

Mise en route spontanée du travail à terme et rôle des contractions utérines

Bien connu des sages-femmes et au cœur de leur pratique, le déclenchement spontané du travail à terme et le rôle des contractions utérines représentent des éléments clés du processus naturel de la naissance. Cet article aborde différentes dimensions et facteurs d'influence de ce processus dans le contexte physiologique de la naissance.

TEXTE :
DIANE WALLER

Les recherches récentes concernant la physiologie humaine suggèrent que la grossesse, le travail et la naissance constitueraient un processus continu normal. Les mécanismes de la naissance reposent sur des comportements hautement coordonnés entre les systèmes endocriniens, neuroendocriniens et réponses immunologiques, avec des signaux complexes entre les systèmes maternels et fœtaux. L'état psychologique de la femme, influencé par les différentes hormones impliquées dans le processus de la naissance, semble aussi jouer un rôle important dans le maintien d'un travail d'accouchement physiologique. Une étude menée par le département de santé de Grande-Bretagne entre 2005 et 2014 a relevé que près de 70 % des femmes se mettaient en route de manière spontanée, à terme.

Phénomènes initiaux du déclenchement de l'accouchement

A ce jour, il n'y a pas de méthode connue permettant d'établir le déclenchement de l'accouchement avec précision. Le moment de la mise en route du travail semble être déterminé par la maturation du fœtus, et coordonné avec la préparation de la mère à la parturition. Le début du travail se définit couramment par des contractions qui agissent sur le col et le dilate. Plusieurs facteurs sont en jeu dans la dynamique de l'accouchement: les qualités cervicales, l'efficacité utérine, l'état émotionnel de la mère, les caractéristiques fœtales, l'environnement et la prise en charge des soins. La maturation du col se produit quelques jours avant le début du travail. Elle dépend de facteurs mécaniques, comme les contractions utérines (CU), et hormonaux, tels la relaxine, les œstrogènes et surtout les prostaglandines. Ce changement de structure au niveau du tissu conjonctif du col entraîne une modification de ses propriétés mécaniques, lui permettant de se distendre sous l'effet des CU. Ces dernières représentent la force motrice et incontournable du travail d'accouchement permettant la poussée du fœtus vers l'extérieur. Elles dépendent de l'activité contractile des fibres du myomètre et de la synchronisation des contractions cellulaires. Les jonctions

Les contractions utérines représentent la force motrice et incontournable du travail d'accouchement permettant la poussée du fœtus vers l'extérieur.

communicantes (*gaps junctions*) vont augmenter de manière importante avant la naissance, ceci afin de permettre aux cellules du myomètre un fonctionnement coordonné.

Le lieu d'origine des CU n'est pas fixe et le phénomène initial correspond à un déplacement du calcium ionisé intracellulaire. Ce flux ionique va entraîner d'une part un phénomène électrique qui peut se propager au niveau cellulaire, et d'autre part une libération d'énergie par transformation de l'adénosine triphosphate (ATP) en adénosine diphosphate (ADP) destinée au travail cellulaire. Cette réaction nécessaire, aboutit à la formation d'actomyosine, donnant au myomètre sa contractilité. L'ocytocine, quant à elle, participe à l'augmentation du courant de calcium et l'excitabilité d'une fibre musculaire, cependant son influence hormonale dans le mécanisme précis du déclenchement de l'accouchement n'est pas entièrement déterminée.

Rôle des hormones

Les recherches mettent en avant l'influence des hormones fœtales et maternelles dans le processus de déclenchement du travail. L'augmentation progressive des œstrogènes tout au long de la grossesse prépare le muscle utérin. D'une part, ils stimulent la formation de récepteurs à l'ocytocine au niveau des cellules du myomètre et d'autre part s'opposent aux effets tranquillisants de la progestérone. L'utérus devient alors plus irritable, entraînant la production de CU irrégulières et de faible intensité (contractions de Braxton-Hicks).

De manière complémentaire, œstrogène et progestérone influencent la sensibilité

à l'ocytocine et aux prostaglandines. Ces dernières, produites par l'utérus vont permettre la libération du calcium stocké dans les membranes et les organites cellulaires, entraînant ainsi des CU. Certains stimuli, comme l'amniotomie artificielle ou spontanée, l'infection, le décollement du pôle inférieur de l'œuf et les métrorragies, peuvent provoquer en fin de grossesse une brutale augmentation de prostaglandines.

Pour sa part, l'ocytocine est une hormone aux influences riches et complexes. Elle a fait l'objet de nombreuses études, dont les résultats mettent en avant son rôle dans le processus de la naissance et de la parentalité. Accumulée au niveau du cerveau en fin de grossesse afin de pourvoir aux besoins du processus de la naissance, l'ocytocine pourrait aussi être la source du changement de comportement de la future mère, la préparant dans son rôle futur et favorisant l'attachement à son enfant. Par ailleurs, elle agit au niveau des contrôles hormonaux et nerveux des CU.

Par ailleurs, la distension progressive du muscle utérin par le fœtus va déclencher un réflexe neuroendocrinien, appelé aussi réflexe de Ferguson. Certaines cellules fœtales se mettent à synthétiser de l'ocytocine, qui exerce sur le placenta une action stimulant la sécrétion de prostaglandines. Ces deux hormones ont le potentiel d'exercer un puissant effet sur le myomètre en stimulant les CU. Ce processus augmente alors le niveau de stress physique et émotionnel chez la mère, et enclenche un mécanisme de rétro-activation. Il débute avec l'activation de l'hypothalamus maternel, qui envoie un signal à la neurohypophyse, afin qu'elle libère de l'ocytocine.

Enfin, l'ocytocine maternelle est libérée par pics successifs, dont la fréquence augmente en cours de travail. Elle déclenche la sécrétion des prostaglandines par le placenta et l'augmentation de la force des CU, dans un processus en boucle. D'ailleurs, il semblerait que lors du travail d'accouchement, l'ocytocine puisse être remplacée par les prostaglandines produites par l'utérus, en cas de déficience, et ainsi maintenir le processus de rétro-contrôle positif des CU.

Contrôle nerveux

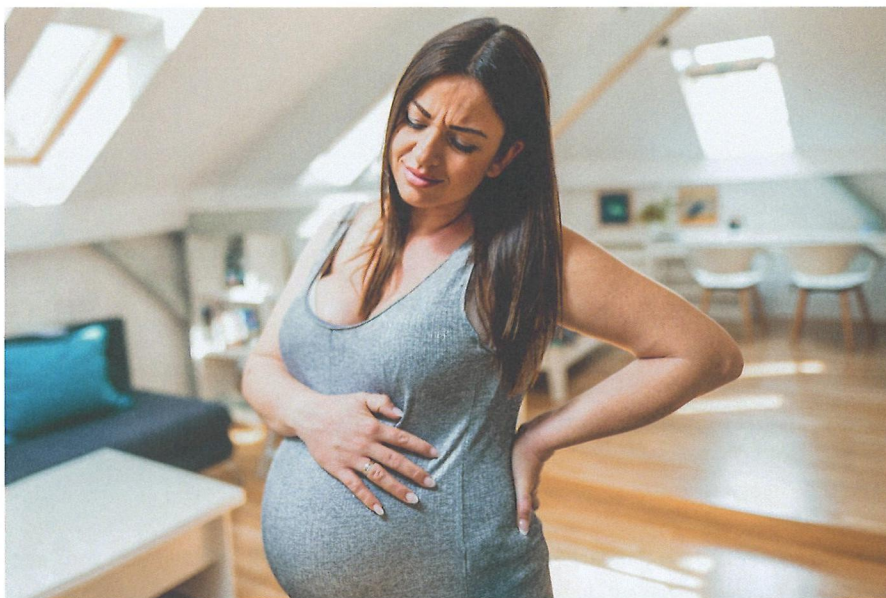
L'influence du système nerveux dans la régulation des CU s'effectue par la libération de catécholamines, telles que l'adrénaline et la noradrénaline. Elles sont sécrétées dans un contexte de stress, qui va enclencher une réaction physiologique face au danger telle que lutter ou fuir. Lors de ce mécanisme de défense, un maximum de sang va être transféré vers les organes vitaux. Dans le contexte de la naissance, ce processus peut engendrer moins d'oxygénation pour le fœtus.

Physiologiquement présentes à la fin du travail, les catécholamines permettent à la femme de mobiliser l'énergie nécessaire à la naissance du nouveau-né. Cependant leur niveau élevé au début ou en cours de travail peut diminuer l'effet des endorphines et de l'ocytocine, entraînant ainsi une diminution des contractions.

Expérience des femmes

La durée de la gestation chez l'humain varie d'une femme à l'autre et le moment précis où le travail d'accouchement commence est difficilement prévisible et quasi indétectable. Il ressort des études qualitatives que les femmes peuvent avoir des difficultés à identifier et savoir quand se rendre à la maternité.

Questionnées sur leur perception de la mise en route du travail, les femmes ont donné des réponses très variées. Pour la plupart, il s'agissait d'un événement concret, bien que pouvant revêtir plusieurs formes: pertes des eaux, pertes tachées de sang, symptômes gastro-intestinal, sommeil perturbé et bouleversement émotionnel. Ce qu'elles rapportent ressemble peu à ce qui est souvent utilisé pour définir le début du travail, c'est à dire des CU régulières qui dilatent le col.



iStockphoto

Par ailleurs les critères retenus par les femmes pour se décider à consulter à la maternité sont aussi multiples. Ils comprennent le degré de confiance dans la reconnaissance du déclenchement du travail, l'habilité de gérer les douleurs à domicile,

La plupart souhaitent un travail et un accouchement physiologique, tout en reconnaissant le côté imprévisible et inquiétant de la naissance. Si une intervention médicale devait être nécessaire ou souhaitée, elles tiennent à pouvoir participer de manière active aux choix les concernant.

Les femmes doivent être informées qu'il n'y a pas de durée standard pour la phase de latence et qu'elle peut varier grandement d'une personne à l'autre. Des études d'observation et qualitatives sur ce sujet mettent en avant qu'elles auraient besoin d'informations en anténatal, concernant la reconnaissance des premiers signes du travail, afin d'augmenter leur confiance en leur capacité et de diminuer leur niveau d'anxiété. Elles rapportent avoir besoin de soins adaptés et personnalisés permettant de pouvoir faire face à la douleur à la maison, ou de pouvoir avoir accès à une sage-femme par téléphone (24h/24h) comme premier point de contact avec la maternité.

Questionnées sur leur perception de la mise en route du travail, les femmes ont donné des réponses très variées.

l'influence des proches, les conseils donnés par les professionnels de la santé à ce moment-là, et la durée du trajet pour se rendre à la maternité. La perception du risque lié à la naissance, le besoin de réassurance concernant la normalité des symptômes et le bien-être fœtal peuvent être des facteurs complémentaires d'influence.

Ce qui compte pour les femmes

De manière générale et selon une étude commanditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les femmes désirent donner naissance à un nouveau-né en bonne santé, dans un environnement physique sûr et psychologiquement rassurant, entourées d'une personne proche de leur choix, qui les soutienne émotionnellement. Elles souhaitent être prises en charge par un personnel professionnel compétent et attentionné.

AUTEURE



Diane Waller,
sage-femme, master européen en sciences sage-femme, maître d'enseignement à la Haute Ecole de Santé Vaud, Lausanne.

Recommandations internationales et rôle sage-femme

Favoriser et respecter les mécanismes naturels de la naissance est une demande de plusieurs instances comme l'OMS, qui encourage les soins primaires et la diminution des interventions médicales inutiles. Contrairement à la Grande-Bretagne, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande, il n'existe pas en Suisse de recommandations nationales du Département de la santé, encourageant des modèles de soins sages-femmes. Se tourner vers les directives de l'OMS est une alternative intéressante pour notre pratique sage-femme. En effet, selon sa définition, la qualité des soins doit garantir la santé de la mère et de son enfant. Elle doit comprendre la dimension physique des soins et celle de l'expérience de la femme. La qualité dépend également des compétences et motivations des professionnels de santé ainsi que des ressources disponibles.

Ce qui importait aux femmes était une combinaison de soutien social, d'information opportune et de soins cliniques.

L'OMS souligne la nécessité de prendre davantage en compte les points de vue des femmes lors de l'élaboration de recommandations fondées sur des preuves et dans la pratique afin d'obtenir des impacts positifs sur la santé périnatale et les expériences de chaque famille. En effet, l'OMS a entrepris une analyse de la littérature qualitative mondiale sur «ce qui compte pour les femmes enceintes», pour les intégrer dans sa ligne directrice. Cette analyse a révélé que ce qui importait aux femmes était une combinaison de soutien social, d'information opportune et de soins cliniques. D'autre part, en se démarquant des encouragements de certains acteurs professionnels qui préconisent de repousser l'admission en salle de naissance lorsque les femmes sont en phase active de travail, l'OMS recommande de pouvoir les accueillir en phase de latence avec leur partenaire

dans un environnement confortable, permettant une mobilisation aisée, d'avoir la possibilité de prendre une douche et de s'alimenter. Ceci afin de contribuer à les rassurer et les soutenir dans leur travail, jusqu'à leur admission en salle de naissance.

Modèles de soins dirigés par des sages-femmes

En Europe, la majorité des naissances se déroulent en milieu hospitalier. En Suisse, en 2017, le taux a atteint 98.3%. Bien qu'une sage-femme soit présente dans la majorité des cas, le modèle de soins reste la plupart du temps sous la direction d'un médecin. La Fédération Suisse des Sages-

Femmes a pris position pour des modèles de soins obstétricaux dirigés par des sages-femmes. Quant à l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), il mise sur des mesures de préventions efficaces et centrées sur l'être humain ainsi que son bien-être, et préconise de minimiser les traitements inutiles.

Enfin, à ce jour il existe une bonne compréhension de la physiologie du début du travail, mais les études révèlent que l'environnement et la qualité de la prise en charge sont déterminants pour assurer un déroulement optimum de la naissance, tant pour la femme, que son partenaire et l'enfant à naître. ◉

Références

- Ångeby, K., Wilde-Larsson, B., Hildingsson, I. & Sandin-Bojö, A.-K. (2015) Primiparous women's preferences for care during a prolonged latent phase of labour. *Sexual & Reproductive Healthcare*; 6(3), 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.02.003>
- Buckley, S. (2015) Hormonal physiology of child-bearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care (includes executive summary). Washington DC: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women and Families.
- Cappelletti, G., Nespoli, A., Fumagalli, S. & Borrelli, S. E. (2016) First-time mothers' experiences of early labour in Italian maternity care services. *Midwifery*; 34, 198-204. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.09.012>
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. (2013) The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. *New Zealand College of Midwives Journal*; 48, 15-23. <https://doi.org/10.12784/nzcomjnl48.2013.3.15-23>
- Dixon, L., Skinner, J. & Foureur, M. (2014) The emotional journey of labour - Women's perspectives of the experience of labour moving towards birth. *Midwifery*; 30(3), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.009>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M. & Gülmezoglu, A. M. (2018) What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLOS ONE*; 13(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Floris, L., Irion, O., Bonnet, J., Politis Mercier, M.-P. & de Labrusse, C. (2018) Comprehensive maternity support and shared care in Switzerland: Comparison of levels of satisfaction. *Women and Birth*; 31(2), 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.021>
- Fédération suisse des sages-femmes (2013) Prise de position sur les modèles de soins obstétricaux dirigés par les sages-femmes. www.hebamme.ch
- Gross, M. M., Hecker, H., Mattered, A., Guenter, H. H. & Keirse, M. J. (2006) Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 113(3), 289-294. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00817.x>
- Iannuzzi, L., Branchini, L., Clausen, J. A., Ruiz-Berdún, D., Gillen, P., Healy, M. & Downe, S. (2018) Optimal outcomes and women's positive pregnancy experience: a comparison between the World Health Organization guideline and recommendations in European national antenatal care guidelines. *Minerva Ginecologica*; 70(6). <https://doi.org/10.23736/S0026-4784.18.04301-0>
- Kobayashi, S., Hanada, N., Matsuzaki, M., Takehara, K., Ota, E., Sasaki, H. ... & Mori, R. (2017) Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011516.pub2>
- Lansac, J., Descamps, P. & Goffinet, F. (2017) Pratique de l'accouchement (6ème éd.). Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson.
- Leng, G., Meddle, S. & Douglas, A. (2008) Oxytocin and the maternal brain. *Current Opinion in Pharmacology*; 8(6), 731-734. <https://doi.org/10.1016/j.coph.2008.07.001>
- Martin, P., Cortina-Borja, M., Newburn, M., Harper, G., Gibson, R., Dodwell, M. & Macfarlane A. (2018) Timing of singleton births by onset of labour and mode of birth in NHS maternity units in England, 2005-2014: A study of linked birth registration, birth notification, and hospital episode data. *PLOS ONE*; 13(6), e0198183. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198183>
- Merger, R., Levy, J. P. & Melchior, J. (2011) Précis d'obstétrique. 6ème éd. Issy-les-Moulineaux, Angleterre: Elsevier Masson.
- National Institute for Health and Care Excellence (2014, last updated 2017) Intrapartum care for healthy women and babies. www.nice.org.uk
- Office fédéral de la statistique (2019) Santé Accouchements et santé maternelle en 2017. Recul du recours aux césariennes et aux épisiotomies en 2017. Communiqué de presse 17.5, www.bfs.admin.ch
- Reece, J. B., Urry, L. A., Campbell & Neil, A. (2016) Campbell Biology. Eleventh edition. Hoboken: Pearson Higher Education.
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F. ... & Malata, A. (2014) Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*; 384(9948), 1129-1145.
- Simkin, P., Hanson, L. & Ancheta, R. (2017) The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia (4ème éd.). Oxford, Grande-Bretagne: Wiley-Blackwell.
- World Health Organization (2018) WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.