle utilisée dans un seul cas.

Nous observons pour deux cas que la prise en charge se conclut par une décision de déclenchement. Les indications sont les suivantes : déclenchement pour conditions locales favorables après faux travail, déclenchement dans un contexte de diabète insulino-dépendant maternelle associé à une pathologie foetale (agénésie rénale unilatérale) et un antécédent d'accouchement à domicile.

Les conduites à tenir proposées en 1^{ère}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} intention n'obéissent à aucun consensus, elles sont jugées par les professionnels.

Exemple d'un cas :

17h00 : Une nullipare se présente le 29/11/2010 à 38SA+6 jour pour des CU douloureuses.

17h45 : Un RAD est proposé devant des CU irrégulières et un col non modifié.

19h15 : la patiente revient pour CU douloureuses ne cessant pas. Une expectative avec bain est proposée

23h20 : le toucher vaginal ne montre aucune modification malgré des CU persistantes et douloureuses. Un comprimé de Spasfon® et d'Atarax® 25mg sont administrés.

3h35 : la patiente reste algique et le TV identique. Un suppositoire de Salbutamol est proposé

6h00 : le TV ne montre toujours aucune modification. La sage-femme administre une ampoule de Nalbuphine 20mg par voie IV à la femme.

10h00 : les CU diminuent en intensité et en fréquence, le TV reste le même. La patiente rentrera à domicile à 12h20.

La patiente entrera secondairement en travail 5 jours plus tard.

D. DELAI ENTRE FAUX TRAVAIL ET « VRAI TRAVAIL »

Le délai moyen entre le faux travail et le début de travail spontané est de **5jours et 14h ± 6jours et 11h**. La médiane se situe à **1jour et 18h**. Le délai minimum est de 2h04 et le maximum de 25 jours et 8h.

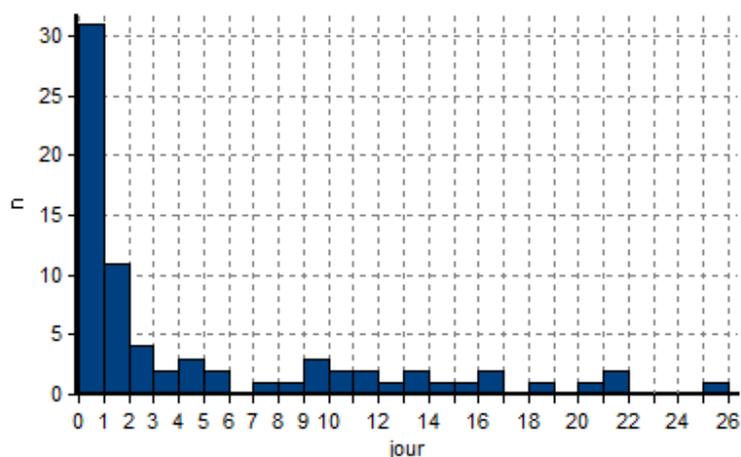


FIGURE 10 : DELAI EN JOUR ENTRE UN EPISODE DE FAUX TRAVAIL ET LE "VRAI TRAVAIL"

Nous pouvons supposer qu'un délai inférieur à 12h ne correspond pas réellement à un faux travail mais plutôt à un travail spontané (selon Friedman durée moyenne du travail 13,5h chez le primipare^[7]). C'est le cas pour 4 patientes de notre échantillon ayant accouché moins de 12h après le retour à la maison pour faux travail. Deux d'entre elles ont accouché à moins de 6h, dont une ayant accouché 2h55 après le retour à domicile (revient à dilatation complète).

D'autre part, nous avons observé 10 cas de récurrences de faux travail soit 13,5%

E. INFLUENCE DU CONTEXTE SUR LA PRISE EN CHARGE DU FAUX TRAVAIL.

Nous avons tenté d'étudier l'influence des facteurs contextuels sur la conduite à tenir proposée en 1^{ère} intention en cas de faux travail.

TABLEAU IV : INFLUENCE DU CONTEXTE SUR LA CAT EN 1^{ERE} INTENTION N(%)

	Retour à domicile (n=51)	Expectative (n=23)	p
Nuit 20h-7h59 (%)	30 (58,8)	11 (47,8)	0,54
Nuit 0h-6h59 (%)	15 (29,4)	4 (17,4)	0,33
Weekend (%)	16 (30,2)	7 (30,4)	0,92
Dimanche (%)	11 (21,5)	4 (17,4)	0,65
<u>Distance domicile-hôpital</u>			
Distance<10 min (%)	11(33,3)	5 (23,8)	
Distance [10-19min] (%)	22(43,1)	12(52,2)	0,77
Distance [20-29min] (%)	5(9,8)	2(8,7)	1,00
Distance≥30min (%)	13(25,5)	3(13,0)	0,68
<u>Expérience SF</u>			
<5 ans (%)	6 (11,8)	2(8,7)	
[5-10ans] (%)	21(41,2)	10(43,5)	1,00
≥ 10 ans (%)	9(17,6)	6(26,1)	1,00
Age de la patiente (ans)	28,60±5,41	27,09±6,53	0,31
Primipare (%)	22(40,4)	9(40,9)	0,97
<u>Toucher vaginal</u>			
Centré et antérieur (%)	2(3,8)	2(9,1)	0,58
Court, épais et effacé (%)	16(30,8)	10(45,5)	0,23
Souple (%)	36(70,6)	14(60,7)	0,64
2 doigts et 2doigts larges (%)	22(43,1)	15(65,3)	0,04
Présentation appliquée (%)	26(49,0)	17(73,9)	0,01
Bishop ≥6 (%)	13 (25,0)	12 (54,5)	0,01
Bisho moyen	4,4±1,7	5,6±1,6	0,006
CU irrégulières/anarchiques	43(84,3)	16(69,6)	0,35

Le contexte lors de l'admission ne montre pas d'influence quant à la prise en charge proposée en 1^{ère} intention. Le taux de retour à domicile ne dépend pas de l'heure de la journée ou du jour de la semaine. De même, la distance domicile-hôpital, l'âge de la patiente, la parité ou encore l'expérience de la sage-femme ne semblent pas modifier la conduite à tenir.

Seuls les éléments de l'examen clinique paraissent conditionner les pratiques professionnelles. En particulier, une dilatation supérieure ou égale à 2 doigts ($p=0,04$), une présentation appliquée ($p=0,01$) et un score de Bishop ≥ 6 semble inciter la sage-femme à proposer une expectative plus qu'un retour à domicile en 1^{ère} intention.

F. CONSEQUENCES OBSTETRIQUES, FŒTALES ET NEONATALES DU FAUX TRAVAIL

1. TERME D'ENTREE EN TRAVAIL

Dans le groupe du faux travail, le terme moyen d'entrée en travail est de 39SA+6jours. Pour les non cas, le terme moyen est 39SA+5jours. Il n'existe pas de différence significative ($p=0,18$).

2. CONSEQUENCES OBSTETRIQUES DU FAUX TRAVAIL

TABLEAU V : COMPARAISON DES CONSEQUENCES SUR LE TRAVAIL ENTRE LES DEUX POPULATIONS N(%)

	Faux travail (n=74)	Travail spontané (n=344)	RR	p
APD (%)	54 (73,0)	226 (65,7)	1,33 [0,83-2,13]	0,23
Variété postérieure (%)	(n=62) 28 (45,2)	(n=278) 102 (36,7)	0,75 [0,48-1,18]	0,21
<u>Dystocie dynamique :</u>				
Hypocinésie (%) *	20 (27,0)	76 (22,1)	1,24 [0,78-1,97]	0,36
Hypercinésie (%) **	4 (5,4)	4 (1,2)	2,93 [1,42-6,05]	0,04
Hypertonie (%) +	1 (1,4)	6 (1,7)	0,80 [0,13-5,00]	1,00
Dystocie cervicale (%)++	5 (6,8)	16 (4,7)	1,37 [0,62-3,03]	0,39
Rupture artificielle PDE	52 (70,3)	191 (55,5)	1,70 [1,70-2,69]	0,02
<u>Ocytocine (%) :</u>				
Dose moyenne (mUI/mn)	(n=33) 6,4±3,1	(n=118) 4,9±3,1	1,63 [1,08-2,46]	0,02
Durée moyenne (heure)	(n=38) 4h19±h05	(n=127) 3h05±2h28		0,007
<u>Durée du travail actif §</u>				
Primipare	7h28±3h12	6h08±5h40		0,03
Multipare	4h12±2h38	3h27±2h17		0,05
<u>Mode d'accouchement(%):</u>				
AVB	60 (89,6)	287 (88,6)		
Extraction instrumentale	7 (10,4)	37 (11,4)	0,92 [0,45-1,89]	0,81
Césarienne	7 (10,4)	20 (6,5)	1,50 [0,76-2,95]	0,29
Hémorragie de la délivrance(%)	2(2,7)	15 (4,4)	0,66 [0,18-2,45]	0,75

* : ≤2 CU/ 10 minutes

** : >5 CU/10 minutes

+ : Non retour au tonus de base entre deux CU

++ : Stagnation une heure à la même dilatation

§ : 3 cm- naissance

73% des patientes ont bénéficié de l'analgésie péridurale dans le groupe du faux travail, le pourcentage ne diffère pas entre les deux groupes. Ce pourcentage est légèrement supérieur au taux moyen d'analgésie péridurale dans la population générale qui s'élève à 70% ^[17].

En ce qui concerne les dystocies dynamiques au cours du travail, le taux d'hypocinésie de fréquence et de dystocie cervicale ou encore d'hypertonie ne diffèrent pas entre les deux groupes. A l'opposé, nous mettons en évidence une différence significative pour les hypercinésies de fréquence: 5,4% pour le faux travail contre 1,2% dans l'autre groupe ($p=0,04$).

Le groupe du faux travail semble bénéficier d'un plus grand pourcentage d'acte consistant à diriger le travail. En effet, nous notons plus de rupture artificielle de la poche des eaux avec un pourcentage de 70,3% contre 55,5% et cela de manière significative ($p=0,02$). De la même manière, l'utilisation de l'ocytocine est plus fréquente au cours du travail, le recours à cette thérapeutique est de 52,7% en cas de faux travail contre 38,1% en cas de travail spontané ($p=0,02$). Les résultats gardent une différence significative si l'on considère d'autres critères : l'ocytocine est utilisée à des doses supérieures ($p=0,02$) et pendant un délai plus long ($p=0,007$).

La durée du travail actif (dilatation 3cm - naissance) est augmentée dans le groupe du faux travail que ce soit pour les primipares ($p=0,03$) ou les multipares ($p=0,05$). La durée du travail est allongée d'environ 45 min dans le groupe du faux travail. Cet allongement de la durée du travail ne semble pas lié à une proportion plus importante de présentation fœtale postérieure (OIDP, OIGP).

Quant au mode d'accouchement, le faux travail ne semble pas influencer celui-ci. Le taux de césarienne bien que supérieur (10,4% vs 6,5%) ne montre pas de différence significative. Il en est de même pour les extractions instrumentales.

L'incidence d'une hémorragie de délivrance est comparable entre les deux groupes.

3. CONSEQUENCES FŒTALES ET NEONATALES DU FAUX TRAVAIL

TABLEAU VI : COMPARAISON DES CONSEQUENCES SUR LE FOETUS ET LE NOUVEAU-NE ENTRE LES DEUX GROUPES N(%)

	Faux travail (n=74)	Travail spontané (n=344)	RR	p
LA teinté (%)	7 (9,5)	55 (16,0)	0,60 [0,29-1,24]	0,15
Apgar <7 à 1mn (%)	3 (4,1)	29 (8,4)	0,51 [0,17-1,53]	0,20
pHAo<7,10 (%)	5 (7,5)	22 (7,5)	0,99 [0,44-2,26]	0,99
Sexe masculin (%)	46 (62,2)	164 (47,7)	1,63 [1,06-2,50]	0,02
Poids moyen (g)	3343±520	3300±370		0,42
Poids garçon (g)	3396±584	3321±360		0,29
Geste réanimation (%)	2 (2,7)	9 (2,6)	1,03 [0,29-3,66]	0,97

Un épisode de faux travail n'apparaît pas dans cette étude en lien avec une hypoxie fœtale au cours du travail. Tout d'abord, le taux de liquide amniotique teinté est équivalent dans les deux groupes. D'autre part, le pourcentage de score d'Apgar inférieur à 7 à une minute est comparable, pareillement la valeur du pH à l'artère ombilicale n'est pas plus abaissée en dessous de 7,10 dans le groupe du faux travail en comparaison au non cas. Enfin, le nouveau-né ne subit pas davantage de gestes de réanimation (à partir de la ventilation au ballon) en cas de faux travail.

Néanmoins, nous retrouvons une différence significative concernant le sexe du nouveau-né. Nous retrouvons 62,2% de garçons dans le groupe du faux travail contre 47,7% pour les non cas (p=0,02). Il semble donc qu'il existe plus de faux travail quand le fœtus est de sexe masculin. De plus, la différence entre les deux groupes persiste si on tient compte en analyse multi-variée de 7 variables : présentation d'engagement antérieure et postérieure, terme d'accouchement, poids du nouveau-né, rupture artificielle de la poche des eaux, utilisation d'ocytocine, primiparité avec un OR pour le sexe de 1,74 ; **p=0,049**.

G. CRITERES PREDICTIFS D'UN ACCOUCHEMENT DANS LES 24 HEURES

Dans cette étude, nous constatons que les sages femmes évaluent correctement le délai d'accouchement puisque 66,2%(n=49) des femmes accouchent à plus de 24h du retour à domicile pour faux travail. Cependant, nous avons observé que 4 patientes ont accouché dans un délai inférieur à 12h, l'exemple de ces cas est résumé ci-dessous.

Cas n°1 : 3^{ème} geste, 2^{ème} pare. 20h00 : L'examen clinique relève un col intermédiaire, mi-long, souple, 2 doigts larges et une présentation appliquée. Les contractions utérines sont irrégulières et bien tolérées par la patiente. 20h15 : Retour à domicile pour faux travail justifié par l'examen clinique. 22h20 : revient à dilatation complète 22h55 : AVB. Délai de 2h55.

Cas n°2 : une 2^{ème} geste, primipare. 11h15. Le col est postérieur, court, souple dilaté à 2 doigt, la présentation fœtale est appliquée, les CU sont irrégulières et peu douloureuses 12h05 retour à domicile devant la faible intensité des CU. 16h50 : revient à dilatation complète. 17h11 : AVB. Délai de 6h04.

Cas n°3 : 5^{ème} geste, 3^{ème} pare. 15h00 : col postérieur, long, tonique, 1 doigt, présentation appliquée, CU irrégulières plus ou moins douloureuses. 15h50 : retour à domicile devant un col non modifié. 19h30 : revient à 6cm de dilatation. 21h56 : AVB. Délai de 6h55.

Cas n°4 : 4^{ème} geste, primipare. 23h20 : col postérieur, mi-long, souple, 2 doigts larges, présentation appliquée, les CU sont régulières de faible intensité. 23h50 : Retour à domicile pour faux travail devant rareté des CU. 2h50 : revient à 4 cm de dilatation. 9h08 : AVB. Délai de 9h48.

L'analyse prédictive d'un accouchement dans un délai inférieur à 12heures n'est pas possible de par le faible effectif des cas (n=4). A défaut, nous avons décidé de rechercher des critères prédictifs d'un accouchement dans les 24 heures.

TABLEAU VII : CRITERES PREDICTIFS D'UN ACCOUCHEMENT DANS LES 24 HEURES A L'ADMISSION N(%)

	Accouchement < 24h	Accouchement ≥ 24h	p
	<i>(n=22)</i>	<i>(n=52)</i>	
Age (ans)	28,5±4,9	28,0±6,1	0,73
IMC (kg/m ²)	21,5±4,4	22,1±3,1	0,53
Primipare (%)	8 (36,4)	22 (42,3)	
Multipare (%)	14 (63,6)	30 (57,7)	0,63
Gestité	2,3±1,3	2,4±1,4	0,75
<u>Sexe foetus :</u>			
Masculin (%)	12 (54,5)	34 (65,4)	0,38
<u>Palper utérin :</u>			
Dos à droite (%)	8 (36,4)	13 (27,7)	0,46
<u>Toucher vaginal :</u>			
Postérieur et intermédiaire (%)	22 (100)	48 (92,3)	0,31
Tonique et intermédiaire (%)	5 (22,7)	19 (36,5)	0,24
Long et mi-long (%)	12 (54,5)	36 (69,2)	0,23
2 doigts et 2 doigts larges (%)	11 (50,0)	26 (50,0)	1,00
Présentation haute et mobile (%)	5 (22,7)	21 (40,4)	0,19
Bishop < 6 (%)	11 (50,0)	38 (73,1)	0,05
Bishop moyen	5,4±1,9	4,5±1,6	0,04
CU irrégulières et anarchiques (%)	21 (95,5)	48 (92,3)	1,00

Les données générales telles que l'âge ou l'IMC ne sont pas prédictives d'un accouchement rapide. De même, la parité ne montre pas de différence significative même si 63,6% des multipares accouchent dans les 24 heures contre 36,4% de primipares. Egalement, le sexe du fœtus, le côté du dos et les caractéristiques du toucher vaginal n'aident pas à prédire un accouchement dans les 24 heures.

Seul le score de Bishop est prédictif avec un résultat proche de la significativité ($p=0,05$) : un Bishop inférieur à 6 prédit à 50% un accouchement au-delà de 24 heures. Cependant, en analyse multi-variée, le score de Bishop (en quantité ou avec un seuil à 6) n'est plus lié à un accouchement dans les 24 heures, en ajustant sur l'âge, la primiparité et l'IMC ($p=0,15$). Néanmoins, en n'analysant que les multipares et en tenant compte de l'âge et de l'IMC, le score de Bishop < 6 est à la limite de la significativité (**$p=0,05$; ORa=4,29[0,98-18,7]**) en modèle complet. En modèle pas-à-pas ascendant, ce résultat devient significatif avec **$p=0,035$ (ORa=4,57[1,1-18,7])**. De même, si on analyse les mêmes critères en séparant les primipares des multipares (Annexe n°5), nous constatons que le score de Bishop est prédictif seulement chez la multipare de manière significative (**$p=0,008$**). Ainsi, nous pouvons supposer que le score de Bishop est le critère qui prédit le mieux un accouchement « imminent » en particulier chez les multipares.

DISCUSSION

I. DISCUSSION METHODOLOGIQUE

A. POINTS FORTS DE L'ETUDE

Notre mémoire s'appuie sur une étude de cohorte selon un mode rétrospectif. Cette méthode d'analyse rencontre une meilleure fiabilité par rapport à une étude cas-témoins, les biais sont moins nombreux. De plus, l'étude de cohorte permet d'estimer l'incidence du faux travail dans une population donnée.

L'étude menée nous a permis de confirmer la définition du faux travail, d'observer les pratiques professionnelles et les répercussions obstétricales, fœtales et néonatales du faux travail. Les résultats nous apprennent que les pratiques professionnelles sont globalement bonnes et que le faux travail n'est pas responsable de conséquences obstétricales, fœtales et néonatales majeures.

B. BIAIS

L'étude comporte peu de biais sur la population étudiée. Les deux populations ne présentent pas de différence significative en ce qui concerne les données générales et les antécédents gynéco-obstétricaux (hors GEU et ATCD de faux travail).

Il existe un biais dû à la sélection des dossiers, seul les femmes ayant accouché au CHU de Nantes et présentant des conditions pour un accouchement à bas risque ont été sélectionnés (grossesse à terme, fœtus singleton en présentation céphalique).

C. LIMITES ET DIFFICULTES

Les limites de l'étude sont tout d'abord dues au nombre de dossier en particulier pour les cas : 74 dossiers. Ce nombre limité ne permet pas d'exploiter tous les résultats comme les critères prédictifs d'un accouchement rapide dans les 12 heures. Une étude sur une période plus étendue, d'un an par exemple, aurait permis une analyse plus globale de la prise en charge du faux travail et de ses répercussions.

De plus, il s'agit d'une étude limitée aux femmes ayant une grossesse à terme, avec un seul fœtus en présentation céphalique. Il est probable que des cas de faux travail se retrouvent dans les populations exclues : déclenchement du travail, utérus cicatriciel, grossesse gémellaire. Cependant, les critères d'exclusion sont nécessaires pour effectuer une comparaison des résultats obstétricaux et néonataux entre les deux populations.

Enfin, l'étude sur un mode rétrospectif limite également les résultats. En effet, les données manquantes sont fréquentes et rendent l'analyse de certaines variables difficiles notamment celle de la douleur. D'autre part, l'étude rétrospective ne permet pas d'évaluer les délais de prise en charge précisément, ni la charge de travail aux urgences et en salle de travail.

Une des principales difficultés lors de l'étude a été le recueil des données. L'identification des cas n'a pas été toujours facile du fait que le diagnostic n'est pas toujours clairement mentionné dans les dossiers. Le faux travail est identifié dans le codage PMSI (O47.1), cependant celui-ci est rarement coté par les professionnels. En raison de la rare cotation du faux travail, les dossiers ont été sélectionnés une première fois sur le cahier d'accouchement pour éliminer les dossiers ayant des critères d'exclusion puis une seconde fois lors de la consultation des dossiers.

Il serait intéressant de compléter cette étude par des questionnaires ou des entretiens auprès des sages-femmes et/ou par une étude des cas de manière prospective. Cette nouvelle étude permettrait d'approfondir les difficultés que rencontrent les sages-femmes dans le diagnostic et la prise en charge du faux travail.

II. RAPPELS DES RESULTATS ET DISCUSSION

- Fréquence du faux travail

Sur une population de 990 naissances, 418 dossiers ont été sélectionnés pour notre étude. Nous avons identifié 74 cas de faux travail ce qui représente un pourcentage de **17,7%**. Cette incidence est supérieure à celle retrouvée dans la littérature. En effet, Arulkumaran ^[5] identifie une fréquence de 10,9% du faux travail (245 cas sur une population de 2238 individus). D'autre part, Fournet P ^[20] estime cette incidence à 10%. Cette différence peut s'expliquer par la sélection des dossiers dans notre étude et par le fait que certains cas identifiés comme faux travail sont en réalité des débuts de travail.

- Antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Nous avons retrouvé dans notre étude une augmentation significative du taux de GEU dans le groupe du faux travail (4,1% ; $p=0,04$). Aucune donnée de la littérature ne retrouve une telle différence. Cependant, Quinn MA ^[40] mentionne que les patientes ayant un épisode de faux travail sont plus susceptibles d'avoir subi une IVG ou une FCS, notre étude ne retrouve pas de différence significative quant à ces variables.

D'autre part, l'étude démontre que les patientes subissant un épisode de faux travail ont plus fréquemment un antécédent de faux travail lors d'une grossesse antérieure. Aucune donnée de la littérature n'expose ce résultat. On peut facilement imaginer qu'une femme ayant subi un épisode de faux travail lors d'une première grossesse est plus sujette à en vivre lors d'une seconde grossesse. Cela peut s'expliquer éventuellement par des raisons obstétricales mais aussi par des raisons psychologiques comme la capacité de la femme à gérer le faux travail. Ces données sont à interpréter avec prudence du fait de nombreuses données manquantes.

- Définition du faux travail

L'étude confirme les définitions du faux travail retrouvées dans la littérature (cf p.10-11). Il s'agit d'un épisode de contractions utérines douloureuses, irrégulières ($p<10^{-5}$) sans modifications cervicales importantes ($p<10^{-5}$) : col en position postérieure ou intermédiaire, de consistance tonique ou intermédiaire, long ou mil-long, fermé ou ouvert à 1 doigt avec une présentation haute et mobile, le score de Bishop est inférieur à 6.

L'état du segment inférieur (amplié ou non amplié) n'a pas pu être exploité dans notre étude. Cet élément clinique est souvent négligé par les professionnels. Toutefois, il serait intéressant de le prendre en compte : un segment inférieur amplié suggère plutôt le diagnostic d'un début de travail, en particulier chez la multipare.

Dans la littérature, seul Magnin ^[43] parle d'un délai d'au moins 24 heures entre faux et vrai travail. Arulkumaran ^[5] a choisit un délai entre 24 heures et 7 jours pour identifier les cas de faux travail. Dans notre étude, le délai séparant le faux travail du « vrai » travail est en moyenne de 5 jours et $14h \pm 6$ jours et 11h. L'étendue des valeurs est grande, le délai minimum étant de 2h04 et le maximum de 25jours. La médiane est plus représentative à 1 jour et 18h. Les résultats se rapprochent de ceux de la littérature : le faux travail survient environ un jour avant le début réel du travail.

- Pratiques professionnelles

Hypothèses de départ : la prise en charge est hétérogène et dépend de nombreux facteurs contextuels.

Le retour à domicile est la CAT la plus proposée en 1^{ère} intention (66,2%). Celle-ci est recommandée par plusieurs auteurs :

- L'OMS ^[15] recommande le RAD après vérification de l'absence d'infection (urinaire notamment) et de rupture des membranes. La femme peut quitter l'établissement après avoir été incitée à revenir si les signes du travail réapparaissent.
- Papiernik E ^[38] propose un RAD devant la disparition des CU et un ERCF normal. De même, Fournet P ^[20] envisage le RAD après la vérification de la normalité de l'ERCF et l'absence d'écoulement de liquide amniotique.
- Greulich B ^[22] indique que s'il n'y a pas de modifications cervicales la femme peut décider de rentrer à domicile.

Notre étude démontre que le retour à domicile est une bonne conduite à tenir puisque dans la majorité des cas les parturientes accouchent à plus de 24 heures de celui-ci. Cependant, 4 patientes accouchent dans un délai inférieur à 12h et 3 patientes reviennent à l'hôpital dans un second temps. On peut supposer que ces 3 patientes n'ont pas été satisfaites de cette première prise en charge. Il faut noter l'importance de prendre en considération le ressenti des femmes au moment de la décision de prise en charge. Greulich B ^[22] indique qu'un RAD peut effrayer la femme parce qu'elle doute de ses capacités à reconnaître son début de travail. De même, Reid L ^[41] met en évidence l'angoisse des femmes, leur sentiment de vulnérabilité en dehors de l'hôpital. Il est important de ne pas négliger la part psychologique du faux travail ; l'article de Nolan M ^[36] montre que la majorité des femmes ne se sentait pas plus rassurée à la suite de la consultation avec la sage-femme. Ces phénomènes contribuent à augmenter le stress lié à la situation du faux travail et entraînent souvent des consultations à répétition.

Au regard de notre étude et de la littérature, le retour à domicile semble être la meilleure conduite à tenir à proposer en cas de faux travail.

L'expectative a été proposée dans 31,1% des cas en 1^{ère} intention. Celle-ci est recommandée par différents auteurs :

- Cabrol D ^[9] préconise l'hospitalisation de la patiente : après un ERCF d'au moins 30 minutes, la patiente est autorisée à déambuler, si les CU cèdent la patiente pourra retourner à domicile.
- Greulich B ^[22] encourage à proposer la déambulation de la femme et à répéter un TV afin d'affiner le diagnostic dans un second temps.

Les propositions lors de l'expectative sont principalement la déambulation plus ou moins associée à un bain ou au ballon. Ces possibilités ont démontré une certaine efficacité et sont dénuées d'effets indésirables :

- Ben Regaya L ^[6] a prouvé que la posture verticale réduit la perception douloureuse ($p < 0,0001$) et réduit de manière significative (de 34%) la durée totale de la dilatation ($p < 0,0001$).
- L'utilisation du bain chaud est recommandée par la revue *Cochrane* ^[13] qui démontre que son utilisation réduit de façon significative le recours à l'analgésie péridurale et procure détente à la patiente.

Il faut noter que le CHU de Nantes bénéficie d'une seule baignoire ce qui est un frein à son utilisation. De plus, notre étude ne permet pas d'observer d'autres pratiques telles que l'acupuncture ou l'homéopathie, celles-ci n'étant pas accessibles au CHU de Nantes. Cela peut être dommageable vu les bénéfices éventuels et l'innocuité de ses méthodes (cf p.22).

Dans notre étude, l'expectative paraît une solution de sécurité puisque qu'aucune femme n'accouche dans un délai rapide (<12heures) après une période de déambulation d'au moins une heure. Une expectative de quelques heures est intéressante pour confirmer le diagnostic dans un second temps.

Les thérapeutiques médicamenteuses sont plus rarement proposées en 1^{ère} intention (2,7%) mais plutôt en 2^{ème} et 3^{ème} intention (15,4% et 14,3%). Certains auteurs conseillent l'utilisation d'un test thérapeutique pour faciliter le diagnostic :

- Cabrol D ^[8] en 1997, propose l'administration de phétidine (50 à 100mg par voie IM) qui inhibe les CU en cas de faux travail. En 2008, Cabrol D ^[9] établit un protocole de prise en charge en cas de faux travail : si la femme ne supporte pas ses CU, il est recommandé d'injecter 5 ou 10mg de Nalbuphine par voie IM, si les CU cessent il s'agit d'un faux travail.
- Fourié A ^[19] propose d'employer un test thérapeutique devant des CU douloureuses, trois thérapeutiques sont citées : la nalbuphine (10mg en sous

cutanée renouvelable une fois), l'hydroxyzine (100mg en IM), salbutamol (voie rectale ou perfusion de 30 à 60 minutes).

- Schaal JP ^[43] ^[44] précise qu'en cas de faux travail l'administration de sédatifs ou de béta-mimétique stoppe les CU.

Dans notre étude, aucun « test thérapeutique » n'a été réalisé. On peut s'interroger sur les bienfaits de cette méthode, en effet la nabalphine ou le salbutamol ne sont pas dénués d'effets indésirables. Ceux-ci peuvent être utilisés dans un second temps après avoir essayé des méthodes non médicamenteuses pour limiter les risques. Les pratiques professionnelles au CHU de Nantes respectent ces principes, en effet la nabalphine n'a été utilisée qu'une seule fois au terme d'une prise en charge longue. Le salbutamol est utilisé dans 2 cas, seulement par voie rectale et après une tentative d'expectative. Ces thérapeutiques doivent être utilisées avec prudence après vérification des contre-indications, sous surveillance médicale et seulement après l'utilisation de moyens non médicamenteux.

D'autre part, nous constatons que la thérapeutique la plus utilisée est le Spasfon® (46%). Bien que la prescription du phloroglucinol au cours de la grossesse soit excessivement fréquente, il n'existe absolument aucune évidence scientifique en faveur de leur efficacité ni même de leur innocuité totale. Aucune étude contrôlée n'a évalué l'efficacité du phloroglucinol en tant que tocolytique. La commission de transparence de l'HAS ^[24] conclut à un service médical rendu faible du Spasfon® dans l'indication de traitement adjuvant des CU au cours de la grossesse en association au repos. De plus, la prescription systématique de Spasfon® entretient la femme dans l'idée que le faux travail est une « pathologie » qui nécessite un médicament. Cependant, on ne nie pas un effet placebo éventuel du phloroglucinol, il peut être utilisé de manière non systématique étant donné le peu d'effets indésirables connus.

L'Atarax® est la 2^{ème} thérapeutique la plus utilisée (27%). Cela peut surprendre car il ne possède ni de propriétés antalgiques, ni de propriétés utéro-relaxantes. Cependant, il peut avoir un bénéfice lorsque les douleurs sont majorées par l'anxiété de la femme. Dans un contexte d'anxiété maternelle, il peut être proposé en 2^{ème} et 3^{ème} intention après vérification des contre-indications.

Dans notre étude, le paracétamol en association avec le phloroglucinol est administré dans un cas avant le retour à domicile et prescrit fréquemment aux femmes retournant à domicile. On peut se demander l'intérêt d'une telle prescription, le paracétamol n'étant pas indiqué dans le traitement des douleurs liées aux CU. La

prescription du paracétamol, seul ou associée à du Spasfon®, ne paraît pas justifiée en cas de faux travail.

Les associations de traitement sont retrouvées à plusieurs reprises dans notre étude (4 cas sur 7). Les associations ne paraissent pas être justifiées d'autant qu'elles risquent d'aboutir à une potentialisation d'effets secondaires plus qu'à une potentialisation de l'efficacité du traitement. En cas de faux travail, la logique serait d'administrer un seul traitement médicamenteux à la fois, d'autant que celui-ci ne nécessite pas forcément de prise en charge médicamenteuse.

La commission des sages-femmes ^[42] du Réseau sécurité naissance indique qu'en cas de faux travail les moyens non médicamenteux sont à utiliser en première intention, puis selon l'évaluation de la douleur un traitement par la nalbuphine est possible.

Les thérapeutiques médicamenteuses peuvent être proposées en seconde et en troisième intention si les CU sont mal supportées par la femme et seulement après l'utilisation de moyens non médicamenteux.

- Influence du contexte sur la prise en charge

Cheyne H ^[12] a effectué des entretiens auprès de 30 sages-femmes afin de déterminer les facteurs influant le diagnostic du travail et la prise en charge proposée. Cette étude sépare les différents facteurs identifiés en deux groupes :

- Ceux liés à la femme : signes cliniques et physiques (TV, CU, histoire de la grossesse), stress et gestion de la douleur (réponse à la douleur, peur, besoin de réassurance), attentes et représentations (médias, préparation anténatale) et facteurs sociaux (entourage, soutien, anxiété du conjoint, distance domicile-hôpital) ;
- Ceux liés à l'institution : facteurs organisationnels (charge de travail, protocole de service, soins limités par les moyens de l'établissement), l'organisation des soins des sages-femmes (manque de continuité, importance de connaître la femme) et le besoin de justifier leurs actions (autre personne au courant de la prise en charge).

Dans notre étude, les facteurs contextuels (jour, nuit, semaine, week-end, distance domicile-hôpital, parité, âge de la patiente, expérience de la sage femme) ne semblent pas modifier les décisions de prise en charge en 1^{ère} intention. Cependant, l'étude rétrospective ne permet pas d'étudier l'impact de la charge de travail aux urgences et

en salle de travail sur les conduites à tenir proposées. Les décisions semblent donc reposer essentiellement sur des arguments cliniques. En pratique et au regard de la littérature, il est probable que les sages-femmes tiennent compte de certaines données liées à la femme mais aussi liées à l'organisation de l'établissement.

Les pratiques professionnelles bien qu'hétérogènes sont globalement bonnes. Une attitude sécuritaire limite les erreurs de diagnostic et les accouchements inopinés. Les conduites à tenir ne semblent pas être influencées par le contexte ; elles sont jugées par les professionnels selon l'examen clinique.

- Conséquences obstétricales, fœtales et néonatales du faux travail

Hypothèses de départ : le faux travail aurait un retentissement obstétrical et/ou un retentissement fœtal et néonatal.

La littérature fait état de l'existence de répercussions obstétricales du faux travail sur le travail ultérieur. Arulkumaran ^[5] démontre une augmentation significative des extractions instrumentales et des césariennes en urgence ($p < 0,001$). Tay Sun Kuie ^[50] remarque une augmentation significative de la durée de travail ($p < 0,01$) et une augmentation des ocytociques plus importante ($p < 0,05$). Tay Sun Kuie ^[50] et Schaubeger ^[45] démontrent que le faux travail expose à plus de dystocie dynamique pour le travail ultérieur. Notre étude confirme en partie ces données. Nous avons constaté une augmentation significative des hypercinésies de fréquence ($p = 0,02$), des ruptures artificielles de la poche des eaux ($p = 0,02$) et de l'utilisation de l'ocytocine ($p = 0,02$) à des doses ($p = 0,02$) et des durées plus importantes ($p = 0,007$). De plus, la durée du travail est également augmentée de façon significative que ce soit pour les primipares ou les multipares ($p = 0,03$ et $p = 0,05$), ce qui s'explique probablement par l'augmentation des dystocies dynamiques. Néanmoins, le taux de césariennes bien que plus important n'est pas différent, il en est de même pour les extractions instrumentales. Certaines hypothèses suggèrent que le faux travail est du à un défaut de coordination neuromusculaire au niveau du myomètre causant des CU inefficaces ^[5]. Nous pouvons supposer que ces anomalies persistent au cours du travail qui s'ensuit, responsables d'une mauvaise coordination de l'activité utérine avec des CU moins efficaces cause de dystocie dynamique et de travail plus long.

D'autre part, certains auteurs mentionnent des répercussions sur le bien-être fœtal. Arulkumaran et al ^[5] et Sun Kuie Tay ^[50] démontrent une augmentation significative des anomalies du RCF. Quinn MA ^[40] montre également une augmentation des liquides amniotiques teintés. Notre étude n'a pas analysé les anomalies du RCF

mais les signes d'hypoxie fœtale et néonatale (LA teinté, pHAo, score d'Apgar). Nous n'avons retrouvé aucun lien entre faux travail et hypoxie fœtale et/ou néonatale à la naissance.

De plus, il est intéressant de noter une augmentation significative du taux d'enfant de sexe masculin dans le groupe du faux travail ($p=0,02$). Aucun article ne présente ce résultat. Néanmoins ; Eogan MP ^[18] a étudié l'influence du sexe fœtal sur le travail et l'accouchement et ont démontré que les complications du travail et de l'accouchement sont plus fréquentes quand l'enfant est un garçon : augmentation du taux de LA méconial ($p<0,0001$), augmentation de la durée de travail ($p<0,001$), diminution du taux d'accouchement voie basse ($p<0,0001$). Le sexe masculin responsable de plus de complications obstétricales, causerait-il plus fréquemment un faux travail ? Une étude à plus grande échelle serait nécessaire pour confirmer ce résultat.

Le faux travail semble entraîner plus de dystocies dynamiques notamment des hypercinésies de fréquence lors du travail ultérieur. Ceci à pour conséquence un travail plus long avec une direction plus active du travail mais sans répercussions obstétricales et fœtales importantes. (Pas d'augmentation du taux de césariennes et des signes d'hypoxie fœtale et néonatale)

III. PRISE EN CHARGE GLOBALE DU FAUX TRAVAIL, ROLE DE LA SAGE-FEMME.

L'examen clinique à l'admission est primordial et conditionne l'exactitude du diagnostic. Un début de travail considéré à tort comme un faux travail peut conduire à des accouchements inopinés. Au contraire, un faux travail considéré comme un début de travail peut conduire à des interventions obstétricales agressives. En effet, Gharoro EP ^[21] a réalisé une analyse rétrospective du devenir du travail et du mode d'accouchement en fonction du diagnostic à l'admission. Il démontre que près de la moitié des femmes caractérisées « début de travail » étaient en réalité en faux travail ou bien en phase de latence du travail. Les conséquences d'une admission précoce en salle de travail sont plus d'interventions obstétricales, les femmes se présentant avec un travail établi (dilatation ≥ 4 cm) ont une augmentation significative du taux AVB eutocique ($p<0,05$). Les variables les plus fortement corrélées au mode d'accouchement sont celles du toucher vaginal en particulier la dilatation cervicale à

l'admission, la fréquence des CU est quant à elle peu corrélée au mode d'accouchement. L'auteur suggère que le premier TV soit réalisé par une personne qualifiée à l'admission afin de limiter les erreurs de diagnostic.

Pour faciliter le diagnostic du faux travail, notre étude a tenté d'identifier des critères prédictifs d'un accouchement rapide dans les 24 heures. Les différents éléments du toucher vaginal ne prédissent pas de manière significative un accouchement rapide. En revanche, le score de Bishop semble être le critère sur lequel on peut le plus s'appuyer pour prédire un accouchement « imminent », surtout chez le multipare ($p < 0,05$). Nous pouvons considérer qu'un score de Bishop supérieur ou égal à 6 oriente plus vers un début de travail et nécessite un délai d'observation supplémentaire avant un retour à domicile.

Il est vrai que l'examen clinique est l'élément majeur pour établir le diagnostic du faux travail. Cependant, il paraît important de considérer également le vécu et le ressenti de la femme.

La considération de la **douleur** est essentielle, Wuitchik ^[53] démontre que la douleur et le stress vécu pendant la phase de latence augmentent de façon significative la durée de travail. De plus, la prise en charge de la douleur au cours du travail et de l'accouchement est un élément important de la satisfaction de l'usager comme l'a démontré Waldenström ^[52] dans son étude. Notre étude n'a pas pu évaluer la douleur des femmes au cours du faux travail ni sa prise en compte par la sage-femme. Cette difficulté est due à la rare utilisation de l'EVA, il serait intéressant de développer cette pratique qui pourrait aider les sages-femmes à juger de la douleur de la femme et ainsi à mieux la prendre en charge. Selon l'AFSSAPS ^[2], la douleur est dite modérée lorsque l'EVA est cotée supérieure à 4 et intense lorsque l'EVA est supérieure à 7. Au regard de notre étude et de la littérature, une douleur cotée supérieure ou égale à 5 nécessite un délai d'observation supplémentaire avant le retour à domicile.

D'autre part, Gross M ^[23] reporte que la différence en heure entre le propre diagnostic de la femme « qui se sent en travail » et le diagnostic médical par la sage-femme est un facteur pronostic significatif de la durée du travail : un délai important correspond à une première phase de travail plus longue. D'où, il paraît important d'accorder un temps d'écoute à la femme, de la questionner sur **ses perceptions et ses ressentis**. Nolan M ^[36] relève que les femmes étaient insatisfaites quand elles sentaient que la sage-femme n'était pas réceptive à leurs perceptions. La sage-femme doit porter attention à l'angoisse des femmes et tenter de les rassurer sur leurs

compétences pour augmenter leur sentiment de sécurité en particulier en cas de retour à domicile. Effectivement, Reid L ^[41] a remarqué que c'est particulièrement le sentiment de vulnérabilité et d'insécurité des femmes qui les amène à consulter plusieurs fois avant le début réel du travail.

Le diagnostic et la prise en charge du faux travail doit évidemment s'appuyer sur des éléments cliniques, en particulier sur le score de Bishop, pour limiter les erreurs diagnostiques. Cependant, la prise en charge doit être conditionnée par des facteurs psychologiques et sociaux, le rôle de la sage-femme est de porter attention à ces facteurs, en accordant écoute et considération aux perceptions des femmes. Ces éléments sont d'autant plus importants aujourd'hui, dans une politique de gestion du risque et de prise en compte de la satisfaction des usagers.

- Rôle de la préparation à la naissance

Une des principales causes de consultation des femmes pour faux travail est le manque d'information. Nolan M ^[37] constate que les sources d'information le plus couramment utilisées par les femmes enceintes sont les sites web et les livres. Les amis et la famille restent une source d'information importante avant les professionnels de santé. Les informations qu'elles reçoivent peuvent parfois être erronées et créer à tort des angoisses. La revue *Cochrane* ^[28] a démontré que l'éducation anténatale est associée à une diminution du nombre de visites avant le début de travail. Le rôle de la sage-femme est de fournir aux femmes des informations précises sur le début de travail en leur donnant des repères dans le temps. Cependant, il faut leur préciser que le travail n'est pas identique pour toutes : il peut mettre plusieurs heures ou jours à s'installer réellement. Il faut également donner aux femmes des moyens pour gérer leurs CU à la maison, en les aidant à réfléchir sur ce qui pourra les aider ou non (technique de respiration, de relaxation, prendre un bain, détourner son attention des CU...). Nous proposons un guide destiné aux femmes, qui pourrait leur être remis lors d'une consultation de fin de grossesse ou lors d'une consultation aux urgences pour faux travail. (Annexe n°6)

- Réflexion sur la notion du « faux travail »

Ce mémoire nous a amené à nous questionner sur notre propre vision du faux travail.

Doit-on toujours parler de « faux travail » ? Reid L ^[41] démontre que le terme « non en travail » n'est pas sans impact sur le psychisme des femmes. Le faux travail sous-entendrait que les femmes ont des contractions utérines « pour rien » ou bien

« pour de faux », ce terme tend à minimiser le ressenti des femmes. Il serait peut-être plus juste de qualifier ce phénomène de « pré-travail » comme le suggère Greulich B ^[22], ou CU de préparation, de maturation du travail, comme c'est le cas dans d'autres pays européens (Annexe n°2). De plus, ces termes pourraient réduire le caractère « pathologique » de cette entité clinique. Le faux travail est un phénomène physiologique de la grossesse qui survient régulièrement chez les femmes à terme. Il est important d'expliquer cela aux patientes pour leur permettre de vivre mieux cet épisode et de leur assurer que c'est normal. De même, les professionnels pourraient le prendre en charge comme un phénomène physiologique ne nécessitant pas forcément de médicaments.

IV. PROPOSITIONS

Devant une femme à terme avec un singleton en présentation céphalique :

Le diagnostic du faux travail repose sur l'analyse des contractions utérines : elles sont le plus souvent irrégulières ainsi que sur le toucher vaginal (position, consistance, longueur, dilatation, hauteur de la présentation) : il n'y a pas de modifications importantes, la présentation est le plus souvent haute et mobile et la dilatation cervicale inférieure à 2 doigts.

Les possibilités de prise en charge :

- **le retour à domicile** après vérification de la normalité de l'ERCF et l'absence de rupture des membranes. Il peut être proposé en 1^{ère} intention lorsque le Bishop est inférieur à 6, en particulier s'il s'agit d'une primipare.
- **l'expectative** comportant une proposition de déambulation plus ou moins associée à un bain chaud. Elle est proposée en 1^{ère} intention lorsque que le Bishop est supérieur ou égal à 6, en particulier chez la multipare.
- **Une thérapeutique médicamenteuse**. Elle est déconseillée en première intention et de manière systématique. Elle peut être proposée en seconde intention devant des CU mal supportées et si les méthodes non médicamenteuses se relèvent inefficaces : par ordre croissant : Spasfon®, Atarax® et nalbuphine®.

Il faut prendre en compte également les facteurs psychologiques et sociaux, si l'un deux est présent on proposera une expectative d'au moins une heure en 1^{ère} intention:

- **La douleur** : EVA côté supérieure ou égale à 5.
- **L'Angoisse** : angoisse importante, refus de RAD en 1^{ère} intention, difficulté à gérer la douleur.
- **Facteurs sociaux** : distance domicile-hôpital supérieure à une heure ou patiente isolée sans soutien extérieur.

Nous pouvons constater que les alternatives aux thérapeutiques médicamenteuses sont faibles au CHU de Nantes. Il serait très intéressant de développer des méthodes dites alternatives comme l'homéopathie et l'acupuncture, surtout dans le cas du faux travail ne nécessitant pas forcément des traitements médicamenteux. La formation et l'encouragement des équipes à ces pratiques est une proposition envisageable.

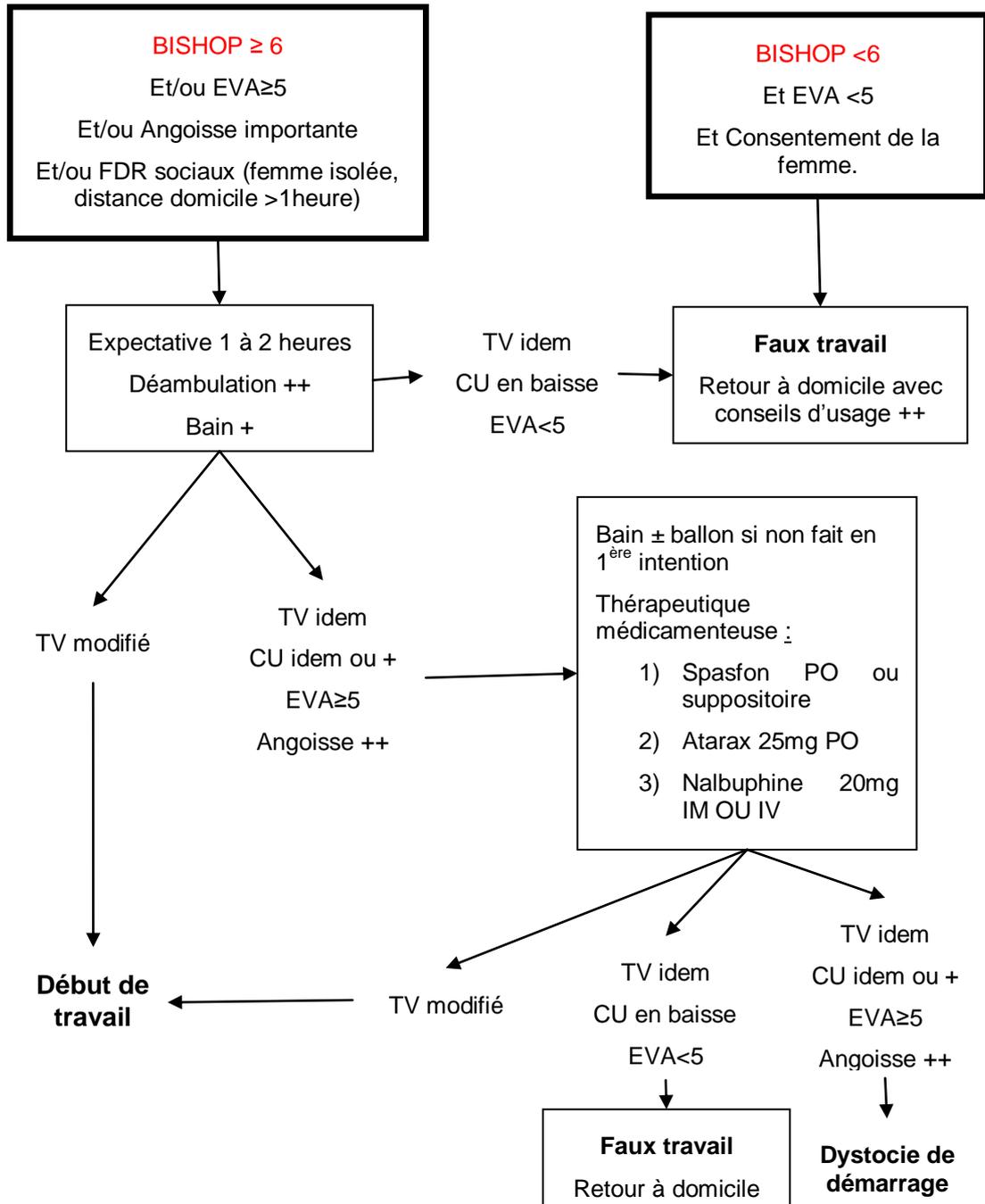
Propositions pour la prise en charge du faux travail au CHU de Nantes

(Pour une patiente à terme avec un singleton en présentation céphalique)

Faux travail = Episode de CU douloureuses, irrégulières sans modifications cervicales importantes chez une patiente à terme avec des membranes intactes. Les CU cessent spontanément après quelques heures.

Suspicion faux travail :

CU irrégulières + modifications cervicales faibles (voir TV précédent)



Les conseils d'usage doivent comprendre : les motifs de consultation (diminution des MAF, perte de LA, métrorragies, fièvre, chute sur le ventre), explications du phénomène du faux travail+ conseil pour gérer la douleur à domicile+explications des signes francs de travail.

CONCLUSION

Le faux travail est un phénomène courant au cours de la grossesse. Celui-ci ne nécessite pas de traitement médicamenteux systématique et le retour à domicile est la conduite à tenir la plus appropriée.

L'étude menée dans ce mémoire ne montre pas de lien entre le faux travail et des conséquences obstétricales, fœtales ou néonatales importantes. Si celui-ci est de bon pronostic habituellement, il n'est pas à négliger pour autant. La douleur et le ressenti des femmes sont essentiels à prendre en compte. Chaque femme est différente et chacune vivra différemment cet épisode transitoire ; le faux travail peut se révéler être une source d'angoisse et de doutes sur sa capacité à reconnaître le début de travail. La sage-femme doit adopter une attitude de soutien envers les femmes et tenter de les rassurer avant le retour à domicile.

Ce mémoire suggère qu'une meilleure éducation des femmes au cours de la grossesse est indispensable. L'information des patientes leur permettrait de mieux connaître et donc de mieux accepter le phénomène du faux travail et ainsi de mieux le surmonter.

Pour mieux cibler les attentes des femmes et les difficultés que rencontrent les sages femmes au cours du faux travail, il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sous forme d'entretiens ou de questionnaires auprès des femmes et des sages-femmes.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Académie de médecine Milliez J et al. *Dictionnaire de gynécologie-obstétrique*, conseil international de la langue française, 1999; 597 : 191et 164
- [2] AFSSAPS. *Prise en charge des douleurs de l'adulte modérées à intenses* - Mise au point, 2010. Consultable sur :
- <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prise-en-charge-des-douleurs-de-l-adulte-moderees-a-intenses-Mise-au-point>
- [3] Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol*,1996; 87(3):355-359.
- [4] Alexandrova M, Soloff MS.Oxytocin receptors and parturition. II- Concentrations of receptors for oxytocin and estrogen in the gravid and nongravid uterus at term. *Endocrinology*, 1980; 106(3):736-738
- [5] Arulkumaran S, Michelsen J, Ingemarsson I et al. Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor. *Am J Obstet Gynecol*, 1987 ; 157(1):17-20.
- [6] Ben Regaya L, Fatnassi R, Khelifi A et al. Intérêt de la déambulation au cours du travail obstétrical : étude prospective randomisée de 200 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2010; 39(8): 659-662
- [7] Berland M. Physiologie du déclenchement spontané du travail. *Encycl Med Chir Obstétrique*. Elsevier Masson, 1995, 5-049-D-22
- [8] Cabrol D, Carbonne B, Lucidarme P et al Dystocie dynamique. *Encycl Med Chir Obstétrique*. Elsevier Masson, 1997, 5-064-A-10 ; 29 : 22-23
- [9] Cabrol D, Goffinet F. Dystocie dynamique et mécanique. *Protocoles cliniques en obstétrique ABREGES*. 3ème édition Masson, 2008; 189: 151-153
- [10] Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. Première période de travail. *Traité d'obstétrique*. Medecine Sciences Flammarion, 2003 ; 1157 : 741-747
- [11] Charvet C, Demonceaux A, F Donner. *Thérapeutiques homéopathiques schémas et protocoles en gynécologie obstétrique*. CEDH, 2010; 203: 10-13
- [12] Cheyne H. Making the diagnosis of labour : midwives' diagnostic judgement and management decision. *Journal of Advanced Nursing*, 2006; 53(6): 625-635

[13] Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth, *Cochrane Database of systematic Review*, 2009; 2: CD000111.DOI: 10;1002/14651858.CD000111.pub3 consultable sur

<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000111.html>

[14] Courbe cervicométrique de Fredman consultable sur

<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/15001ico.asp>

[15] Département Santé et recherches génésiques. *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*, 2002; 432: S65-S76 consultable sur :

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_fre.pdf

[16] Desormaux, Dubois. *Dictionnaire de médecine* Tome premier. 2^{ème} édition Librairie de la faculté de médecine Paris, 1832 ; 681 : 380-381

[17] DRESS. *Situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale*, 2011 consultable sur :

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>

[18] Eogan MA, Geary MP, O'Connell MP et al. Effect of foetal sex on labour and delivery : restropective review. *BMJ*, 2003; 326(7381): 137

[19] Fourié A, Parant O, Despats R. La direction du travail. *Pratique de l'accouchement*. 4ème édition Masson, 2006; 553 : 38-39 et 162-163

[20] Fournet P, Grout M-A. Anomalies de la première phase de travail. *Traité d'obstétrique*. Elsevier Masson, 2010; 657: 394-395

[21] Gharoro EP, Enabudoso EJ. Labour management: an appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *J Obstet Gynaecol*, 2006; 26(6): 534-537

[22] Greulich B, Tarrant B. The latent phase of labour : diagnosis and management. *J Midwifery women health*, 2007; 52(3): 190-198

[23] Gross M, Burian A, Frömke C et al Onset of labour: women's experiences and midwives' assessments in relation to first stage duration. *Arch Gynecol Obstet*, 2009; 280(6): 899-905

[24] Haute Autorité de santé- *Commission de transparence Spasfon®*, Avis du 22 juin 2011. Consultable sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/sfasfon_-_ct-9243.pdf

[25] Impey L, Hobson J, O'Herlihy C. Graphic analysis of actively managed labor: Prospective computation of labor progress in 500 consecutive nulliparous women in spontaneous labor at term. *Am J Obstet Gynecol*, 2000; 183(2): 438-443

[26] Journal officiel de la République française du 20 octobre 2011. *Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires* consultable sur <http://www.onssf.org/Documents/prescription%20médicament%20SF%20JO%2020%20oct.pdf>

[27] Lansac J, Body G. Physiologie de la grossesse à terme et du travail. *Pratique de l'accouchement*. 4^{ème} édition. Masson, 2010 ; 657 : 9-17

[28] Lauzon L, Hodnett ED. Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998, 2: CD000935. DOI : 10.1002/14651858.CD000935. Consultable sur :

<http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab000935.html>

[29] Lee H, Ernst E. Acupuncture for labor management: A systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 2004; 191(5): 1573-1579

[30] Littré E. De la nature de l'enfant. *Œuvres complètes d'Hippocrate* volume 7. JB Baillière et fils Paris, 1846 ; 615 : 531-532

[31] Littré E. *Dictionnaire de médecine de chirurgie, de pharmacie*. 21^{ème} édition JB Baillière et fils Paris, 1905 ; 1842 : 644 et 1440.

[32] Lopes P, Lerat MF. Déclenchement de la parturition humaine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1984 ; 13(1): 13-20

[33] Mavel A. *Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique*. Arnette éditions, 1990; 562 : 202-203 et 170

[34] Merger R, Lévy J, Melchior J. Dystocie dynamique. *Précis d'obstétrique*. 6^{ème} édition Masson Paris, 2001; 597: 307

- [35] Mignon A, Mercier F, Verroust N. Analgésie obstétricale : alternatives à la péridurale. *Extraits des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique CNGOF*, 2007: 57-65
- [36] Nolan M, Smith J, Catling J Experiences of early labour Contact with health professionals. *Pract Midwife*, 2009; 12(7) (8): 20-25, 36-37
- [37] Nolan M, Smith J, Catling J Experiences of early labour: "Any further comments?" What women told us. *Pract Midwife*, 2009; 12(9): 35-37
- [38] Papiernik E, Cabrol D, Pons JC. L'accouchement. *Obstétrique*. Médecine-sciences Flammarion Paris, 1995 ; 1585 : 1079-1080
- [39] Pottecher J, Benhamou D. Douleur et analgésie obstétricales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2004; 33(3): 179-191
- [40] Quinn MA, Murphy AJ, Gallagher J."Spurious" labour - does it matter? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 1981; 21(3): 167-169. Consultable sur:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6949570>
- [41] Reid L. "Not in labour": how women feel. *Pract Midwife*, 2008; 11(8): 37-39
- [42] Réseau sécurité naissance - Commission des sages-femmes. *Prise en charge de la douleur en obstétrique par les sages femmes*, 2011.
- [43] Schaal JP, Riethmuller D, Martin A. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. *Encycl Med Chir Obstétrique*. Elsevier Masson, 1998, 5-049-D-27 ; 35: 15-16
- [44] Schaal JP et al. Dilatation cervicale. *Mécanique et Techniques obstétricales*. Sauramps Médical, 2008; 920: 238-240
- [45] Schauburger C. False Labor. *Obstet Gynecol*,1986; 68(6): 770-772.
- [46] Schwarz BE, Milewich L, Jonhston JM et al. Initiation of human parturition. V. Progesterone binding substance in fetal membranes. *Obstet Gynecol*, 1976; 48(6):685-689. Consultable sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/995339>
- [47] Sills ES, Baum JD, Ling X et al. Durée moyenne du travail spontané chez les primipares chinoises. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997; 26(7): 704-710.

[48] Smith CA, Collins CT, Cyna AM et al. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006; 2: CD003521. DOI: 10.1002/14651858.CD003521.pub2.Consultable sur:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003521.pub2/pdf/abstract>

[49] Stéphan JM. L'acupuncture autour de la naissance: bases scientifiques et états de lieux. *La Revue Sage-Femme*, 2010; 9(2): 93-97

[50] Sun Kuie Tay. Spurious labor: a high risk factor for dysfunctional labor and fetal distress. *Int J Gynecol Obstet*, 1991; 36(3): 209-213

[51] VIDAL dictionnaire, 2009

[52] Waldenström U. Experience of labor and birth in 1111 women. *J Psychosom Res*, 1999; 47(5):471-482.

[53] Wuitchik M, Bakal D, Lipshitz J. The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor. *Obstet Gynecol*, 1989; 73(1): 35-43

Thèse et Mémoire :

[54] DEGUILLAUME M. *Etude expérimentale de l'action du Caulophyllum dans le faux travail et la dystocie de démarrage*. Thèse pour le doctorat d'Etat en médecine. Université de Limoges. 1981

LISTE DES ANNEXES :

Annexe n°1 : Grille de recueil

Annexe n°2 : Le faux travail sur Internet

Annexe n°3 : Entretien téléphonique avec des sages-femmes ayant exercé à l'étranger

Annexe n°4 : Score de Bishop

Annexe n°5 : Critères prédictifs d'un accouchement dans les 24 heures chez la primipare et chez la multipare

Annexe n°6 : Guide destiné aux femmes : comment reconnaître le début de travail ?

ANNEXE N°1 : GRILLE DE RECUEIL

Grille de recueil n° :.....

CAS NON CAS

Généralités :

IPP :

Age :

Taille :

Poids avant grossesse :kg
IMC (épidata)

Catégorie socioprofessionnelle :

Mère

- 1- Agriculteurs exploitants (11-12-13)
- 2- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (21-22-23)
- 3- Cadres, professions, chef d'entreprise (31-33-34-35-37-38)
- 4- Professions intermédiaires (42-43-45-46-47-48)
- 5- Employés (52-53-54-55-56)
- 6- Ouvriers (62-63-64-65-67-68-69)
- 7- Retraités (71-73-73-75-77-78)
- 8- Autres sans activité professionnelle (81-83-84-85)

Père

- 1- Agriculteurs exploitants (11-12-13)
- 2- Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (21-22-23)
- 3- Cadres, professions, chef d'entreprise (31-33-34-35-37-38)
- 4- Professions intermédiaires (42-43-45-46-47-48)
- 5- Employés (52-53-54-55-56)
- 6- Ouvriers (62-63-64-65-67-68-69)
- 7- Retraités (71-73-73-75-77-78)
- 8- Autres sans activité professionnelle (81-83-84-85)

Tabagisme pendant la grossesse :

- 1- Oui toute la grossesse
- 2- Oui début de grossesse
- 3- Non

Distance domicile-hôpital :

Adresse :

.....

En km :

En durée (CHU-domicile) : (En min)

Cours de préparation à la naissance :

- 1- Oui
- 2- Non
- 3- Ne sait pas

ATCDS gynécologiques :

Conisation : 1- oui
2 – non

Cerclage : 1- oui
2- non
Autre pathologie cervicale :

ATCDS obstétricaux :

Gestité : Parité :

FCS : IVG :

GEU :

ATCD de faux travail : 1-oui/ 2-non /3-
ne sait pas

ATCD de dystocie de démarrage : 1-oui/
2-non/ 3-ne sait pas

ATCD de dystocie dynamique : 1-oui/ 2-
non/ 3- ne sait pas

Pathologie en dehors ou au cours de la
grossesse :

Admission :

Date d'admission :/ /.....
(Semaine –weekend)

Heure d'admission :h..... (jour-
nuit)

Terme :SA

Sage-femme à l'admission :

Année du diplôme :

Ecole de formation :

1- Nantes
2- Autres que Nantes :

Examen clinique :

Palper utérin :

1- Dos à droite
2- Dos à gauche

Caractéristique des CU (selon analyse
de la sage-femme) :

1- Régulières
2- Irrégulières
3- Anarchiques
4- aucune

Douleur de la CU :

1- Non douloureuse
2- Faible intensité
3- Intensité modéré
4- Forte Intensité
5- Non renseigné

EVA :

1- côté
2- Non côté
EVA côté :

Toucher vaginal :

Position :

1- Postérieur
2- Intermédiaire
3- Centré
4- Antérieur

Longueur :

1- Long
2- Mi-long
3- Court
4- Epais
5- Effacé

Consistance :

1- Tonique
2- Intermédiaire
3- Souple

Dilatation :

1- Fermé
2- 1 doigt
3- 2 doigts

- 4- 2 doigts larges
 - 5- >2 doigts
- Segment inférieur

- 1- Amplié
- 2- Non amplié
- 3- Epais
- 4- Non renseigné

Présentation :

- 1- Haute et mobile
- 2- Appliquée
- 3- Fixée

Score de BISHOP :

Au terme de la consultation :

Diagnostic posé :

- 1- Faux travail (cas)
- 2- Début de travail spontané (non cas)
- 3- Début de travail déclenché (maturation, déclenchement)

Heure diagnostic :H.....

Délai admission-diagnostic (épidata)

Conduite à tenir proposée en 1^{ère} intention :

- 1- Retour à domicile
- 2- Expectative
- 3- Thérapeutique médicamenteuse

Retour à domicile :

Arguments exposés :

- Parité
- Distance géographique
- Examen clinique
- Pas d'arguments

Prescription médicamenteuse :

- 1- Oui
- 2- Non

Si oui laquelle :

Expectative :

Déambulation : 1- oui / 2- non

Bain chaud : 1-oui / 2- non

Ballon : 1-oui / 2- non

Autres :

Thérapeutique médicamenteuse :

Lequel :

Voie d'administration :

CAT à l'issue de la première PEC :

- 1- Retour à domicile
- 2- Expectative
- 3- Thérapeutique médicamenteuse
- 4- Déclenchement, maturation

N° 2 Retour à domicile :

Arguments exposés :

- Parité
- Distance géographique
- Examen clinique
- Pas d'arguments

Prescription médicamenteuse :

- 1- Oui
- 2- Non

Si oui laquelle :

N°2 Expectative :

Déambulation : 1- oui / 2- non

Bain chaud : 1-oui / 2- non

Ballon : 1-oui / 2- non

Autres :

N°2 Thérapeutique médicamenteuse :

Lequel :

Voie d'administration :

CAT à l'issue de la deuxième PEC :

- 1- Retour à domicile
- 2- Expectative
- 3- Thérapeutique médicamenteuse
- 4- Déclenchement, maturation

N° 3 Retour à domicile :

Arguments exposés :

- Parité
- Distance géographique
- Examen clinique
- Pas d'arguments

Prescription médicamenteuse :

- 1- Oui
- 2- Non

Si oui laquelle :

N°3 Expectative :

Déambulation : 1- oui / 2- non

Bain chaud : 1-oui / 2- non

Ballon : 1-oui / 2- non

Autres :

N°3 Thérapeutique médicamenteuse :

Lequel :

Voie d'administration :

CAT à l'issue de la troisième PEC :

- 1- Retour à domicile
- 2- Expectative
- 3- Thérapeutique médicamenteuse
- 4- Déclenchement, maturation

Date fin du faux travail : /.... /.....

Heure fin du faux travail :h..... (Délai dg-fin)

Récidives de faux travail : 1-oui / 2- non

Date dernier faux w : /... /..... Heure :h.....

Déroulement du travail :

Date : /.... /.....

Heure début de travail (3cm) :h.....

Délai faux travail- début de travail (épidata)

Début de travail :

- 1- Spontanée
- 2- Maturation Indications :
- 3- Déclenchement Indications :
- 4- Direction du travail Indications :.....

Analgsie péridurale 1- oui / 2- non

Présentation d'engagement :

- 1- Variété antérieur (OIGA / OIDA)
- 2- Variété postérieur (OIGP, OIDP)
- 3- Ne sait pas

Dystocie dynamique au cours du travail :

- Hypocinésie de fréquence, d'intensité
- Hypercinésie de fréquence, d'intensité
- Hypertonie
- Dystocie cervicale, stagnation de la dilatation

Ocytocine 1- oui / 2- non
mUI / mn final :
Durée d'administration :
Indication :

Rupture de la poche des eaux

- 1- spontanée
 - 2- artificielle
- Couleur du LA :

- 1- Clair
- 2- Teinté
- 3- Méconial
- 4- Autres : rosé, sanglant

Anomalies du rythme cardiaque fœtal :

1-oui / 2- non

Heure de naissance :h.....

Accouchement :

Mode d'accouchement :

AVB 1-oui / 2- non

Extractions instrumentales :

- 1- Ventouse
- 2- Forceps
- 3- Spatules

Césarienne :

- 1- Césarienne itérative : pour les non Ip avant le travail
- 2- Cause fœtale : présentation, BDC anormaux, RCF anormal, macrosomie
- 3- Cause obstétricale : HRP, procidence du cordon, dystocie dynamique ou mécanique
- 4- Indications mixtes : fœtale + maternelle, fœtale+obstétricale, maternelle+obstétricale

Délivrance :

- 1- Délivrance complète (naturelle ou dirigée)
- 2- Révision utérine seule
- 3- Délivrance artificielle, révision utérine

Hémorragie de la délivrance : 1-oui/2- non

Quantité de sang perdu :

Etat de l'enfant :

Apgar à 1 min : Apgar à 5min :

PH à l'AO :

Poids : Sexe : 1- masc / 2- fem

Geste de réanimation (à partir du ballon) : 1-oui / 2- non

Transfert néonatal : 1-oui/2-non

Annexe n°2 : le Faux travail sur internet

Faux-travail. Rrrr !!!

Outils du sujet ▾

Mot : Pseudo : Filtrer +1 0

05/07/2008 13h18 #1

DOMAT ◦
Je suis nouvelle
Inscrit :
Juillet 2005
Messages:
59

Cette nuit, je suis partie à la mater. J'avais plein de contractions douloureuses et régulières. Pour moi, c'était le jour J (avec quand même un mois d'avance). Je reconnaissais les signes comme c'est mon 2ème loulou. J'étais dilatée à 1. Sauf qu'au bout de 3 ou 4 heures, plus rien. Je suis donc retournée chez moi. Avez vous vécu la même chose ? Combien de temps après avez vous accouché ?

05/07/2008 16h47 #2

willadmim ◦
Je déballe les paquets
Lieu:
Haut-Jura
Messages:
3 408

Coucou Domat ! La semaine dernière, jeudi soir, j'ai eu comme toi des contractions hyper douloureuses, avec tiraillement dans les reins (le grand signe pour moi) mais comme c'est mon 3ème et que j'avais pas envie de me faire avoir par le coup de faux travail, j'ai cherché des positions pour me détendre, je me suis même assise sur le ballon sauteur de ma fille (la tête de mon homme !!!!!) et ça a passé au bout de 2 heures. Mais j'étais pas loin de partir, et pourtant, 8 jours après, je n'ai toujours pas accouché ! Alors patience, patience ... Gros bisous et bon courage en attendant le jour J.

Consultable sur : <http://forum.magicmaman.com/magicmaman/Accouchement/faux-travail-rrrr-sujet-3662762-1.htm>

Contraction de non travail passe avec du spasfon en suppo

Ejr,

Je suis aussi à 37sg et mon col est ouvert à 1,5.

J'ai eut des contractions répétées toutes les 5 minutes mais ce n'était pas des contractions de travail.

Pour faire la différence, la SF m'a donné des suppo de Spasfon qui font disparaître "les fausses" contractions.

Sinon tu peux tjrs aller consulter car il vaut mieux se tranquiliser sur la question.

Bon courage

posté le 6/07/06 à 16:40



alerter



Répondre

J'ai eu 2 faux travail

et je savais au plus profond de mon être que ce n'était pas pour tout de suite. Et lorsque le 3ème travail est arrivé je savais, c'était comme une évidence, que j'allais accoucher et ça n'a pas loupé. Une femme enceinte a réellement un 6ème sens alors écoute le.

Bon courage

posté le 28/06/06 à 22:00

Consultable sur :

http://forum.aufeminin.com/forum/grosaccouchement/___f2821_grosaccouchement-Vrai-ou-faux-travail.html

Bas de page	
Auteur	Sujet : Faux travail depuis une semaine
izooboo 	Posté le 10-03-2011 à 09:36:49   Bonjour à toutes, Je vous écris car je suis vraiment perplexe... J'en suis à 39 Sem + 4 , 2e bébé. Depuis une semaine, j'ai des contractions relativement fortes, mais trop courtes et irrégulières (mais quand même assez fréquentes). Je me suis rendue à l'hôpital avec des contractions à toutes les 3-4 minutes; et puis... RIEN!!!! Depuis 10 jours que j'en suis à 2 cm et ce, malgré avoir perdu le bouchon muqueux lundi (07.03); je me réveille pendant la nuit pensant que ça y est, etc. Misérable! Crevée! Impatiente! Irritable!  La fatigue m'a rendue harpie 😊 😊 Le gyneco pense qu'il faut attendre un peu. Y a-t-il quelqu'une qui a vécu quelque chose de semblable ou que peut-on faire pour "encourager" naturellement cette petite à arriver au plus vite???
titissia60 Maëlle 3k465 et 52cm d'amour Profil : Doctinaute d'argent 	Posté le 10-03-2011 à 10:14:07   courage j'ai vécu ça pour ma 2eme 15j de faux travail inactif sur le col  -----

Consultable sur :

http://forum.doctissimo.fr/grossesse-bebe/accouchement/faux-travail-semaine-sujet_170125_1.htm

ANNEXE N°3 : ENTRETIEN TELEPHONIQUE AVEC DES SAGES FEMMES AYANT EXERCE A L'ETRANGER

Nom, prénom	nationalité	Lieu de formation	Lieux d'exercice	Réponses
SF n°1	Française	Suisse	Suisse	Faux travail abordé pendant les études, définition idem qu'en France Prise en charge identique à la France. Parfois administration de Gynetral 50mg 2 comprimés pour stopper les CU
SFn°2	Anglaise	Grande-Bretagne	Grande-Bretagne France	Qualifier de « false labour », « spurious labour »: CU erratiques ± douloureuses avec un col non raccourci et pas de dilatation cervicale. En pratique : terme peu utilisé, plus souvent qualifié de CU de maturation Les femmes se présentent moins rapidement à la maternité, pas de prise en charge particulière : éviter les admissions trop précoces, moins de TV pendant la phase de latence, soutien de la femme
SF n°3	Allemande	Allemagne	Allemagne France	Pas de terme faux travail en allemand, on parle de phase préparatoire du travail. Pas de protocole de prise en charge, la CAT dépend du professionnel, les femmes acceptent plus facilement la phase de préparation du travail, le rôle de la SF est de rassurer la femme.
SF n°4	Française	Belgique	France	Faux travail utilisé en Belgique comme en France Prise en charge identique
SF n°5	Anglaise	Grande-Bretagne	Irlande Angleterre	Le terme de faux travail n'est pas beaucoup employé. On parle parfois de travail lent (slow labour) : ce sont des CU plus intenses que celles de Bratxon Hicks et qui commencent la maturation du col Il n'y a pas de prise en charge à part l'éducation des patientes. Quand la tête est suffisamment appliquée on peut réaliser un décollement des membranes.

Questions :

Connaissez-vous le terme de faux travail ? Si oui comment le définissez-vous ? Si non quel terme utilisez-vous ? Quelle prise en charge employez-vous ? Avez-vous connaissance d'une différence avec la prise en charge en France

Annexe n°4: Score de Bishop

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	fermé	1 – 2 cm	3 – 4 cm	≥ 5
Effacement du col utérin	0 – 30 %	40 – 50 %	60 – 70 %	> 80 %
Consistance du col utérin	ferme	moyenne	molle	
Position du col utérin	postérieure	centrale	antérieure	
Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	mobile (3 cm au-dessus)	amorcée (2 cm au-dessus)	fixée (< 1 cm au-dessus)	engagé (1 – 2 cm au-dessous)

Valeurs du score : de 0 à 13 ; score ≥ 7 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares).

Consultable sur :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf

**ANNEXE 5 : CRITERES PREDICTIFS D'UN ACCOUCHEMENT DANS LES 24 HEURES
CHEZ LA PRIMIPARE ET LA MULTIPARE**

**TABLEAU VIII : CRITERES PREDICTIFS D'UN ACCOUCHEMENT DANS LES 24HEURES A
L'ADMISSION CHEZ LA PRIMIPARE (N=30)**

	Accouchement < 24h	Accouchement > 24h	p
	n=8	n=22	
Age (ans)	27,0±3,2	24,9±5,7	0,33
IMC (kg/m ²)	23,6±6,2	22,4±3,0	0,49
Gestité	1,1±0,3	1,4±0,8	0,37
<u>Sexe foetus :</u>			
Masculin (%)	6 (74,0)	14 (63,6)	0,68
<u>Palper utérin :</u>			
Dos à droite (%)	2 (25,0)	10 (50,0)	0,40
<u>Toucher vaginal :</u>			
Postérieur et intermédiaire (%)	8 (100)	20 (90,9)	1,00
Tonique et intermédiaire (%)	3 (37,5)	8 (36,4)	1,00
Long et mi-long (%)	4 (50,0)	12 (54,5)	1,00
2 doigts et 2 doigts larges (%)	1 (12,5)	8 (36,4)	0,37
Haute et mobile (%)	2 (25,0)	9 (40,9)	0,67
Bishop<6 (%)	2 (25,0)	7 (31,8)	1,00
Bishop moyen	4,50±2,07	4,32±1,70	0,81
CU irrégulières et anarchiques (%)	7 (87,5)	21 (95,5)	0,46

TABLEAU IX : CRITERES PREDICTIFS D'UN ACCOUCHEMENT DANS LES 24HEURES A L'ADMISSION CHEZ LA MULTIPARE (N=44)

	Accouchement < 24h n=14	Accouchement > 24h n=30	p
Age (ans)	29,3±5,5	30,3±5,5	0,61
IMC (kg/m ²)	20,2±2,2	21,8±3,2	0,12
Gestité	2,9±1,1	3,1±1,3	0,67
<u>Sexe foetus :</u>			
Masculin (%)	6 (42,9)	20 (66,7)	0,13
<u>Palper utérin :</u>			
Dos à droite (%)	6 (46,2)	4 (14,3)	0,05
<u>Toucher vaginal :</u>			
Postérieur et intermédiaire (%)	14 (100)	28 (93,3)	1,00
Tonique et intermédiaire (%)	2 (14,3)	11 (36,7)	0,17
Long et mi-long (%)	8 (57,1)	24 (80,0)	0,15
2 doigts et 2 doigts larges (%)	10 (71,4)	18 (60,0)	0,52
Haute et mobile (%)	3 (21,4)	12 (40,0)	0,31
Bishop<6 (%)	5 (35,7)	23 (76,7)	0,008
Bishop moyen	5,86±1,75	4,60±1,54	0,02
CU irrégulières et anarchiques (%)	14 (100,0)	27 (90,0)	0,54

Annexe 6 : Guide destiné aux femmes : comment reconnaître le début du travail ?

Comment reconnaître le début du travail ?

Le travail ne débute pas toujours de façon très nette et précise. Il existe parfois des « répétitions » avant le véritable début du travail, qui prépare votre corps à l'épreuve de la naissance : ce phénomène est appelé couramment « faux travail ».

Ce tableau énumère quelques signes pour vous aider à reconnaître le début du travail. Ces éléments sont simplement indicatifs, chaque individu est différent. N'hésiter pas à appeler la maternité en cas de doute, l'équipe médicale est là pour vous guider à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit.



Dans tous les cas, rendez vous à la maternité pour les causes suivantes :

- Si vous perdez du liquide amniotique
- Si vous perdez du sang en quantité importante
- Si votre bébé bouge moins qu'à l'habitude
- Si vous avez fait une chute sur le ventre ou autre
- Si vous avez de la fièvre

Vrai travail	Faux travail
Les contractions utérines sont régulières et prévisibles , c'est-à-dire qu'elles reviennent toutes les 10 minutes par exemple.	Les contractions utérines sont irrégulières et imprévisibles .
Les contractions utérines progressent dans le temps : elles se rapprochent, leur durée et leur intensité augmentent.	Elles ne progressent pas avec le temps ni dans leur régularité, ni dans leur durée ou leur intensité. Elles diminuent au bout de quelques heures.
La douleur des contractions utérines démarre dans le bas du dos, s'étend vers l'avant et irradie vers l'aîne.	La douleur est surtout abdominale , elle ne s'étend pas : c'est comme une tension abdominale généralisée.
Les contractions utérines ne sont pas modifiées par la marche ou le changement de position.	La marche ou le changement de position peuvent diminuer les contractions utérines.
La présence de petit saignement ou la perte du bouchon muqueux est fréquent.	Il n'y a pas de saignement ou de perte du bouchon muqueux habituellement.
L'examen clinique retrouve des modifications du col qui se ramollit, se raccourcit et se dilate franchement.	Il n'y a pas de modification du col de l'utérus à l'examen clinique.

Le Faux travail :

Description des pratiques professionnelles au CHU de Nantes et conséquences sur les résultats obstétricaux et périnataux.

Le faux travail est caractérisé par des contractions utérines douloureuses chez la femme à terme mais sans aucune modification cervicale. Le faux travail est une entité clinique que la sage-femme rencontre chaque jour dans son exercice professionnel. Celui-ci est peu abordé dans la littérature et aucune recommandations n'existent à ce jour.

L'étude menée est une étude de cohorte selon un mode rétrospectif sur une période de trois mois. L'objectif de ce mémoire est de décrire les pratiques professionnelles au CHU de Nantes et d'étudier les répercussions obstétricales, fœtales et/ou néonatales éventuelles du faux travail.

Il apparaît que la meilleure conduite à tenir à adopter est le retour à domicile mais toujours après une démarche de sécurité pour limiter les erreurs de diagnostic. Bien que le faux travail soit en lien avec un travail plus long et plus dystocique, les conséquences obstétricales, fœtales et/ou néonatales sont mineures. Nous montrons que l'examen clinique est essentiel pour établir le diagnostic du faux travail, néanmoins celui-ci doit toujours être conditionné par des facteurs psychologiques et sociaux. En effet, même si le faux travail est de bon pronostic, il ne faut pas négliger la douleur et l'angoisse de la femme lors de la prise en charge. Notre étude nous a conduit à établir des propositions de prise en charge pour aider les professionnels en cas de difficulté.

Enfin, notre mémoire nous évoque que l'information des femmes sur le phénomène du faux travail doit être développée. Une meilleure information permettra une meilleure compréhension et donc une meilleure prise en charge.

MOTS CLES : faux travail, dystocie, douleur, diagnostic différentiel, pratiques professionnelles.