

Existe-t-il une surmédicalisation des grossesses à bas risque en salle de naissance des maternités de niveau III ? Comparaison de leurs prises en charge avec celles d'une maternité de niveau I

Margot Morlat

▶ **To cite this version:**

Margot Morlat. Existe-t-il une surmédicalisation des grossesses à bas risque en salle de naissance des maternités de niveau III ? Comparaison de leurs prises en charge avec celles d'une maternité de niveau I. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00770896

HAL Id: dumas-00770896

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770896

Submitted on 7 Jan 2013

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

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

ECOLE DE SAGES-FEMMES
DE CLERMONT-FERRAND
Université d'Auvergne - Faculté de médecine

EXISTE-T-IL UNE SURMEDICALISATION DES GROSSESSES A BAS RISQUE EN SALLE DE NAISSANCE DES MATERNITES DE NIVEAU III ?

Comparaison de leurs prises en charge avec celles d'une maternité de niveau I.

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU
PAR
Margot MORLAT
Née le 22 juillet 1987

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
Année 2012

Je tiens à remercier :

Laetitia AURIOL, Aurélie MEJEAN et Delphine POUMEYROL pour leur aide précieuse et leur investissement tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

Mes parents ainsi que mes frères qui m'ont accompagné tout au long de ces études de sage-femme.

Clément pour son aide et son soutien dans la rédaction de ce mémoire.

Mes amis qui m'ont encouragé tout au long de ces années.

Et bien sûr, tous les copains de la promotion, qui se reconnaîtront, pour tous les très bons moments passés ensemble.

GLOSSAIRE

APD : Analgésie péridurale

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologique

CIANE : Comité Inter Associatif autour de la Naissance

CNGOF : Collège International des Gynécologues et Obstétriciens Français

CU : Contraction utérine

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du post partum

HTA : Hypertension artérielle

MAP : Menace d'accouchement prématuré

OMS : Organisation Mondiale de la santé

RAM : rupture artificielle des membranes

RCF : Rythme cardiaque fœtal

SA : semaine d'aménorrhée

TV : Toucher vaginal

UI : Unité internationale

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

REVUE DE LA LITTERATURE.....2

I. Loi de périnatalité.....2

II. Notion de grossesse à bas risque.....5

III. L'accouchement physiologique.....8

IV. La médicalisation en obstétrique.....12

MATERIEL ET METHODES.....21

I. Le type d'étude.....21

II. Matériel.....21

III. Méthode.....22

RESULTATS.....24

I. Présentation de la population d'étude.....24

II. La surmédicalisation en salle de naissance.....27

III. Le déroulement de l'accouchement.....33

DISCUSSION.....40

I. Remarques sur l'étude.....40

II. Caractéristiques de la population.....41

III. La surmédicalisation.....43

IV. Les complications de l'accouchement.....47

V. Projet d'action.....51

CONCLUSION.....57

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

INTRODUCTION

Une politique de réorganisation des maternités a été mise en place en 1998 avec la création de trois types de maternités [1], ceci au détriment de nombreuses petites structures qui ont dû fermer leurs portes. Les maternités de niveau III, destinées à accueillir les femmes enceintes à haut risque maternel et/ou fœtal, deviennent par conséquent de grands centres où sont prises en charge les grossesses pathologiques et physiologiques.

Dans les maternités de niveau III, contrairement à celle de niveau I qui assurent la surveillance de femmes dites à « bas risque obstétrical », l'équipe soignante est quotidiennement confrontée à des grossesses pathologiques et donc à une prise en charge plus interventionniste du travail et de l'accouchement.

Or, la naissance est un événement important dans la vie d'une femme et d'un couple. Riche en émotions, interrogations et inquiétudes, elle nécessite un suivi médical de qualité et des soins personnalisés répondant, dans la mesure du possible, aux besoins et aux attentes des futurs parents. Même si la situation périnatale française est en constante amélioration, elle n'est toujours pas optimale : les résultats en terme de morbidité et mortalité maternelles et néonatales restent en deçà du niveau des autres pays européens [2]. Etudier l'état des lieux de la situation actuelle des accouchements nous paraît donc important.

L'accouchement est a priori et dans la majorité des cas un processus naturel qui ne nécessite pas d'intervention extérieure. Mais, dans une structure où cohabitent eutocie et pathologie, la prise en charge en salle de naissance n'est-elle pas « standardisée » pour toutes les femmes, même celles qui présentent une grossesse à bas risque ?

Nous avons souhaité comparer les données d'une maternité de type I à celles d'une maternité de type III, afin de savoir si les grossesses physiologiques étaient « surmédicalisées » et s'il existait plus de complications maternelles au cours de l'accouchement en niveau III.

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Loi de périnatalité

La périnatalité caractérise « tout ce qui définit la naissance » [3].

I.1 Décrets sur la périnatalité (décrets 98-899 du 9/10/1998)

Faisant suite à celui de 1975, un deuxième plan de périnatalité a été initié en 1994, avec pour objectifs de diminuer de 30% la mortalité maternelle et de 20% la mortalité périnatale. Dans ce cadre, afin de proposer une offre de soins plus cohérente, le 9 octobre 1998, ont été promulgués les décrets relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie et la réanimation néonatale [1].

Les décrets ont précisé:

- le principe d'une organisation régionale des structures d'obstétrique et de néonatologie, notamment par le développement des réseaux. Il s'agit essentiellement de réseaux inter établissements qui permettent de réguler la coopération inter hospitalière public/privé dans le domaine de la périnatalité.
- le développement du transfert « in utero »,
- la mise en place des commissions régionales de la naissance afin d'adapter au mieux la politique nationale aux besoins locaux.

L'objectif de cette organisation était d'orienter les femmes enceintes, en fonction de leur niveau de risque, vers les maternités disposant de l'environnement médical maternel et pédiatrique nécessaire à leurs prises en charge et à celles de leurs nouveau-nés [4].

La première étape de la constitution de ce réseau périnatal a été la détermination du niveau de soin de chaque structure [5].

Ainsi une typologie des centres périnataux a été proposée :

- les centres périnataux de proximité correspondent à une structure médicale qui assure des consultations pré et post-natales des patientes à bas risque, des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés, et des consultations de planning familial.

- les maternités de niveau I ne possèdent pas d'unité de néonatologie mais seulement une unité d'obstétrique. Elles assurent la surveillance de femmes dites à « bas risque obstétrical », accouchant à terme, et dont l'enfant « se porte bien » en anténatal et à la naissance.

- les maternités de niveau IIa associent une unité d'obstétrique à une unité de néonatologie. Elles sont habilitées à prendre en charge les prématurés de plus de 32 SA sans pathologie respiratoire.

- les maternités de niveau IIb disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatologie ainsi que d'une unité de soins intensifs. Elles peuvent prendre en charge les prématurés de plus de 30 SA.

- les maternités de niveau III, en plus d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatologie, disposent d'une unité de réanimation néonatale. Elles peuvent, entre autre, prendre en charge les détresses respiratoires graves, les risques vitaux, les prématurés de moins de 30 SA et/ou le poids de naissances de moins de 1200g, et les prématurés de moins de 32 SA et/ou de poids de naissance de moins de 1500g avec pathologies.
La présence d'une unité de réanimation adulte n'est pas obligatoire, à condition que l'établissement ait passé une convention avec un établissement comportant une telle unité.

Ainsi, les maternités des différents niveaux doivent coopérer à l'intérieur des régions afin d'orienter, dans la mesure du possible, la patiente vers la maternité apte à lui délivrer les soins appropriés.

Selon les résultats de l'enquête périnatale 2010, la concentration des maternités s'est accompagnée d'une réorganisation qui a renforcé le nombre des maternités de type III (+7 entre 2003 et 2010) tandis que le nombre de maternités de type I a diminué depuis 2003 (-64 entre 2003 et 2010) [6].
Désormais, 49% des maternités sont de type I, 23% de type IIa, 16% de type IIb et 12% sont de type III.

Concernant l'accouchement à domicile, celui-ci est peu proposé en France aujourd'hui. Il est considéré comme « trop dangereux » et les compagnies d'assurance n'acceptent plus de couvrir les sages-femmes libérales qui le pratiquent.
L'enquête DOM 2000 « Accouchement à domicile : opinion des femmes françaises et risque périnatal » recense en 2000 un taux de 2% d'accouchements à domicile [7].

I .2 Le plan de périnatalité 2005-2007 : « humanité, proximité, sécurité, qualité »

Jusqu'en 2002, la situation périnatale est en constante amélioration mais n'est toujours pas optimale : les résultats en terme de mortalité périnatale, maternelle et infantile restent en deçà du niveau des autres pays européens. De plus, les professionnels de santé et les patientes sont insatisfaits [2].
Dans ce cadre, le Ministère de la Santé a demandé à des professionnels un état des lieux de la situation. Les vingt propositions de leur rapport ont été reprises dans leur quasi-totalité dans un nouveau plan de périnatalité [2].

Ce dernier s'organise autour de quatre thématiques [3] :

- **l'humanité**, afin d'améliorer l'écoute et l'information des futurs parents,
- **la proximité**, pour le suivi pré et post natal,
- **la sécurité**, pour les naissances,
- **la qualité**, afin d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques.

C'est dans ce souci d'humanité qu'a été mise en avant la nécessité de mieux adapter le niveau de médicalisation de la prise en charge des patientes en fonction de leur situation. Ainsi, ce plan de périnatalité a-t-il envisagé l'expérimentation des « maisons de naissance », « *lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme à priori normal* » [4]. Cette prise en charge a pour but une moindre médicalisation, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant, par la proximité immédiate du plateau technique (blocs opératoires, soins intensifs, réanimation).
Suite à cela, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a élaboré un cahier des charges délimitant le cadre de cette expérimentation prévue sur trois ans.

II. Notion de grossesse à bas risque

La notion de risque est un concept devenu classique, fondamental pour l'organisation des soins périnataux. L'identification des facteurs de risque, et de la classification des parturientes, en bas ou en haut risque, présente un intérêt individuel et collectif. En effet, la prise en compte du bas et du haut risque vise à obtenir les meilleurs résultats tant pour la mère que pour l'enfant, tout en assurant des actions préventives ou thérapeutiques et une prise en charge adaptée.

Mais, la définition du bas risque est encore aujourd'hui sujette à polémique. Car l'évaluation des risques n'est pas une mesure unique, mais un procédé continu pendant toute la grossesse et le travail. Le risque zéro n'existe pas. Des complications précoces peuvent apparaître à tout moment, et amener à décider de transférer la femme vers un niveau de soins supérieur.

En 1994, AUDIPOG (Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologique) dégage de façon simple un groupe de patientes à bas risque présentant les critères suivant : âge ≥ 18 ans, et < 35 ans, absence d'antécédents médicaux ou gynécologiques nécessitant une surveillance particulière de la grossesse, et aucun antécédent de prématurité ou de mort périnatale chez les multipares. De plus, la

grossesse doit se dérouler sans pathologie (grossesse multiple, MAP, HTA, diabète gestationnel, anomalie du liquide amniotique ou de la croissance utérine) [8].

Dans les publications, la définition de Cleary est fréquemment utilisée [9]. En effet, en 1996, il a défini les grossesses à bas risque comme étant des « *primipares standards* » en fin de grossesse, ayant « *un âge compris entre 20 ans et 35 ans, une taille ≥ à 155cm, d'origine française, ayant une grossesse unique sans pathologie, présentant un fœtus en position céphalique et un âge gestationnel ≥ à 37 semaines d'aménorrhée*. »

En 2004, Le Ray s'est intéressé à la prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque en maternités de type I et III [10]. Ainsi il a défini la patiente à bas risque comme une patiente nullipare, enceinte d'un fœtus vivant singleton en présentation céphalique, à un terme ≥ 37 SA.
Les critères d'exclusion étaient donc les antécédents maternels (diabète, fécondation in vitro, mort fœtale in utero, utérus cicatriciel, insuffisances cardiaque et/ou respiratoire et/ou rénale, les patientes de sérologie positive au VIH), les facteurs de risques pré-gestationnels (HTA, pré-éclampsie, hématome rétroplacentaire, HELLP syndrome, diabète gestationnel, placenta praevia), les malformations fœtales et les termes ≥ 41 SA.

En 2007, la haute autorité de santé (HAS) a établi une définition du risque basée sur les données épidémiologiques. Cette classification peut sembler un peu large de premier abord, mais il faut noter que toutes les situations à risques n'appellent pas nécessairement un suivi exclusif par un gynécologue obstétricien et peuvent ne faire l'objet que d'un avis [Annexe I].
Elle distingue alors deux types de suivi. Le suivi A, assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue obstétricien) selon le choix de la patiente, est proposé pour les situations à bas risque. Le suivi B, pour des situations à risque élevé, est assuré par un gynécologue obstétricien.
L'HAS définit également deux procédures d'orientation : l'avis A1, quand l'avis d'un gynécologue obstétricien ou d'un autre spécialiste est conseillé, et l'avis A2, quand cet avis est nécessaire [Annexe II].

L'OMS a construit une définition de la naissance normale à partir du niveau de risque associé à la grossesse, du déroulement du travail et de l'accouchement [11].
Ainsi, elle définit une grossesse normale « *comme une grossesse dont le déclenchement est spontané, le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant nait spontanément en position céphalique du sommet entre les 37èmes et 42èmes semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien.* »
Ainsi, a été considéré qu'en général 70% à 80% de toutes les femmes enceintes sont à faible risque au début du travail, et que dans le cas d'une naissance normale, il faut une raison valable pour intervenir dans le processus naturel.
De cette définition, l'OMS a tiré des recommandations quant à la prise en charge des accouchements normaux. Elle a prôné la surveillance du bien-être physique et psychique de la patiente, une liberté de choix dans sa position d'accouchement, une liberté de mouvement durant toute la durée du travail, un contact précoce en peau à peau entre la mère et l'enfant, puis une mise au sein précoce.

Ainsi, ces différentes notions de bas risque permettent d'éviter une surmédicalisation de la grossesse et d'assurer une prise en charge adaptée au niveau du risque. En effet, un essai randomisé américain montre qu'un suivi des grossesses à bas risque par des sages-femmes permet de diminuer le taux d'épisiotomies, de césariennes, de recours à la péridurale en cours de travail par rapport au groupe de femmes présentant le même niveau de risque suivies par des obstétriciens [12].

III. L'accouchement physiologique

Il s'avère important de rappeler que la grossesse n'est pas une maladie. L'exercice de la profession de sage-femme est au cœur de ce constat puisqu'elle assure le suivi de la physiologie. De ce dernier mot en découlent d'autres comme eutocique, normal, naturel.

III.1. Définitions [13]

Il parait important de préciser certains termes utilisés au sujet de l'accouchement.

- Eutocique :

Le mot eutocique est employé pour parler d'un accouchement qui s'est déroulé dans des conditions normales, par opposition à la dystocie.

- Normal :

Qui est conforme à la nature d'un être, d'une chose, qui ne surprend ni dans un sens ni dans l'autre.

- Physiologie :

Il s'agit de « la science qui étudie les fonctions normales des organes et des tissus des êtres vivants. »

- Naturel :

Le naturel concerne ce qui « appartient à la nature d'un être, d'une chose », qui est directement issu de la nature, du monde physique, qui n'est pas le fait du travail de l'homme. Un accouchement physiologique est donc naturel, et se déroule dans le respect des processus des corps de la mère et du nouveau-né.

III.2 Les différentes phases d'un travail et d'un accouchement normal

Les progrès de la médecine, et de l'hygiène, ont considérablement prévenu et diminué les risques liés à la grossesse et à l'accouchement. En effet, seulement une femme sur cinq a besoin d'un suivi et d'un encadrement médical spécialisé pendant la grossesse, et l'intervention d'un obstétricien n'est nécessaire que dans 20 à 25% des naissances [14].

En dehors de ces cas particuliers, l'accouchement est physiologique, naturel et spontané.

Première phase : la dilatation du col

Une patiente est dite en travail à partir du moment où elle aura des contractions utérines (CU) régulières, douloureuses, associées à des modifications cervicales. Il s'agit d'un diagnostic qu'on ne peut affirmer le plus souvent qu'après au moins une heure d'observation, afin de constater l'augmentation de la fréquence et de l'intensité des CU et les modifications cervicales. Actuellement en France, chez 78% des femmes, le travail se déclenche spontanément [6].

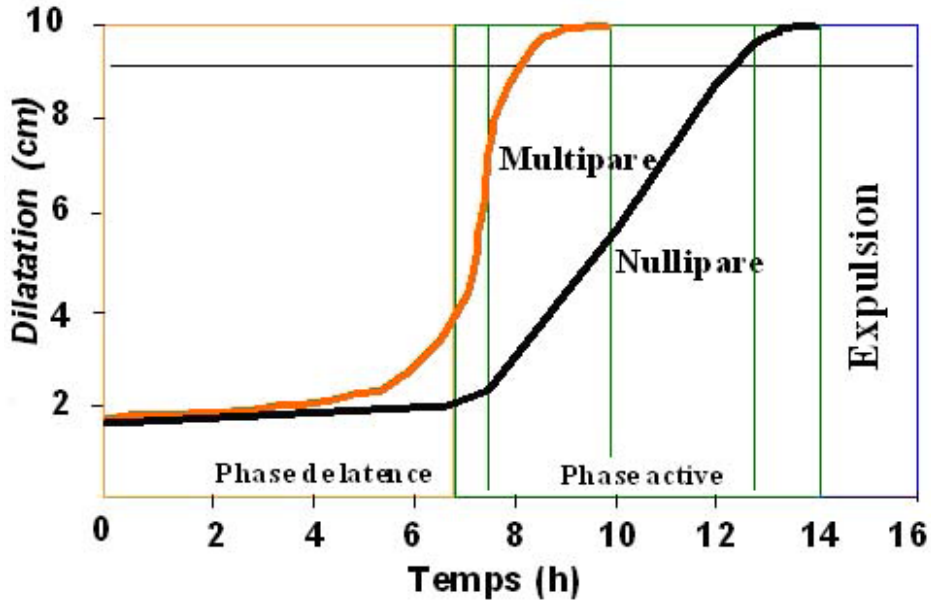
Selon Friedman, la dilatation se déroule en deux phases successives [15]:

- la phase de latence : c'est la phase de préparation au travail. Elle est marquée par sa longueur car elle dure environ 10h. Le col se dilate de 0 à 3cm.

- la phase active : elle correspond à la phase de travail proprement dit. La dilatation est rapide, elle est de l'ordre de 1,5 cm/h chez la primipare et les contractions utérines augmentent en intensité et en fréquence.

Une phase de décélération au-delà de 8cm précède la deuxième étape du travail. Mais la courbe de Friedman a été discutée pour cette partie. En effet, selon Hendricks, si cette phase de décélération existe, c'est qu'il y a une anomalie du travail [16].

COURBE DE FRIEDMAN



Deuxième phase: la descente du fœtus dans la filière pelvienne maternelle

Cette étape est elle-même subdivisée en trois parties :

- L'engagement : une fois la dilatation complète, le fœtus doit s'engager dans le bassin. Dans 95% des accouchements, la présentation du fœtus se fait par le sommet. A ce moment, on parlera de phase d'engagement quand le plus grand diamètre du pôle céphalique (le bipariétal) aura franchi le détroit supérieur du bassin maternel. Avant l'engagement, on retiendra les notions de présentation mobile, appliquée, fixée.

- La descente et la rotation : elle est concomitante à une rotation. Cette dernière est la conséquence de l'état de flexion de la tête fœtale et de la dynamique utérine.

- L'expulsion : cette phase est normale, physiologique, quand elle est réalisée par voie basse, sans aide instrumentale, ni chirurgicale, ni manœuvre. A cette phase débute alors le début des efforts expulsifs, synchrones des contractions utérines afin d'assurer un maximum d'efficacité. Il est classique de dire que la durée des efforts expulsifs ne doit pas dépasser les 30 minutes en raison de la diminution physiologique et progressive du pH fœtal à chaque effort de poussée.

Il existe deux techniques de poussée [16] :

- Poussée à glotte fermée : La patiente doit inspirer, souffler, puis inspirer à nouveau pour enfin bloquer sa respiration, menton plaqué contre la xiphoïde sternale et pousser efficacement vers le bas pendant toute la durée de la contraction. L'utérus se trouve ainsi pris dans un étau entre les abdominaux, le diaphragme et la colonne vertébrale en arrière.

- Poussée à glotte ouverte (en expiration) : Après inspiration, l'expiration est freinée, la contraction des muscles abdominaux refoule le diaphragme vers le haut, le bassin bascule, le fœtus est dans le bon axe de dégagement et le périnée se relâche parfaitement.

L'une ne semble pas plus « naturelle » que l'autre, puisqu'une étude a montré que chaque méthode était pratiquée par le même nombre de femmes, si aucune consigne ne leur était donnée avant la poussée [17].

Troisième phase : la délivrance

Cette dernière étape du travail se compose de trois étapes successives :

- Décollement placentaire et hémostase
- Migration du placenta dans le segment inférieur du vagin
- Expulsion du placenta et des membranes hors de la vulve

Le décollement et la migration du placenta se font sous l'influence des contractions utérines spontanées et de sa rétraction. Cette phase clinique peut durer 20 minutes, il faudra intervenir si le délai de 30 minutes est dépassé.

La délivrance est dite spontanée, si l'expulsion du placenta se fait également sous le simple effet de la gravité, des contractions musculaires réflexes du périnée et des efforts maternels. Elle est dite naturelle, si l'expulsion est aidée par une tierce personne [18].

III.3 Avantages du respect de la physiologie

Selon un sondage réalisé par l'institut des mamans à la demande de l'association Naissance et Citoyenneté [19], 39% des femmes seraient frustrées par leur accouchement ; l'étude a été réalisée auprès de 679 femmes ayant accouché au cours de l'année 2003. La frustration de ces patientes ressortirait d'un manque d'information, du non recueil de consentement préalable des femmes par les professionnels avant d'effectuer un acte de soin, de relations humaines jugées « *de mauvaise qualité* ». La séparation de la mère et de son bébé est citée spontanément comme la première source d'insatisfaction des mères. Le taux de mécontentement de certaines mères est lié à certaines pratiques obstétricales telles que l'impossibilité de déambuler pendant le travail, l'absence d'alimentation, l'épisiotomie…

Le respect de la physiologie permet de remettre le couple au centre des décisions en les faisant participer à des gestes naturels (déambulation, changement de position, massages…), et de prendre en compte leurs compétences pour leur redonner confiance. Ceci renforce leur sentiment de sécurité et permet de faire barrage à leur angoisse. Les sages-femmes agissent plus sereinement, alors une prise en charge plus personnalisée et

moins médicalisée en découle. De plus, le stress étant un facteur de risque de développer certaines pathologies, tout ce qui est mis en œuvre pour le diminuer n'est que bénéfique. Par exemple, nous savons que le stress maternel engendre une hypersécrétion de catécholamines, responsables d'une vasoconstriction des vaisseaux placentaires, ce qui entraînerait une hypoxie fœtale [15].

IV. La médicalisation en obstétrique

IV.1 Origine de la médicalisation : la création d'une nouvelle norme sociale [20] [21] [22]

Jusqu'au XIXème siècle, l'accouchement était « *une affaire domestique gérée par des femmes : la femme en couches, ses parents et bien-sûr la matrone* ».
A cause de véritables fléaux de santé tels que la tuberculose, la syphilis et la fièvre puerpérale, mais aussi suite au manque de formation des matrones et des carences en hygiène, toute l'Europe connaissait un important taux de mortalité maternelle et infantile. A la fin du XIXème siècle, une femme sur trente cinq mourrait et le taux de mortalité infantile était de 10%.
L'élite qui croit que la richesse d'un pays dépend de son nombre d'habitants était alors très inquiète. L'enfant devenait très précieux pour la population française ; « une véritable obsession sociale autour de la maternité » s'est mise en place.

En 1930, on a encouragé fortement les patientes à accoucher dans un endroit propre et clair plutôt que chez elle. Afin de stimuler les futures mères à participer aux consultations anténatales, l'état a décidé de leur attribuer une prime de 10 francs à chaque examen effectué. De plus les services publics ont instauré la protection maternelle et infantile afin de surveiller la fréquentation des consultations. L'accouchement devient un acte médical, et non plus un acte d'entraide ou d'assistance, comme autrefois. De 1920 à 1939, les accouchements en maternité sont passés de 33% à 68%.

La grossesse n'est alors plus pensée comme « un processus physiologique, mais comme une aventure dangereuse ». L'obstétrique se présente de plus en plus comme une spécialité d'urgence. Naît alors l'idée de sécurité. Cette logique est d'ailleurs encouragée par l'Etat qui, par son premier plan de périnatalité, le décret de Dienesh, va en 1975 imposer aux maternités d'avoir un bloc chirurgical attenant aux salles d'accouchement. Ceci a mené à la fermeture de nombreuses petites structures dont les cliniques tenues par les sages-femmes libérales.
De plus, l'hôpital a mis différentes technologies biomédicales à disposition de la future mère, telles que la surveillance fœtale par cardiotocographe à partir de 1976, puis à partir de 1985, l'analgésie péridurale.

Avec ces nouveaux dispositifs, la médecine est alors mieux présente au cours de l'accouchement et ce, peut-être, au détriment de la physiologie.

IV.2. Outils de la médicalisation

IV.2.1 Conduites et surveillances de l'accouchement normal

Le décubitus dorsal [23]

Depuis Mauriceau en 1668, l'obstétrique occidentale a amorcé un tournant remarquable en adoptant sa proposition d'installer les parturientes en décubitus dorsal, sans réflexion sur la physiologie de l'accouchement, mais essentiellement pour faciliter la surveillance du travail et pour permettre l'exécution de manœuvres. Ces pratiques étaient devenues d'autant plus nécessaires que les conditions physiologiques n'étaient plus respectées.

A la différence de la position accroupie et du décubitus latéral, pour les quelles en découlent plusieurs conséquences anatomophysiologiques :

- En position accroupie, la force de gravité permet d'attirer le fœtus vers le bas, cette force est accentuée par le poids des viscères. De plus, les effets de la gravité sur le fœtus sont en synergie avec l'impact des contractions utérines.

- La position accroupie est la position qui mobilise au mieux les articulations pelviennes et permet d'optimiser les dimensions du bassin. La position dorsale, quant à elle, réduit l'intensité des contractions utérines et limite les mouvements du bassin. Elle gêne donc l'évolution normale du travail.

- Les postures verticales et latérales n'ont pas d'effet compressif sur l'aorte et la veine cave inférieure, et permettent alors une bonne hémodynamique maternelle et placentaire. A contrario, la position allongée sur le dos affecte le débit sanguin dans l'utérus ce qui peut induire une hypoxie fœtale.

En conclusion, aucune donnée ne justifie d'encourager la position allongée sur le dos pendant la première phase du travail.

En 1983, Roberts a effectué une étude sur le confort vécu par la femme lors de la première phase de dilatation. Il a conclu que les femmes préfèrent adopter une position verticale jusqu'à 6 cm de dilatation et qu'au-delà, elles préfèrent se reposer sur un lit [24].

La perfusion [11]

Elle est indispensable si la patiente souhaite bénéficier d'une analgésie péridurale afin de pallier une hypotension artérielle pouvant être délétère pour la mère et le fœtus. Sinon, elle n'est pas obligatoire, mais posée dans un but préventif, notamment en cas d'hémorragie de la délivrance. Cependant elle peut être contraignante pour la mobilité de la patiente et cet abord veineux présente un risque infectieux si les règles d'asepsie ne sont pas respectées.

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) [25]

L'auscultation intermittente s'effectue au moyen du stéthoscope monaural (Pinard), inventée en 1876, ou d'un appareil manuel Doppler à ultrasons. Elle n'a de véritable valeur que si elle est réalisée de manière rigoureuse suivant un protocole strict. En effet, l'auscultation doit être réalisée pendant 30 secondes, après une contraction et à une fréquence de toutes les 15 minutes au cours de la première phase du travail. Puis toutes

les 5 minutes au cours de la deuxième phase. Cette technique nécessite donc la présence quasi permanente de la sage-femme auprès de la patiente.

En 1960, l'auscultation intermittente a cédé sa place à l'enregistrement cardiotocographique ; il peut être continu ou discontinu. Le cardiotocographe est un appareil permettant d'associer l'enregistrement électronique du rythme cardiaque fœtal (RCF) et l'activité utérine (contractions utérines). Le RCF est un élément clé de suivi du déroulement de l'accouchement. L'objectif est de détecter d'éventuelles anomalies pouvant traduire un état de souffrance fœtale aiguë et nécessitant une prise en charge rapide, afin d'éviter une évolution fatale, ou l'évolution vers des séquelles graves et invalidantes.
Cependant, la variabilité intra et inter-observateurs est importante, reflétant les difficultés de lecture et d'interprétation des tracés. De plus, le RCF présente une bonne sensibilité, une forte valeur prédictive négative et une faible spécificité entrainant un fort taux de faux positifs. La technique semble donc plus adaptée au dépistage qu'au diagnostic. Elle nécessite donc des examens complémentaires tels que la mesure des pH, gaz du sang ou lactate au scalp.

Aucune des recommandations ne préconise la surveillance électronique continue chez les femmes à faible risque. La surveillance cardiotocographique présenterait un risque accru de recours à des actes invasifs (césariennes, extractions instrumentales).
Les recommandations anglo-saxonnes préconisent la surveillance par l'auscultation intermittente des populations à faible risque et encouragent le développement de cette pratique tombée dans l'oubli [26].

En 1989, son utilisation est estimée à 99% des cas en France; alors qu'en Angleterre, Etats-Unis et Canada, 74% des accouchements à bas risque se font sous enregistrement continu ou discontinu [25].
Il semble que l'enregistrement électronique du rythme cardiaque fœtal soit perçu comme une nécessité médico-légale [25].

Le toucher vaginal

Le diagnostic de début de travail, et l'évaluation de sa progression sont réalisés à l'aide du toucher vaginal (TV). Ainsi, afin d'évaluer la dilatation cervicale, le praticien va juger de la position du col (postérieur ou centré), de son degré de raccourcissement, de sa consistance, et de sa dilatation en centimètre. Mais il va aussi analyser la flexion, l'orientation, l'engagement, la descente et la rotation de la tête fœtale.

Malgré son importance dans le suivi du travail d'une femme, il a été montré que le TV génère douleur et inconfort. Ainsi, pas moins de 85% des patientes déclarent vivre le TV comme une expérience négative [27].
Enfin, il a été démontré que le risque infectieux intervient à partir d'un nombre de TV supérieur à six pendant le travail, augmentant considérablement le risque d'infections néonatales précoces à Streptocoque B [28].
Selon l'OMS, un toucher vaginal toutes les quatre heures est suffisant durant la phase active d'un travail physiologique [11].
En moyenne il se pratique toute les 2h avant la rupture des membranes et avant 5cm de dilatation, puis toute les heures [16].

L'analgésie péridurale

Selon l'enquête périnatale nationale de 2010, on note une forte augmentation de la prise en charge de la douleur par l'anesthésie péridurale. Au total, 81% des femmes ont accouché avec une APD ou une rachianesthésie, contre 63% en 2003, dont 85% dans les maternités de niveau III [6].
Ce taux est nettement supérieur à celui de certains pays européens, comme les Pays-Bas où on constate seulement 15% de néerlandaises sous anesthésie péridurale au cours du travail [29].

Selon le Ciane (Comité Inter Associatif autour de la Naissance) les femmes qui souhaitent accoucher sans péridurale manqueraient de choix dans le système français «*car les pratiques actuelles favorisent le besoin de péridurale : monitoring en continu, perfusion (entraînant un manque de mobilité qui pourtant diminuerait les scores de douleur) ; utilisation d'ocytocine rendant les contractions plus douloureuses* » [29].

La qualité analgésique de la péridurale est bien meilleure qu'avec les autres techniques (morphinique par perfusion, protoxyde d'azote inhalé, bloc des nerfs honteux) [14]. Cependant, l'analgésie péridurale peut avoir une incidence sur le déroulement du travail. L'étude de Thorp et Coll [30] a démontré par exemple qu'une mise en place précoce (avant 5cm) de l'analgésie péridurale augmentait la durée moyenne de la phase de la dilatation. De plus, l'APD provoque un blocage de la conduction nerveuse au niveau des fibres motrices, la relaxation des muscles du plancher pelvien qui en résulte entraîne alors une diminution plus ou moins importante des efforts expulsifs et concourt ainsi à des effets délétères sur la mécanique obstétricale.

Selon l'OMS, il existe plusieurs méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur qui peuvent être utilisé pendant l'accouchement, tels que le bain, les massages, les techniques pouvant focaliser l'attention de la patiente (respiration, relaxation…) [11].

L'épisiotomie

La proportion de femmes ayant subi une épisiotomie est passée de 47% à 30% entre 2003 et 2010 [6]. Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) ont donc eu un impact notable sur cet acte. En effet, au vu des pratiques des autres pays européens (13% d'épisiotomies faites en Grande-Bretagne, 6% en Suède) et de l'absence de preuve scientifique concernant les bénéfices d'une épisiotomie, le groupe de travail a estimé, en 2006, que le taux global national d'épisiotomie devrait se situer en dessous de 30% lors des accouchements par voie basse
De plus, cet article stipule que « nous manquons actuellement d'études randomisées pour évaluer des actions permettant de réduire le recours aux épisiotomies. Cependant, des études ont montré que les positions verticales ou latérales pendant la 2ème phase du travail étaient associées à un moindre recours aux épisiotomies que la position en décubitus dorsal [31].

En France, l'épisiotomie est très généralement médio-latérale. Mais cette pratique ne préviendrait pas la survenue de déchirures périnéales du 3ème et 4ème degré, d'une incontinence urinaire d'effort, d'impériosité mictionnelle ou d'une incontinence anale.

De plus, par rapport à une déchirure spontanée, l'épisiotomie semble augmenter les pertes sanguines ainsi que l'inconfort et la douleur du périnée en post-partum [31].

Cette pratique doit donc finalement être réalisée à la libre appréciation du praticien.

La délivrance

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la première cause de mortalité maternelle. Nous pouvons parler d'hémorragie de la délivrance quand les pertes sanguines sont supérieures à 500ml dans les 2 heures qui suivent un accouchement par voie basse.

Plusieurs gestes ont montré leur efficacité quant au raccourcissement du délai de la délivrance.
Le décubitus dorsal permet la stimulation de l'utérus rétracté, celui-ci retombe sur le rachis et a alors un effet favorisant sur la phase de décollement. Le clampage précoce du cordon induit la contraction utérine et permet le décollement prématuré du placenta. Mais il n'y a encore aucune preuve que ces pratiques réduisent le risque d'HPP.
La délivrance dite dirigée est une direction pharmacologique de l'ensemble de la délivrance. Elle a pour but de raccourcir cette période en limitant les pertes sanguines. Elle consiste a administré une ampoule de 5 UI d'ocytocine en intraveineuse directe lors du dégagement de l'épaule antérieure.
Cette pratique a d'abord été réalisée chez les patientes ayant des facteurs de risque hémorragique, mais des études [32] ont montré un bénéfice de sa réalisation systématique, y compris pour les grossesses physiologiques. Actuellement, 83% des femmes ont une délivrance dirigée [6].
Il en résulte un fort raccourcissement du délai de la délivrance. En effet, 5% des délivrances sont non réalisées à 20 minutes et 3% sont réalisées au-delà de 30 minutes [32].
De plus, il a été clairement démontré que l'usage prophylactique d'ocytociques réduit le risque d'hémorragies du post-partum d'environ 40% [33].

IV.2.2 Outils de direction du travail

La rupture artificielle des membranes (RAM)

Le rôle de la poche des eaux est capital. En effet, celle-ci intervient pour protéger le fœtus contre les chocs extérieurs, les différences de températures et les infections. Il est alors préférable de retarder la rupture artificielle de la poche des eaux et d'avoir une raison valable pour modifier sa survenue spontanée.

L'amniotomie est la surgical induction des Anglo-Saxons qui l'utilisent très largement [34]. C'est l'un des actes les plus fréquemment pratiqués aujourd'hui par les obstétriciens et les sages-femmes. L'objectif principal de l'amniotomie est d'accélérer les contractions et de réduire ainsi la durée du travail.
Il a été prouvé que l'amniotomie précoce raccourcissait la durée du travail sans pour autant réduire les taux globaux de césariennes de même que le taux d'extractions instrumentales.
Mais, une rupture artificielle précoce des membranes induit plus fréquemment des anomalies du RCF à types de ralentissements variables et tardifs et serait donc susceptible d'augmenter le taux de césariennes pour anomalies du rythme cardiaque fœtal [35].

La perfusion d'ocytocine

Elle constitue le traitement essentiel des dystocies dynamiques, après avoir effectué une RAM.
Plusieurs préparations sont utilisables :

- 5 ou 10 unités dans 500 mL en cas d'utilisation d'une pompe volumétrique
- 5 unités dans 49 mL de sérum glucosé en cas d'utilisation d'une seringue électrique.

L'importance du débit et des doses d'ocytocine dans le traitement des dystocies dynamiques est toujours sujet à controverse. En effet, actuellement aucune étude comparative ne permet de savoir quelle dose d'ocytocine présente la meilleure efficacité pour résoudre des dystocies, avec la meilleure tolérance materno-fœtale.

Il a cependant été démontré que l'administration de fortes doses et l'augmentation du débit d'administration (toutes les 15 à 30min vs toutes les 30 à 60 min), pour améliorer la progression du travail, favorisaient l'hyperstimulation utérine et les troubles du RCF en étant associé a une acidose néonatale [35].
En revanche, des études ont montré que lorsque que l'administration d'ocytocine était utilisée précocement, il n'y avait pas de diminution d'intervalle induction-accouchement, ni de réduction du taux d'extractions instrumentales ou de césariennes. [33]

Selon le compte rendu des 36èmes assises nationales des sages-femmes, à Marseille en 2008, « *redonner la maîtrise de leur accouchement aux femmes sans pour autant perdre en sécurité devrait être l'objectif des professionnels de la naissance.* » En effet, « *le milieu médical entoure la parturiente d'un luxe de précautions (dont certaines légitimes) qui se sont rajoutées les unes aux autres au fil du temps* », et ont progressivement donné la sensation à certaines femmes d'êtres dépossédées de leur accouchement [36]. Il semble donc aujourd'hui indispensable de reconsidérer chaque geste systématique afin d'évaluer son intérêt, en l'état des connaissances actuelles de la science et du risque médico légale.

MATERIEL ET METHODES

I. Le type d'étude

Nous avons élaboré une étude transversale descriptive à visée étiologique de types « ici ailleurs ».
Les maternités étudiées étaient celles du CHU Estaing de Clermont-Ferrand (63), maternité de niveau III (3543 accouchements en 2011) et celle du CH Paul Ardier à Issoire (63), maternité de niveau I (727 accouchements en 2011).

L'objectif principal de notre étude était de savoir si les grossesses à bas risque étaient plus sujettes à une surmédicalisation en salle de naissance de niveau III qu'en salle de naissance de niveau I.

L'objectif secondaire était de savoir s'il existe plus de complications maternelles au cours de l'accouchement chez les patientes prises en charge dans les maternités de niveau III par rapport à celles prises en charge dans les maternités de niveau I.

II. Matériel

II.1 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était «la surmédicalisation» pendant le travail. C'est un critère de jugement composite que nous avions défini comme étant le fait d'avoir eu un déclenchement, et/ou une anesthésie posée précocement (dilatation cervicale < 3cm), et/ou une administration d'ocytocine, et/ou une rupture artificielle précoce des membranes (dilatation cervicale < 5cm).

Le critère de jugement secondaire était le déroulement de l'accouchement : mode d'accouchement (voie basse spontanée, extraction instrumentale, césarienne), durée du travail et des efforts expulsifs, complications périnéales (déchirures du 2ème et 3ème degré et épisiotomie).

II.2 Population

Notre population se compose de femmes ayant accouché au CHU de Clermont-Ferrand entre le 1er avril 2011 et le 31 mai 2011, et de femmes ayant accouché au CH Paul Ardier d'Issoire entre le 1er avril 2011 et le 15 août 2011.

II.3 Echantillon

- Critères d'inclusion

Pour être inclus dans l'étude, il a fallu appartenir aux grossesses à bas risque. Ce groupe s'appuie sur les recommandations de 2007 de la HAS. [Annexe 1]

- Critères d'exclusion

Toute patiente présentant un des facteurs de risques sociaux psychologiques, ou un des antécédents, ou une des situations à risques en cours de grossesse, définie par les recommandations de 2007 de la HAS, ont été exclue de notre étude. Ceci sans considération de gravité. [Annexe 1]

III. Méthode

III.1 Recueil des données

Le recueil de données s'est déroulé du 20/12/2011 au 15/01/2012.

A partir de certains critères d'exclusion de grossesses à bas risque : âge < 18 ans ou ≥ 35 ans, IMC < 17,5 kg/m² ou > 40 kg/m², grossesses non singleton, présentation non céphalique, accouchement < 37 SA ou ≥ 42 SA , le Département d'Information Médicale (le DIM) nous a aidé à faire une présélection de notre population pour le CHU de Clermont-Ferrand.
Puis les autres facteurs de risques ont été éliminés par lecture des dossiers, consultés à partir du système d'informations médicales « ICOS maternité » disponible sur les ordinateurs de la maternité.
Ainsi sur 585 accouchements, ayant eu lieu entre le 1er avril 2011 et le 31 mai 2011 au CHU Estaing, nous avons pu inclure dans notre étude 100 grossesses à bas risque.

Voulant étudier le même nombre de dossier au CH d'Issoire, par consultation des dossiers papiers, nous avons également sélectionné 100 patientes, sur les 447 accouchements ayant eu lieu du 1er avril 2011 au 15 août 2011, et étudié leurs prises en charge.
Ainsi, 200 grossesses à bas risque ont été incluses dans notre étude.

III.2 Analyse statistique

Les résultats ont été saisis à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel 2003 et analysés avec le logiciel statistique R.

Lors des comparaisons des différentes variables qualitatives, nous avons utilisé le test de khi2 afin de savoir si la différence entre les deux groupes étudiés était statistiquement significative quand les effectifs théoriques étaient supérieurs à 5. Dans le cas inverse, nous avons utilisé le test de Fisher. Pour les variables quantitatives nous avons utilisé le test t de Student.

Le seuil significatif de *p* a été fixé à 0,05. Ainsi si $p<0,05$, le lien entre les variables pouvait être affirmé.

De plus, nous avons aussi calculé le risque relatif (RR) afin de mesurer le bénéfice relatif.Ainsi, un RR < 1 témoigne d'un effet bénéfique, un RR = 1 indique aucun effet et un RR > 1 signale un effet délétère.

Compte tenu de nos faibles effectifs, nous avons dû compléter ces calculs par l'étude de l'odds ratio (OR). Son interprétation est identique à celui du risque relatif.

L'ensemble des représentations graphiques a été réalisé à partir du logiciel Microsoft Office Excel 2003.

III.3 Particularité éthique

L'étude a été réalisée selon les règles éthiques exigées en matière de publications médicales. Avant de commencer le recueil de données, les autorisations d'accès aux dossiers médicaux du médecin et de la sage-femme cadre supérieur du pôle du CHU de Clermont-Ferrand (Monsieur Jacquetin et Madame Delpirou) et du pôle du CH d'Issoire (Monsieur Mansoor et Madame Hegay), ainsi que de Madame Auriol, directrice de mémoire, et de Madame Poumeyrol, sage-femme guidante de ce projet, ont été préalablement recueillies.

L'anonymat des patientes a été respecté dans la mesure où seul le numéro « Identifiant du patient » a été utilisé pour référencer les dossiers.

RESULTATS

I. Présentation de la population d'étude

Notre population était composée de 200 patientes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude. Ainsi, avions-nous un effectif de 100 patientes en maternité de niveau III pour le CHU Estaing de Clermont-Ferrand, et de 100 patientes en maternité de niveau I pour le CH Paul Ardier d'Issoire.

I.1. Caractéristiques sociaux démographiques

Le tableau 1 décrit les caractères sociaux démographiques de la population étudiée.
En niveau III, la moyenne d'âge maternel était de 27,4 ans (+/- 4). Nous avions principalement des patientes âgées de 26 à 30 ans (40%).
En niveau I, la moyenne d'âge maternel était de 28,3 ans (+/- 3,5), de même la plus grande partie de nos patientes (52%) avaient un âge compris entre 26 et 30 ans.

En niveau III, l'origine géographiques de toutes nos patientes était renseigné, elles étaient à 80% originaires de France.
En niveau I, l'origine ethnique de 70% des patientes figurait dans les dossiers (soit 30 données manquantes), ainsi 87% des patientes étaient originaires de France (n = 61).

Tableau 1 : Description des caractères sociaux démographiques des patientes en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n= 100) %	p
Ages maternels	(n = 100)	(n = 100)	0,15
[18-25ans]	33	19	-
]25-30ans]	40	52	-
]30-35ans[	27	29	-
Origines géographiques	(n = 100)	(n = 70)	0,18
France [1]	80	87	-
Afrique du Nord	9	6	-
Autres	11	7	-

[1] : France métropolitaine

Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre nos deux populations en ce qui concerne l'âge maternel (p = 0.15) et l'origine géographique (p = 0.18).

I.2. Caractéristiques obstétricales

Nous avions étudié la gestité et la parité des patientes à leur arrivée en salle de naissance. C'est-à-dire qu'on se situe avant leur dernier accouchement.

Le tableau 2 décrit les caractéristiques obstétricales de la population étudiée.
En niveau III, notre population était principalement composée de primigestes (48%) et de nullipares (60%).

En niveau I, notre population était principalement composée de deuxième geste (44%) et de multipares (54%).
Nous savons que la prise en charge des patientes en salle de naissance est différente selon la parité. Ainsi, dans la suite de nos résultats, nous avons dû différencier les nullipares des multipares, afin d'avoir un raisonnement clinique juste.

Quelque soit le type de maternité, le terme moyen de l'accouchement était de 40 SA (+/- 0.9 SA en niveau III et +/- 1 SA en niveau I). Dans nos deux populations, le terme minimal retrouvé était de 37 SA et le terme maximal de 41+5 SA.

Tableau 2 : Caractéristiques obstétricales des patientes en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 100) %	p
Gestités	(n = 100)	(n = 100)	0,13
G1	48	34	-
G2	34	44	-
G3	11	14	-
G4	6	5	-
G5	1	3	-
Parités	(n = 100)	(n = 100)	0,2
Nullipare	60	46	-
Multipare	40	54	-
Ages gestationnels	(n = 100)	(n = 100)	0,1
[37-39 SA]	54	39	-
≥ 40 SA	46	61	-

Nous n'avions pas de différence statistiquement significative entre nos deux populations quant à la gestité (p = 0.13) et la parité (p = 0.2).

I.3. Prise en charge en salle de naissance.

Le tableau 3 décrit les différents caractéristiques de la prise en charge, en salle de naissance, de la population étudiée.

Dans les deux maternités, aucune patiente n'avait présenté un projet de naissance à l'équipe obstétricale.

Pour les patientes nullipares la dilatation moyenne cervicale à l'arrivée en salle de naissance était supérieure en niveau I (**4.8 cm** +/- 1.8 cm) par rapport au niveau III (**4.3cm** +/- 1.6cm).

Il en est de même pour les multipares, ou la dilatation cervicale moyenne était de **5.2 cm** (+/- 2.3cm) en niveau I et **4.6 cm** en niveau III (+/- 1.8 cm).

34% des patientes en niveau III ont été prises en charge avant la phase active du travail, soit 20% de nullipares et 14% de multipares. Cette période était définie dans notre revue de littérature par la phase de latence qui précède 3 centimètres de dilatation cervicale.

Tableau 3 : Caractéristiques de la prise en charge des patientes, en salle de naissance, en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 100) %	p
Voie veineuse périphérique	100	98	0,5
Perfusion	99	92	0,06
Déambulation [1]	11	18	0,11
Dilatation à l'entrée en salle de naissance	-	-	0,13
< 3cm	34	24	-
[4cm-10cm[	64	69	-
≥ 10cm	2	7	
Changement de position pendant le travail	67	64	0,9
Nombre de touchers vaginaux	5,29 (+/- 2)	4,5 (+/-1,7)	0,01

[1] : déambulation après l'admission à l'accueil des urgences obstétricales et avant l'installation en salle de naissance.

Nous n'avons pas retrouvé de différences statistiquement significatives quant aux différentes caractéristiques étudiées dans la prise en charge des patientes entre les deux types de maternités ($p > 0.05$), excepté en ce qui concerne le nombre de touchers vaginaux ($p = 0.01$). En effet, les patientes sont en moyenne plus souvent examinées dans les maternités de niveau III que dans celles niveau I.

II. La surmédicalisation en salle de naissance

La surmédicalisation dans notre population générale est décrite dans le tableau 4.

Le risque d'être surmédicalisé était plus élevé en niveau III qu'en niveau I : RR= 1.2 (95% IC: 0.9-1.62). Après ajustement, ce risque était de 1.44 (95% IC: 0.82-1.51).

Tableau 4 : Comparaison de la surmédicalisation en salle de naissance selon le niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 100) %	RR (95% IC)	OR (95% IC)	p
Surmédicalisation	(n = 52) 52	(n = 43) 43	1,2 (0,9-1,62)	1,44 (0,82-2,51)	0,25
Déclenchement	15	10	-	-	0,4
Anesthésie précoce [1]	26	22	-	-	0,9
RAM précoce [2]	9	5	-	-	0,5
Ocytocine sans dystocie dynamique [3]	24	24	-	-	0,9

[1] : anesthésie avant la phase active du travail.
[2] : rupture artificielles des membranes avant 5cm de dilatation cervicale.
[3] : hypocinésie (de fréquence et d'intensité), et/ou hypercinésie, et/ou hypertonie, et/ou dysharmonie contractile dyscinésie, et/ou dyscinésie.

Selon le test du Chi ², nous constatons aucune différence statistiquement significative ($p > 0.05$) au sein des différents critères de la surmédicalisation entre les deux niveaux de maternité.

Le tableau 5 décrit la surmédicalisation au sein des nullipares entre les maternités de niveau III et de niveau I. Nous avions 58% (n = 35) des nullipares qui ont été surmédicalisées en niveau III vs 60% (n = 28) en maternité de niveau I. Mais ce risque n'était pas plus élévé selon le niveau de la maternité : RR= 0.95 (95% IC: 0.69-1.3). Après ajustement, ce risque relatif était de 0.89 (95% IC: 0.41-1.97).

Tableau 5 : Comparaison de la surmédicalisation en salle de naissance selon le niveau de la maternité chez les nullipares.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 60) %	Niveau I (n = 46) %	RR (95% IC)	OR (95% IC)	p
Surmédicalisation	(n = 35) 58	(n = 28) 60	0,95 (0,69-1,3)	0,89 (0,41-1,97)	0,77
Déclenchement	(n = 7) 12	(n = 8) 17	-	-	0,55
Anesthésie précoce	(n = 18) 30	(n = 10) 22	-	-	0,78
RAM précoce	(n = 3) 5	(n = 1) 2	-	-	0,85
Ocytocine sans dystocie dynamique	(n = 18) 30	(n = 16) 35	-	-	0,71

Selon le test du Chi², nous constatons aucune différence statistiquement significative ($p > 0.05$) au sein des différents critères de la surmédicalisation entre les deux niveaux de maternité.

Le tableau 6 décrit la surmédicalisation au sein des multipares entre les maternités de niveau III et de niveau I. Nous avions 43% (n = 17) des nullipares qui ont été surmédicalisé en niveau III, vs 28% (n = 15) en maternité de niveau I. Ce risque était plus élevé en niveau III qu'en niveau I : RR= 1.53 (95% IC: 0.87-2.68). Après ajustement, ce risque était de 1.92 (95% IC: 0.81-4.5).

Tableau 6 : Comparaison de la surmédicalisation en salle de naissance selon le niveau de la maternité chez les multipares.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 40) %	Niveau I (n = 54) %	RR (95% IC)	OR (95% IC)	p
Surmédicalisation	(n = 17) 43	(n = 15) 28	1,53 (0,87-2,68)	1,92 (0,81-4,5)	0,2
Déclenchement	(n = 8) 20	(n = 2) 4	-	-	0,01
Anesthésie précoce	(n = 8) 20	(n = 12) 22	-	-	0,68
RAM précoce	(n = 6) 15	(n = 4) 7	-	-	0,3
Ocytocine sans dystocie dynamique	(n = 6) 15	(n = 8) 15	-	-	0,62

Selon le test du Chi², nous ne retrouvons pas de différence statistiquement significative ($p > 0.05$) au sein des différents critères de la surmédicalisation entre les deux niveaux de maternité, excepté en ce qui concerne la mise en travail, nous avions 20% de déclenchement en niveau III vs 4% en niveau I, ($p = 0.01$).

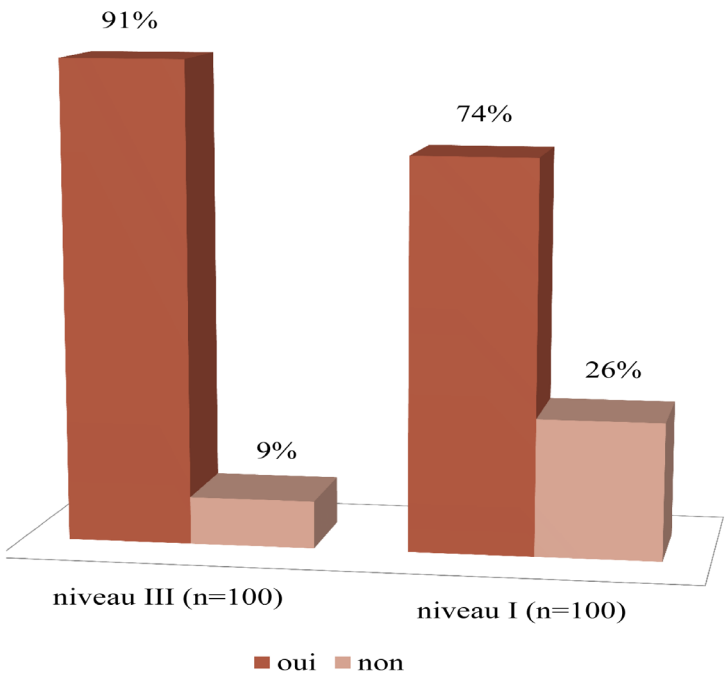
- la mise en travail

En maternité de niveau III, le motif principal de déclenchement était la rupture prématurée des membranes (n = 10/15). Huit patientes ont été déclenchées par l'administration de prostaglandine, sept patientes par l'administration d'ocytocine.
En maternité de niveau I, le motif principal de déclenchement était le dépassement de terme (n = 6/10). Toutes les patientes ont été déclenchées à l'aide de prostaglandine.

- l'anesthésie

La figure 1 montre que les patientes de niveau III étaient plus nombreuses (91%) à bénéficier d'une anesthésie pendant le travail que les patientes de niveau I (74%). D'après le Chi ², cette différence est statistiquement significative (p = 0.003).

Figure 1 : Patientes sous anesthésie (analgésie péridurale ou rachi-anesthésie) en fonction du niveau de la maternité (n = 200)



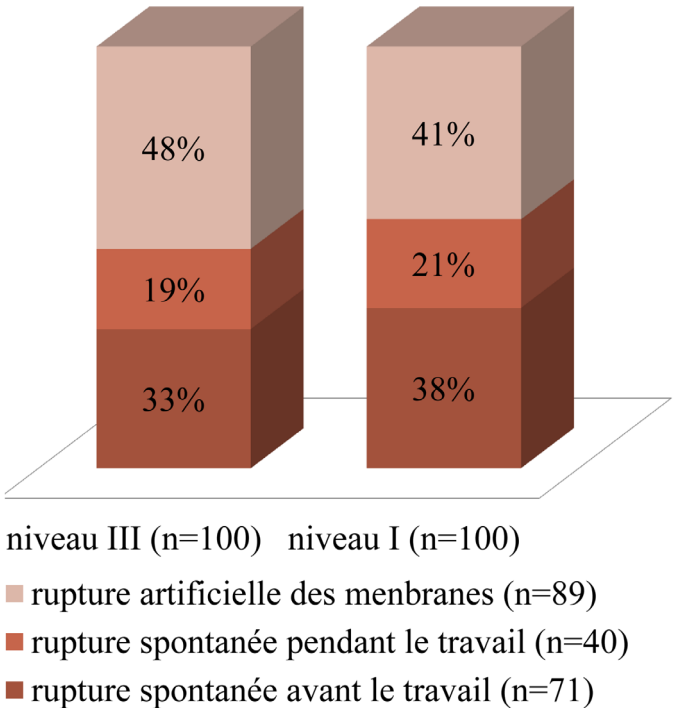
Nous avons recensé une rachi-anesthésie en niveau III. Nous avions donc 165 cas d'analgésie péridurale en tout.

- la rupture de la poche des eaux

La figure 2 montre les différents mode de rupture des membranes en fonction du niveau de la maternité.

48% des patientes ont eu une rupture artificielle de la poche des eaux en maternité de niveau III vs 41% en maternité de niveau I. Cependant , d'après le Chi², cette différence n'est pas statistiquement significative (p=0.6).

Figure 2 : Mode de rupture de la poche des eaux en fonction du niveau de la maternité (n = 200).



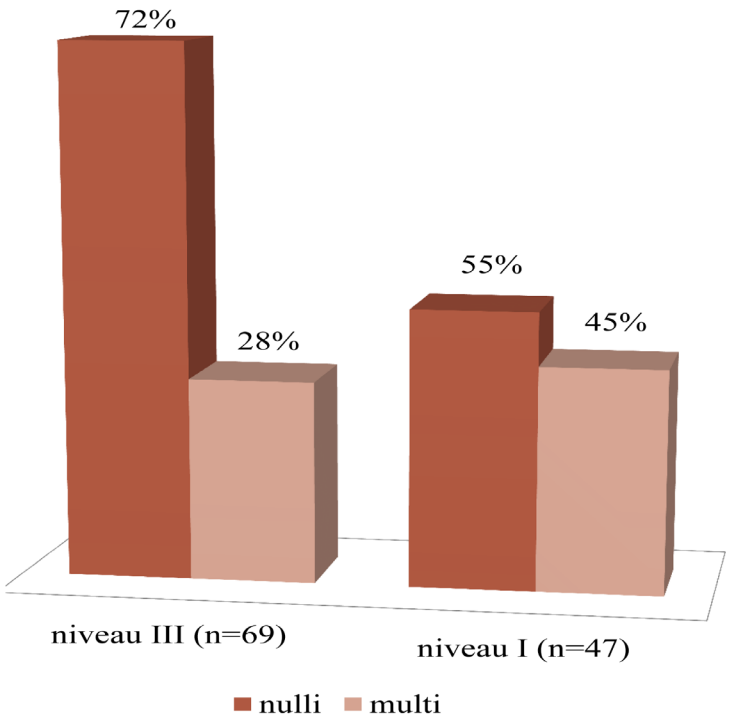
Dans les deux types de maternité, la dilatation cervicale minimale à la rupture artificielle de la poche des eaux était de 3cm et la dilatation maximale de 10cm.

- administration d'ocytocine

La figure 3 montre le nombre de patientes ayant reçu de l'ocytocine au cours du travail en fonction du niveau de la maternité.
En maternité de niveau III, 69% des femmes ont reçu de l'ocytocine pendant le travail vs 47% des patientes en maternité de niveau I. Cette différence est statistiquement significative (p= 0.002)

Sur cet échantillon de population nous retrouvons 72% des patientes de niveau III qui étaient des nullipares contre 55% en niveau I. Cette différence est statistiquement significative (p=0.007).

Figure 3 : Patientes ayant reçu de l'ocytocine pendant le travail en fonction du niveau de la maternité. (n = 116)



En niveau III, la vitesse minimale du PSE, administrée aux patientes, était de 1.5cc/h et la vitesse maximale de 6cc/h.
En niveau I, la vitesse minimale était de 1.5cc/h et la vitesse maximale de 8cc/h.

III. Le déroulement de l'accouchement

III.1 La durée du travail

Le tableau 7 donne la durée totale du travail de la population étudiée (temps total passé en salle de naissance).

La durée totale du travail était plus importante pour les patientes du niveau III (5h14 +/-2h30) que pour les patientes du niveau I (4h10 +/-2h50).

Tableau 7 : Comparaison de la durée totale du travail en salle de naissance en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 100) %	p
Population générale	(n =100)	(n = 100)	0,005
<2h	12	25	-
2-4h	28	29	-
4-6h	27	33	-
6-8h	23	7	-
>8h	10	6	-
Nullipares	(n = 60)	(n = 46)	0,2
<2h	(n = 8)	(n = 6)	-
2-4h	(n = 13)	(n = 7)	-
4-6h	(n = 18)	(n = 22)	-
6-8h	(n = 16)	(n = 7)	-
>8h	(n = 8)	(n = 4)	-
Multipares	(n = 40)	(n = 54)	0,02
<2h	(n = 8)	(n = 20)	-
2-4h	(n = 15)	(n = 21)	-
4-6h	(n = 10)	(n = 10)	-
6-8h	(n = 5)	(n = 1)	-
>8h	(n = 2)	(n = 2)	-

12% de la population du niveau III ont eu une durée du travail de moins de 2h, vs 25% en maternité de niveau I.

D'après le test de Student, la durée du travail est statistiquement différente, toute parité confondue, entre le niveau III et le niveau I ($p<0.05$).

III.2 Le temps resté à dilatation complète

Le tableau 8 décrit le temps resté à dilatation complète de la population étudiée. Parmi les accouchements voie basse, cette durée était plus longue en maternité de niveau III (1h02 +/- 52min) qu'en maternité de niveau I (58min +/- 54min).

Tableau 8 : Comparaison du temps resté à dilatation complète en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 91) %	p value
Population générale	(n = 100)	(n = 91)	0,5
<30min	39	55	-
30-120min	49	38	-
>120min	12	7	-
Nullipares	(n = 60)	(n = 40)	0,9
<30min	(n = 16)	(n = 13)	-
30-120min	(n = 35)	(n = 20)	-
>120min	(n = 9)	(n = 7)	-
Multipares	(n = 40)	(n = 51)	0,07
<30min	(n = 23)	(n = 27)	-
30-120min	(n = 15)	(n = 16)	-
>120min	(n = 2)	(n = 8)	-

39% de la population du niveau III est restée à dilatation complète pendant moins de 30min, vs 50% en maternité de niveau I. Et 12% en niveau III ont dépassé les 2h de dilatation complète, vs 7% en maternité de niveau I.

Cependant, quelle que soit la parité, d'après le test de Student, cette différence n'est pas statistiquement significative (p>0.05).

III.3 Durée des efforts expulsifs

Le tableau 9 décrit la durée des efforts expulsifs de la population.

La durée des efforts expulsifs était plus courte en maternité de niveau III (14min +/- 11min vs 16min +/- 13min).

Tableau 9 : Comparaison de la durée des efforts expulsifs en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 91) %	p value
Population générale	(n = 100)	(n = 91)	0,35
<5min	28	24	-
5-20min	47	55	-
20-30min	17	14	-
>30min	8	7	-
Nullipares	(n = 60)	(n = 40)	0,056
<5min	(n = 7)	(n =2)	-
5-20min	(n = 29)	(n = 16)	-
20-30min	(n = 17)	(n = 10)	-
>30min	(n = 7)	(n = 12)	-
Multipares	(n = 40)	(n = 51)	10^{-5}
<5min	(n = 21)	(n = 11)	-
5-20min	(n = 18)	(n = 34)	-
20-30min	(n = 1)	(n = 3)	-
>30min	(n = 0)	(n = 3)	-

12% de nullipares en niveau III ont poussé pendant plus de 30 minutes, vs 30% en niveau I. Chez les multipares, aucune patiente en niveau III a poussé pendant plus de 30 minutes, alors que 6% de multipares en niveau I ont dépassé les 30 minutes d'efforts expulsifs. D'après le test de Student, ces différences sont statistiquement significatives ($p<0.05$).

III.4 Le mode d'accouchement

Le tableau 10 décrit les différents mode d'accouchement de la population étudiée. En niveau III, 95% des nouveau-nés se sont dégagés en occipito-pubien, et 5% en occipito-sacré. De plus, toutes les patientes ont accouché en décubitus dorsal.

En niveau I, 98% des nouveau-nés se sont dégagés en occipito-pubien, et 2% en occipito-sacré. De plus, 98% des patientes ont accouché en décubitus dorsal et 2% en décubitus latéral.

Tableau 10 : Comparaison du mode d'accouchement en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 100) %	p value
Population générale	(n = 100)	(n = 100)	-
Voie basse spontanée	79	77	-
Voie basse instrumentale	21	14	0,06
césarienne	0	9	0,002
Nullipares	(n = 60)	(n = 46)	-
Voie basse spontanée	(n = 40)	(n = 29)	-
Voie basse instrumentale	(n = 20)	(n = 11)	0,4
césarienne	(n = 0)	(n = 6)	0,01
Multipares	(n = 40)	(n = 54)	-
Voie basse spontanée	(n = 39)	(n = 48)	-
Voie basse instrumentale	(n = 1)	(n = 3)	0,34
césarienne	(n = 0)	(n = 3)	0,34

En maternité de niveau III, 21% des accouchements ont été non eutociques, tous étaient dû à une extraction instrumentale.
En maternité de niveau I, nous avions 23% d'accouchements non eutociques, dûs pour 14% des patientes à une extraction instrumentale et pour le reste (9%) à une césarienne.

- En niveau III, les extractions instrumentales se sont faites pour toutes les patientes par ventouse.
- En niveau I, 13/14 patientes ont eu une ventouse et 1/14 des forceps.

En sachant qu'une patiente peut avoir une extraction instrumentale, ou une césarienne, pour plusieurs motifs associés, les principales causes d'extractions instrumentales étaient :

- En niveau III : l'altération du RCF (n=16), puis une non progression de la présentation (n=11).
- En niveau I : l'altération du RCF (n=7), puis des efforts expulsifs insuffisants (n=6).

En niveau I, le motif principal des césariennes étaient une stagnation de la dilatation (n=6).

III.5 Les complications périnéales

Le tableau 11 décrit les complications du périnée (déchirures du 2ème et 3ème degré et épisiotomie) entre les deux populations étudiées.
Nous avions 20% de la population en niveau III qui ont eu un périnée intact après l'accouchement, vs 32 % en niveau I.

Tableau 11 : Comparaison des complications périnéales en fonction du niveau de la maternité.

Niveau de la maternité	Niveau III (n = 100) %	Niveau I (n = 91) %	p
Population générale	(n = 28)	(n = 12)	0,01
Déchirure du 2ème et 3ème degré[1]	(n = 2)	(n = 0)	-
Episiotomie	(n = 26)	(n = 12)	0,02
Nullipares	(n = 24)	(n = 7)	0,02
Déchirure du 2ème et 3ème degré	(n = 2)	(n = 0)	-
Episiotomie	(n = 22)	(n = 7)	0,051
Multipares	(n = 4)	(n = 5)	0,9
Déchirure du 2ème et 3ème degré	(n = 0)	(n = 0)	-
Episiotomie	(n = 4)	(n = 5)	0,08

1 : Déchirure du 2ème degré ou déchirure complète : la lésion touche le sphincter externe de l'anus.
Déchirure du 3ème degré ou déchirure complète compliquée : la paroi anale est rompue, mettant directement en communication le vagin et le rectum (atteinte de la cloison rectovaginale et de la muqueuse anale).

Nous avions plus de complications périnéales en niveau III (28%) qu'en niveau I (12%). Cette différence est statistiquement significative (p = 0.01).
Ainsi, plus d'épisiotomies ont été pratiquées en maternité de niveau III qu'en maternité de niveau I (26% vs 14%). Cette différence est statistiquement significative ($p<0.05$).

III.6 Délivrance

91% des patientes ont eu une délivrance dirigée dans les deux maternités.

- En niveau III : parmi les 100 accouchements par voie basse, nous avons eu quatre rétentions placentaires et une hémorragie de la délivrance, les pertes étaient quantifiées à 550ml.

- En niveau I : parmi les 91 accouchements par voie basse, nous avons eu une rétention placentaire et une délivrance incomplète. Une patiente a eu une hémorragie de la délivrance avec des pertes quantifiées à 850 ml.

DISCUSSION

I. Remarques sur l'étude

I.1 Les faiblesses et limites de l'étude

La principale limite de notre étude réside dans son échantillon réduit, bien que 200 dossiers ont été analysés. Une étude recensant plus de patientes aurait peut être permis d'obtenir plus de résultats statistiquement significatifs.

De plus, afin d'avoir une vision globale de la prise en charge des grossesses à bas risque, nous avons sélectionné notre population sans distinction de parité. Hors, nous savons que le travail d'une nullipare ne se déroule pas de la même manière que le travail d'une multipare. Nous avons donc dû, parfois, différencier les nullipares des multipares afin de limiter au mieux ce biais de sélection.

Les résultats présentés ne sont pas généralisables à l'ensemble des maternités de type I et III. Les différences observées peuvent être le fait de pratiques propres aux deux maternités étudiées (CHU Estaing de Clermont-Ferrand et le CH d'Issoire), bien que ces deux maternités appartiennent au même réseau (le Réseau de santé périnatale d'Auvergne) et partagent, à priori, certains protocoles.

Par ailleurs, la prise en charge des patientes en salle de naissance dépend de nombreux facteurs comme la personnalité et les habitudes de la sage-femme, son interprétation personnelle du comportement des patientes (douleur, fatigue…), mais aussi du contexte (charge de travail, présence ou non d'étudiant sage-femme, gestion des urgences…).

I.2 Les forces de l'étude

En pleine période de débat sur les maisons de naissances et l'accès aux plateaux techniques pour les sages-femmes libérales, cette étude propose de faire un état des lieux de la prise en charge en salle de naissance des grossesses physiologiques au sein de deux maternités de niveau différent.

II. Caractéristiques de la population

II.1 L'âge des patientes

La moyenne d'âge de notre population d'étude est d'environ 27 ans en niveau III et 28 ans en niveau I.

Selon l'INSEE, l'âge moyen des accouchées en 2010 est de 29,7 [6]. Notre population a donc un âge légèrement inférieur aux données établies par l'INSEE, ceci peut s'expliquer par le fait que nous avons sélectionné seulement des grossesses à bas risque, et donc des patientes ayant entre 18 et 35 ans.

II.2 Gestité et parité des patientes

Nous retrouvons plus de primigestes (48% vs 34%) et également plus de nullipares (60% vs 46%) en niveau III qu'en niveau I.

Nous pouvons imaginer que les nullipares sont peut-être plus inquiètes et peuvent en l'occurence se sentir plus rassurées d'accoucher dans de grandes structures avec une équipe obstétricale présente 24h/24, plutôt que dans une maternité de niveau I, où le pédiatre est généralement d'astreinte.
Enfin, cette différence de parité peut expliquer l'inégalité de la moyenne d'âge entre les types de maternité.

II.3 Prise en charge en salle de naissance

- voie veineuse et perfusion

Dans les deux types de maternité, nous retrouvons pratiquement la totalité des patientes avec une voie veineuse et une perfusion au cours du travail.

En effet, la pose de voie veineuse périphérique est une sécurité indispensable en hospitalisation. Elle peut-être plus contraignante, mais elle n'empêche pas la mobilité.

- la déambulation

Les patientes ont plus la possibilité de déambuler en maternité de niveau I qu'en maternité de niveau III (18% vs 11%).

La déambulation est fortement recommandée par l'OMS [11]. En effet, elle permet d'accélérer le travail, et elle diminue le recours à l'analgésie péridurale et aux ocytociques. C'est un critère fondamental d'une prise en charge plus physiologique de l'accouchement que de laisser la possibilité aux femmes d'être debout et de déambuler si elles le souhaitent.

- l'installation en salle de naissance

Les patientes sont installées plus précocement en salle de naissance dans la maternité de niveau III que celles dans la maternité de niveau I. En effet, la dilatation cervicale est moins avancée chez les patientes de niveau III. De plus, 34% des patientes en niveau III (vs 24% en niveau I) sont installées en salle de naissance avant le début de la phase active du travail.

Ces différences peuvent être en lien avec le fait que les patientes déambulent davantage en niveau I avant d'être prises en charge en salle de naissance. A la maternité d'Issoire, l'accueil obstétrical se situe en secteur hospitalisation. Ainsi, les patientes sont installées en salle de naissance à partir du moment où la dilatation cervicale le permet.

- les touchers vaginaux

Les patientes en niveau III sont en moyenne plus souvent examinées que les patientes en niveau I au cours du travail.

D'une part, nous pouvons l'expliquer par le fait que la durée du travail est plus longue en niveau III qu'en niveau I (5h14 vs 4h10). En effet, plus la durée du travail est courte moins il y aura d'examens horaires.
D'autre part, la présence plus fréquente d'étudiants sages-femmes en formation dans la maternité universitaire peut augmenter le nombre de touchers vaginaux.
De plus, nous n'avons qu'une seule sage-femme en salle de naissance de niveau I. Donc, à la différence des maternités de niveau III, si elle est très occupée (accouchement d'une autre patiente, césarienne en urgence...) elle n'a pas la possibilité de demander à une collègue de faire l'examen horaire.

III. La surmédicalisation

D'après nos résultats, en maternité de niveau III, plus d'une grossesse physiologique sur deux est surmédicalisée au cours de la prise en charge en salle de naissance (vs 42% en niveau I).

Dans ce type maternité, les sages-femmes sont régulièrement confrontées à des grossesses pathologiques. Nous pouvons donc imaginer que leur expérience influence alors leur perception de l'accouchement physiologique. Une sage-femme interrogée dans le mémoire de Jégou Pradines, cadre sage-femme, avoue voir tellement de complications en niveau III qu'elle veut alors toujours anticiper la pathologie; la sage-femme ajoute que « *toutes les sages-femmes se déclarent insuffisamment formées à la physiologie. Elles se disent formatées. Elles ont du mal à sortir de ce schéma* [37]. »

III.1 La mise en travail

Nous avions presque autant de patientes déclenchées en niveau III qu'en niveau I (15 vs 10 patientes). Les deux maternités s'appuient sur le fait que si l'équipe obstétricale n'intervenait pas, ces grossesses pourraient s'exposer à certains risques.

En effet, en niveau III, le motif principal de déclenchement était la rupture prématurée des membranes, ce qui expose la mère et le fœtus à des risques infectieux.
Cependant, d'après nos résultats, nous avions plus de rupture prématurée des membranes en niveau I (38%) qu'en niveau III (33%).
En niveau I, le motif principal était le dépassement de terme. Les grossesses qui excèdent les 42 SA augmentent les risques de morbidité et mortalité périnatales. A la maternité d'Issoire, ainsi qu'au CHU Estaing, les grossesses à bas risque sont déclenchées à 41 SA si le col est favorable (score de bischop > 7). Si le col est défavorable, les patientes seront déclenchées à 41+4 SA au CHU Estaing et 41+6 SA au CH d'Issoire.

Cette différence de date de déclenchement entre les deux maternités laisse peut-être plus de chances aux patientes de se mettre spontanément en travail au CH d'Issoire.

Nos résultats diffèrent légèrement de ceux d'un mémoire d'une étudiante sage-femme portant sur l'accouchement des grossesses à bas risque en salle de naissance de niveau III. Ces résultats montraient que l'entrée en travail était comparable entre les deux populations étudiées, toute parité confondue (19% en niveau III vs 20% en niveau I) [38].

III.2 L'anesthésie

Nous retrouvons significativement plus de patientes sous anesthésie en niveau III qu'en niveau I (91% vs 74%), avec un seul cas de rachi-anesthésie.

Le taux d'anesthésie péridurale posée au CHU Estaing est supérieur à celui de la moyenne française posée en 2010 dans les maternités de niveau III (85%) [6].
Nos résultats sont semblables à ceux de l'étude de Le Ray faite en 2004. Il avait aussi relevé un taux de péridurales plus élevé en niveau III qu'en niveau I (96% vs 76%) [10].

Les informations apportées à la patiente lors de la consultation d'anesthésie peuvent influencer sur son comportement et sa capacité à supporter les contractions utérines.

L'anesthésie est posée plus précocement en niveau III. En effet, 26% des patientes ont eu une anesthésie avant la phase active (vs 22% en niveau I).
Cette différence peut être liée aux habitudes des sages-femmes et des médecins qui orientent plus ou moins consciemment leurs patientes vers une certaine attitude. Il est vrai que la péridurale peut être un « confort » pour l'équipe soignante, surtout quand la charge de travail est importante, comme c'est peut être le cas dans les maternités de type III.

Ce sont principalement des nullipares qui ont eu une anesthésie avant le début de la phase active. Lorsqu'elles sont admises en salle de naissance, elles ont un travail moins avancé que les multipares et il sera de surcroît plus long. De plus, n'ayant jamais vécu d'accouchement sont-elles peut être alors plus anxieuses et donc plus désireuses d'une anesthésie.

Les données retrouvées dans les dossiers ne précisaient pas si les patientes avaient pu bénéficier de méthodes non pharmacologiques pour soulager la douleur (bain, relaxation, massages…) comme le préconise l'OMS [11].

Si l'augmentation du nombre de césariennes en relation avec l'anesthésie péridurale semble discutée à travers les études, il paraîtrait que les données actuelles soient en faveur d'une augmentation du nombre d'extractions instrumentales [14]. Ce que nous retrouvons aussi dans nos résultats, puisque nous avions plus d'extractions instrumentales en niveau III qu'en niveau I (21% vs 14%).

Une étude faite en 1994 sur les effets de la péridurale a montré que celle-ci pouvait diminuer l'activité contractile de l'utérus, d'autant plus lorsqu'elle était posée tôt pendant le travail [39]. Par conséquent, elle augmente le recours à la rupture artificielle des membranes. En effet, dans notre étude, nous avions 48% des patientes qui ont eu une rupture artificielle des membranes en niveau III (vs 41%).

La péridurale augmente aussi le recours à l'utilisation des ocytociques. Résultats que nous avons pu confirmer de manière significative dans notre étude. Puisque 72% des patientes en niveau III ont eu de l'ocytocine, contre 55% des patientes de niveau I.

III.3 La rupture artificielle des membranes

Nous avons globalement plus de ruptures artificielles des membranes en niveau III qu'en niveau I (48% vs 41%).

Ces résultats se rapprochent de ceux de Le Ray qui recensaient 46% de ruptures artificielles des membranes en niveau III contre 42% en niveau I [10].
Nous savons cependant que l'amniotomie permet d'accélérer la dilatation cervicale et de réduire ainsi la durée du travail sans pour autant diminuer le taux d'extractions instrumentales et de césariennes [35]. Cependant, dans notre étude, nous avions un travail légèrement plus long dans la maternité de niveau III (1h02 vs 58min).

III.4 L'administration d'ocytocine

Nous avons une nette différence du taux d'administration d'ocytocine entre la maternité de niveau III et celle de niveau I (69% vs 47%), avec dans les deux cas une population majoritairement nullipare (72% en niveau III et 55% en niveau I).
Ces résultats sont très proches de ceux de l'étude de Ferrer Goalec qui retrouvait 75% de nullipares sous ocytocine en niveau III et 52% en niveau I [38].

Cependant les modalités d'utilisation étaient similaires entre le niveau III et le niveau I. En effet, dans les deux maternités, l'ocytocine a été administré à une patiente sur quatre bien qu'elle ait une bonne dynamique utérine. Notons que la vitesse maximale du PSE était semblable entre les deux niveaux de maternité (6cc/h vs 8cc/h).

Dans le mémoire de Jégou Pradines, des sages-femmes admettaient rompre la poche des eaux et/ou mettre en place une perfusion d'ocytocine pour accélérer le travail. Une sage-femme expliquait aux patientes que, ainsi, il y a de grandes chances que le travail soit plus rapide avant d'effectuer une rupture artificielle des membranes ou une administration d'ocytocine. Elle décrivait faire ainsi notamment par manque de temps, *« car derrière, il y en a d'autres qui arrivent »* [37].

IV. Les complications de l'accouchement

IV.1 La durée du travail, du temps resté à dilatation complète, et des efforts expulsifs

La prise en charge du travail est plus interventionniste en maternité de niveau III, avec plus de ruptures artificielles des membranes, et plus d'utilisation d'ocytocine. Mais paradoxalement la durée du travail y est plus longue (5h14 en niveau III vs 4h10 en niveau I).
Cette différence peut s'expliquer par une proportion de patiente plus faible ayant pu déambuler, une admission plus précoce en salle de naissance et un taux de péridurale plus élevé.
Au contraire, à travers son étude Le Ray constatait que la durée du travail était plus courte en niveau III qu'en niveau I [10].

Parmi les accouchements par voie basse, nous pouvons observer que le temps resté à dilatation complète est légèrement plus long en maternité de niveau III (1h02 vs 58 min). Nous pouvons penser, qu'en maternité de niveau I, la sage-femme installe globalement la femme plus tôt pour débuter les efforts expulsifs, indépendamment du niveau d'engagement de la présentation. Pour les femmes n'ayant pas recours à l'analgésie péridurale, l'envie de pousser est légèrement incoercible. Ces patientes débutent sans doute les efforts expulsifs avant celles sous analgésie péridurale.

IV.2 Le mode d'accouchement

- les extractions instrumentales

Le taux plus élevé d'anesthésie (91% vs 74%) peut expliquer en partie le nombre plus important d'accouchement par ventouse en niveau III (21% vs 14%). En effet, une anesthésie péridurale peut provoquer un bloc moteur, donc diminuer l'importance des efforts expulsifs [30]. L'autre raison est probablement l'objectif de limiter au maximum la durée des efforts expulsifs à 30 minutes en maternité de niveau III. Car , seulement 12% des nullipares (vs 30% en niveau I) et aucune multipare (vs 16% en niveau I) ont poussé plus de 30 minutes en niveau III.

Ces résultats sont semblables à ceux trouvés par le Ray qui, dans son étude, avait 27% de nullipares qui avaient accouché par voie basse instrumentale en niveau III contre 17% en niveau I [10].

Selon les recommandations du CNGOF de 2007, les études faites sur l'expulsion ne permettent pas de donner des recommandations précises sur la durée des efforts expulsifs. Elles permettent cependant de dire qu'il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalies du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse la moyenne admise, c'est-à-dire trente minutes chez la primipare.

La présence des internes en formation dans la maternité universitaire pourrait également expliquer le recours « facile » à l'extraction instrumentale.

De plus, la méthode de respiration utilisée lors des efforts expulsifs n'a pas été étudiée au cours de notre étude. Nous savons pourtant qu'une respiration « à l'expire », plus physiologique et moins délétère pour le périnée, entraîne une progression de la tête fœtale plus progressive, moins brutale, qu'une respiration de type « bloquée ». Cette dernière méthode allonge par conséquent la durée des efforts expulsifs [17].

- les césariennes

Nous avions significativement plus de césariennes en niveau I qu'en niveau III. En effet, nous retrouvions 9% de césariennes en niveau I, toute parité confondue, principalement dûes à une stagnation de la dilatation, et aucune en niveau III.

Cependant, aucune étude n'a montré que le recours à l'ocytocine ou l'amniotomie précoce pouvait réduire le taux de césariennes [33] [34].
Une analgésie posée précocement peut augmenter la durée moyenne de la phase de la dilatation [30]. Même si nous avions plus d'anesthésies posées précocement en niveau III qu'en niveau I, nous pouvons expliquer ce taux de césariennes par cette hypothèse.

IV.3 Les complications périnéales

Le pourcentage d'épisiotomie est significativement plus élevé en niveau III (26% vs 14%) indépendamment de la parité (nous retrouvons trop peu de complications périnéales chez les multipares, n = 4 en niveau III et n = 5 en niveau I).

Ce résultat peut s'associer à un taux plus élevé d'extractions instrumentales.
Même si ces chiffres répondent aux objectifs du CNGOF de 2005 qui visaient à mettre en place une politique incitative afin de faire baisser le taux d'épisiotomie en dessous de 30% [31], ils restent encore trop élevés du fait des complications que l'épisiotomie peut entraîner. En effet, elle augmente la quantité des pertes de sang, et génère aussi de l'inconfort, de la douleur, des infections, et des dyspareunies chez la patiente au cours du post-partum.

Pour certains auteurs, en plus de la poussée en expire, un accouchement en décubitus latéral préviendrait le risque d'épisiotomie [31]. Mais seulement 2% des patientes ont accouché sur le côté dans la maternité de niveau I, et aucune dans la maternité de niveau III.

Le taux de déchirures du 2ème et 3ème degré reste très faible dans les deux maternités (n = 4 en niveau III et n = 0 en niveau I).

Dans son étude, Le Ray trouvait également plus d'épisiotomies en niveau III, mais dans des proportions plus importantes (72% vs 40%). Le taux de déchirures du 2ème et 3ème degré est faible, et identique, dans les deux maternités de notre étude (1%).

IV.4 La délivrance

Au sein des deux types de maternités, 91% des délivrances étaient dirigées. Cette attitude est fortement recommandée par le CNGOF de 2004 en prévention des hémorragies de la délivrance [41].

En ce qui concerne les pertes sanguines du post-partum immédiat, il est probable que le critère n'ait pas été recueilli de la même manière entre les différentes sages-femmes. En effet, la quantité de sang perdu est souvent minimisée. Dans les deux cas observés, aucune patiente n'a été transfusée, ni embolisée, ce qui peut laisser croire qu'il n'y a eu aucun cas d'hémorragie sévère.

Le Ray avait un taux plus important d'hémorragie de la délivrance en niveau III (15% vs 5%), avec un taux identique de transfusion entre les deux types de maternité (1%) [10].

V. Projet d'action

Notre étude a mis en évidence que certaines pratiques obstétricales sont plus interventionnistes en maternité de niveau III, où la prise en charge de grossesses pathologiques est par définition beaucoup plus importante qu'en maternité de niveau I. En effet, nous avions plus de patientes surmédicalisées en maternité de niveau III qu'en maternité de niveau I. Les patientes avaient moins la possibilité de déambuler avant l'installation en salle de naissance, étaient plus souvent examinés au cours du travail, et avaient plus souvent une anesthésie péridurale posée précocement. De plus, le déroulement de l'accouchement se déroulait de manière moins eutocique en niveau III, la durée du travail était plus longue et les patientes avaient plus souvent des épisiotomies.

Ainsi, compte tenue de ces résultats et des données de la littérature, il paraît intéressant de proposer des pistes de réflexions afin de créer un environnement favorable à la prise en charge de l'accouchement physiologique au CHU Estaing de Clermont-Ferrand.

Dans cet objectif, il a déjà été mis en place au Centre Hospitalier Universitaire des Hautepierre à Strasbourg, une maison de naissance hospitalière [42]. Cette structure permet d'allier sécurité et « naissance comme à la maison » pour satisfaire au mieux les futurs parents, tout en permettant l'autonomie et l'exercice légal de la profession de sage-femme.

En s'inspirant de ce type de structure nous pourrions envisager au sein du CHU Estaing une « salle nature », comme il en existe déjà au CH de Vichy et de Thiers. Nous avons conscience que ce projet à un coût et qu'il nécessite du temps et de la réflexion avant son éventuelle mise en place effective (approbation du projet par l'équipe, validation du projet par le chef de pôle et la direction…).

Il existe déjà une salle avec une baignoire au CHU Estaing, cependant nous avons pu mette en évidence, à travers notre étude, que certaines patientes étaient encore trop surmédicalisées au cours de l'accouchement. Dans les salles de naissances des maternités de niveau III, les sages-femmes doivent suivre en même temps des grossesses

pathologiques et des grossesses physiologiques. Elles ont alors moins de temps pour rester au près des femmes à bas risque. Hors, la prise en charge de ces patientes nécessitent une présence continue de la sage-femme. C'est pourquoi nous allons réfléchir à un espace plus favorable à la physiologie au sein de ce service.

Cet espace pourrait suivre les quatre axes suivants :

V.1 La structure

Cet espace serait réservé aux grossesses et aux accouchements physiologiques, il serait intégré au service qui compte les salles de naissance, afin d'éviter le recours à tout transport médicalisé en cas d'urgence. Pour créer un environnement adapté à la pratique de l'accouchement physiologique, la salle serait équipée d'un tabouret d'accouchement, d'une corde de suspension, d'une baignoire, de coussins d'allaitement, d'un ballon de grossesse, de lumière tamisée, de musique…

V.2 La sélection des patientes

Au CHU Estaing, il existe déjà une classification des grossesses à bas risque selon la définition d'AUDIPOG. Sachant bien évidemment que le risque zéro n'existe pas ; pour prétendre à un tel espace de travail, il faudrait donc d'abord identifier les patientes à bas risque de manière continue, tout au long de la grossesse, et ce jusqu'à l'accouchement.

V.3 L'information préalable

Une information éclairée sur l'offre de soins périnatals serait donnée à la patiente, au cours de l'entretien prénatal précoce et des consultations prénatales, lui permettant, en toute connaissance de cause, de définir le type de prise en charge qu'elle souhaiterait. De cette façon, les futurs parents pourraient établir un véritable projet de suivi de grossesse et d'accouchement, compte tenu des possibilités et sous réserve que le travail soit et reste physiologique .

Les sages-femmes pourraient définir les modalités de prise en charge qu'elles souhaiteraient proposer au sein du service. Il leur permettra de formaliser leurs pratiques et de borner les risques. Les parents souhaitant profiter de cet espace physiologique seraient alors informés de ces prises en charges possibles, à condition que le travail ne présente pas de pathologie.

Proposition de prise en charge en salle de naissance :

- La mobilisation

Sans conclure que toute femme en travail doit déambuler, il faut garder en tête qu'aucune donnée ne permet d'imposer la position allongée sur le dos. La déambulation est une possibilité pour la femme qu'il faut respecter. Il convient donc d'encourager la liberté de choix de la position pendant tout le travail et l'expulsion. La femme peut se tenir debout, marcher, s'asseoir, se suspendre ou se mettre à quatre pattes.

- La voie veineuse et la perfusion

Pour des raisons médico-légales, toute patiente admise en salle de naissance doit avoir une voie veineuse périphérique. Contrairement à ce que nous avons constaté dans nos résultats, la perfusion de Ringer Lactate® n'aurait pas à être administrée de façon systématique chez une patiente qui n'a pas d'hypotension artérielle et qui ne souhaite pas ou qui n'a pas d'anesthésie périmédullaire.

- La prise en charge de la douleur

L'approche non pharmacologique de la douleur devrait commencer pendant les consultations prénatales et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, avec des informations justes, claires et rassurantes fournies à la femme enceinte et à son partenaire. Ces séances doivent constituer à la fois une préparation psychique et physique.

Il existe diverses alternatives à l'analgésie péridurale pour aider les patientes à supporter les contractions utérines : la liberté de position, la déambulation, la douche, les bains, les massages, l'aromathérapie, l'acupuncture, l'homéopathie et surtout le soutien fourni par la sage-femme.
Si la femme désire accoucher avec une analgésie péridurale il est préférable de ne pas la mettre trop tôt pendant le travail (durant la phase de latence du travail). En effet, celle-ci augmente la durée de la phase de dilatation et des efforts expulsifs [30].

Il ne s'agit pas pour la sage-femme d'encourager ou de décourager la patiente à recourir à l'analgésie péridurale, mais plutôt de savoir l'accompagner quelle que soit sa décision.

- Les touchers vaginaux

Le toucher vaginal génère douleur et inconfort. En vue d'examiner moins fréquemment les patientes, les sages-femmes pourraient appliquer les recommandations de l'OMS, limitant les touchers vaginaux à une fois toutes les quatre heures, durant la phase active d'un travail physiologique [11].
De plus, pour juger de l'avancée du travail il est important d'observer la patiente : activité physique, posture prise spontanément, capacité à parler, envie de vomir, sueur, aspect des pertes vaginales…

- Le RCF

Compte tenu des recommandations de la HAS, nous pouvons concevoir une surveillance électronique cardiotographique discontinue du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, sous réserve qu'il n'y est pas de complications [25].

- La rupture artificielle des membranes

Pour limiter le risque infectieux chez la mère et l'enfant, il serait préférable de conserver la poche des eaux intacte pendant le travail et d'avoir une indication médicale précise (stagnation de la dilatation, non progression de la présentation fœtale…) pour la rompre artificiellement. De plus, nous savons que les contractions utérines peuvent être plus douloureuses en cas d'amniotomie.

- L'administration d'ocytocine

Son administration devrait se faire seulement après une réponse insuffisante de l'utérus. Nous n'avons cependant pas encore de recommandation précise quant à la vitesse maximale du débit autorisé.

Pour ne pas gêner le processus physiologique d'un travail normal, le recours à l'amniotomie et l'administration d'ocytocine devrait avoir lieu seulement en cas de dystocie dynamique du travail. Leur administration ne réduit ni le taux d'extraction instrumentale, ni le taux de césarienne.

- L'épisiotomie

Les recommandations actuelles précisent bien que sa réalisation ne doit pas être systématique [31]. Elle doit être laissée au libre arbitre de la sage-femme. Une politique restrictive associée à une liberté posturale et une expiration freinée lors de l'expulsion semble mieux adaptée.

V.3 Une sage-femme exclusivement réservée pour cet espace

Cette prise en charge requiert la disponibilité de la sage-femme qui accompagnera le couple. Elle devra maintenir et développer son niveau de connaissances et connaître les donnés actuelles de la science en lien avec son champ de compétences et devra suivre certaines formations (postures d'accouchement…). Ses connaissances de la physiologie et de ses limites lui permettront de dépister précocement tout élément pathologique et de modifier si besoin la prise en charge initiale de la parturiente. La sage-femme devra être à l'aise avec ce type de suivi afin d'intervenir à bon escient sur le déroulement de l'accouchement, s'il est physiologique. Le volontariat de la sage-femme pour travailler en salle nature nous semble un pré-requis indispensable au fonctionnement optimal d'une telle structure.

Ce projet pourra s'intégrer dans la dynamique du réseau hospitalier existante en concevant, avec les autres professionnels, un parcours de soins particulier pour les femmes à bas risque et ce dès l'entretien prénatal précoce en engageant une réflexion au sein de l'équipe obstétricale.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons démontré que les attitudes obstétricales paraissent moins « interventionnistes » au sein de l'équipe obstétricale qui prend en charge principalement des grossesses physiologiques qu'au sein de celle qui prend en charge quotidiennement des grossesses pathologiques.
Mais, néanmoins, certaines pratiques restent proches entre les sages-femmes des maternités de niveau III et celles de niveau I.

Au XXème siècle, la médicalisation a été une révolution pour le monde de l'obstétrique ; elle a permis de diminuer les taux de morbidité et mortalité maternelles et infantiles et représente une sécurité pour les équipes soignantes [2].

Mais la pratique d'actes médicaux n'est pas un gage systématique de sécurité supplémentaire, surtout quand les interventions se font par habitude et non plus par nécessité. Ainsi, le monde de l'obstétrique a évolué vers une surmédicalisation dont la logique est d'avoir toujours un temps d'avance, sans que soit forcément posée la question de ses éventuels effets iatrogènes.

Certes, à tout moment la situation peut se compliquer en salle de naissance. Mais, lorsque tout se passe bien, il est important d'admettre que la naissance peut demander du temps et donc de la patience. L'art de l'accouchement reviendrait-il finalement à observer attentivement, en étant réactif au moindre problème, plutôt qu'intervenir de façon systématique ?

C'est pourquoi il semble nécessaire de replacer les sages-femmes au sein d'un environnement, telle qu'une «salle nature», où elles pourront revenir à des pratiques en lien avec leur concept de la physiologie et ainsi préserver, à bon escient, le caractère naturel de la naissance.

Pour encore améliorer les différentes étapes de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, il semblerait alors utile d'interroger les professionnels de la naissance. Les sages-femmes, qui sont au cœur de l'accouchement, pourraient ainsi exprimer leurs inquiétudes et leurs besoin vis-à-vis de leur conception de la physiologie afin d'améliorer la prise en charge des patientes à bas risque, dans le strict respect des contraintes médico-légales.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre premier du livre VII du code de santé publique et relatif aux établissements de santé publiques et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie ou la réanimation néonatale. [consulté le 15/10/2011]. Disponible à partir de : URL:
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&dateTexte=

[2] Rapport rédigé par Bréart G, Puech F, Rozé J.C. Remis en septembre 2003 au ministre de la Santé. 20 propositions pour une politique périnatale. [consulté le 15/10/2011]. Disponible à partir de : URL :
http://www.legifrance.gouv.fr/

[3] République Française. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. [consulté le 15/10/2011]. Disponible à partir de : URL :
http://www.sante.gouv.fr/resultats-de-l-evaluation-du-plan-perinatalite-2005-2007.html

[4] David S, Mamelle N, Rivière O. Qui accouche où ? Qui nait où ? Journal de gynécologie obstétrique et de la biologie de la reproduction 2000 ; 29 : 772-83.

[5] Buisson G. Conséquences des décrets du 10 octobre 1998 portant sur la périnatalité. JTA. 1999. [consulté le 15/10/2011]
Disponible à partir de : URL :
http://www.lesjta.com/author.php?pe_id=59

[6] Enquête nationale périnatale 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. juillet 2011. [consulté le 15/10/2011]
Disponible à partir de : URL :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

[7] Dupuis O, De Tayrac R, Poilpot S, Minand S, Fernandez H, Frydman R et al. Accouchement à domicile : opinions des femmes françaises et risques périnatales. Résultat de l'enquête DOM 2000. Gynécologie obstétrique et fertilité. 2002 ; 30 : 667-83

[8] AUDIPOG. La santé périnatale en 2002-2003 : Evaluation des pratiques médicales. [consulté le 15 :10/2011]. Disponible à partir de : URL : http://audipog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf/

[9] Cleary R, Beard RW, Chapple J, Cols J, Griffin M. The standard primipara as a basis for inter unit comparaisons of maternity care. BJOG: An international journal of obstetrics and gynecology 1996 ; 103 : 223-9.

[10] Le Ray C, Gaudu S, Teboul M, Cabrol D, Goffinet F. Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3. La revue sage-femme 2004 ; 3 : 133-9.

[11] OMS. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique, rapport d'un groupe de travail technique. 1997. [consulté le 17/10/2011] ; Disponible à partir de : URL : http:// www.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf

[12] Harvey S, jarrell J, Brant R, Stainton C, Rach D. A randomized, controlled trial of nurse-midwifery care. Birth 1996 ; 23 (3) : 128-35.

[13] Le petit Larousse. Paris : le petit larousse ; 1998. p.406- 700- 778- 688.

[14] Frydman R, Szejer M. In : Nobécourt M, eds. La Naissance : histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui. Paris : Albin Michel ; 2010. p.1008- 31- 27.

[15] Lansac J, Marret H, Oury J-F, Andiet E. Lansac, eds. Pratique de l'accouchement. 4ème ed. Masson ; 2006. p.46- 52.

[16] Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quereux C, Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. EMC Obstétrique 2006. 5-049-D-027.

[17] Thomson AM. Maternal behaviour during spontaneous and directed pushing in the second stage of labour. J Adv Nurs 1995 ; 22 : 1027- 34.

[18] Gabriel R, Harika G, Quereux C, Napoleone C, Wahl P, Palot M. Délivrance normale et pathologie. EMC Obstétrique 2010 ; 5-108-M-10.

[19] Mignot S. Sondage : pratiques obstétricales, 39% des femmes frustrées par leur accouchement. Profession sage-femme 2004 ; 103 : 14.

[20] Jacques B. L'expérience de la maternité sous l'influence médicale. Face a face [on line] 2010 ; 2 : 2000- 1 [cited 2011-10-12]. Available from : URL : http://faceaface.revues.org/551

[21] Nicoli M. Le XVIIIe siècle, un tournant dans l'histoire de l'accouchement. Le courrier. [on line] 2007 : 207 [cited 2011-10-12]. Available from : URL : http://www.lecourrier.ch/le_xviiie_siecle_un_tournant_dans_l_histoire_de_l_accouchemen

[22] Morel MF. « Autour de la naissance. Il était une fois…une histoire d'orées… » . Revue contact santé 2010 ; 230 : 47- 49.

[23] Racinet C. Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie obstétrique et fertilité 2005 ; 33 : 533- 8.

[24] Roberts JE, Wodell DA. The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency Birth 1983 ; 10 : 243- 9.

[25] Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. [consulté le 12/12/2011]. Disponible à partir de : URL : http://www.has-sante.fr

[26] Ellison PH, Foster M, Sheridan-Pereira M, MacDonald D. Electronic fetal heart monitoring, auscultation, and neonatal outcome. Am J Obstet Gynecol 1991 ; 164 : 1281- 9.

[27] Broadmore J, Carr-Gregg J, Hutton JD. Vaginal examinations: women's experiences and preferences N. Z. Med. J 1986 ; 99 : 8- 10.

[28] Vayssière C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. Gynécologie obstétrique et fertilité 2005 ; 33 : 69- 74.

[29] Phan E, Akrich M, Bel B. A propos de "Accoucher aux Pays-Bas : un must ? », le point de vue du Ciane, collectif d'usagers de la santé. La revue Sage-Femme 2009 ; 8 : 244- 6.

[30] Thorp JA, Hu DH, Albin RM, et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. Am. J. Obstet. Gynecol 1993 ; 169 : 851- 8.

[31] L'épisiotomie. Elaborés par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). La revue Sage-femme 2006 ; 5 : 42- 5.

[32] Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Etches D. Prévention et prise en charge de l'hémorragie postpartum. Journal SOGC 2000 ; 88 : 2 – 12.

[33] Rozenberg P, Bardou D. Ocytociques. EMC Obstétrique 2010 ; 5-049-Q-10.

[34] Ajadi MA, Kuti O, Oriji EO, Ogunnivi SO, Sule SS. The effect of amniotomy on the outcome of spontaneous labour in uncomplicated pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006; 26 : 631-34.

[35] Verspyck E, Sentilhes L. Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 ; 37 : 56-64.

[36] 36èmes Assises Nationales des Sages-femmes, 19ème Session Européenne. Marseille 2008

[37] Jegou Pradines C. Le concept de l'accouchement physiologique : entre idéal et réalité des pratiques. Etude auprès de sages-femmes exerçant en maternité publique de type III en région parisienne. Mémoire Cadre Sage-femme : med : Ecole de Dijon. 2010 p.48-50-51.

[38] Ferrer Goalec L. Comment les patientes à bas risques accouchent en niveau III ? mémoire Sage-femme : med : Ecole de Marseille. 2009. p.40-44.

[39] Morton SC, Williams MS, Keeler EB, Gambone JC, Kahn KL. Effect of epidural analgesia with caesarean delivery in nulliparas. Obstet Gynecol. 1996 ; 83 : 1045-52.

[40] 31èmes Journées Nationales du College National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Paris 2007

[41] Hémorragies du post-partum immédiat. Elaborés par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2004 ; 33 : 4S1-4S13.

[42] CHU de Strasbourg. Un tout nouvel espace de naissance. [consulté le 24/03/2012]. Disponible à partir de : URL :
http://www.reseau-chu.org/les-articles/article/article/un-tout-nouvel-espace-naissance/

ANNEXES

ANNEXE I

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

Période préconceptionnelle ou 1re consultation de grossesse		
Situations à risque	**Suivi**	**Structure**
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m^2 et supérieur ou égal à 40 kg/m^2 pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux **-** Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1er degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potientiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) **dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres**	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) **et substituts** (méthadone) **et sevrage**	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) **hors maladie de Basedow** **- Maladie de Basedow**	A1 B	Unité d'obstétrique À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire) **- Asthme modéré, ancien, contrôlé**	B A	À adapter Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : **- mère homozygote** **- mère hétérozygote**	 B A2	 À adapter Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie **- Uropathie**	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : **schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères**	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récidive au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique **Pré-éclampsie, syndrome de HELLP**	A2 B	À adapter en fonction de la récidive
Fausses couches répétées au cours du 1er trimestre : **- sans étiologie** **- avec étiologie SAPL** **Fausses couches tardives au cours du 2e trimestre**	 A2 B B	 Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications À adapter en fonction de la récidive

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récidive
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2) **Interruption médicale de grossesse (IMG)**	A1 A2	Unité d'obstétrique À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3e percentile) **- Mort fœtale *in utero* (MFIU) d'origine vasculaire**	B B	À adapter À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies *post-partum* sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du *post-partum*, stress post-traumatique **Psychose puerpérale**	A A2	Unité d'obstétrique À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2e à la 7e consultation - du 4e au 8e mois)		
Situations à risque	**Suivi**	**Structure**
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne) **Cannabis**	A2 A1	À adapter À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potientiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone **Irradiation**	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques…) - au 1er trimestre de grossesse - au 2e ou 3e trimestre de grossesse	 A2 B	 Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	À adapter si survenue durant 3e trimestre de grossesse

Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales **Vaginoses bactériennes**	A1 A2	Unité d'obstétrique À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes - avant 16 SA - après 16 SA	 A2 A2	 Unité d'obstétrique À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire - bichoriale - monochoriale **Grossesse triple**	 A2 B B	 Unité d'obstétrique À adapter À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale *in utero*	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	**Suivi**	**Structure**
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

ANNEXE II

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées

RECOMMANDATIONS

Mai 2007

Types de suivi recommandés

- Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.

- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

- Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

ANNEXE III

GRILLE DE RECUEIL

I. DONNEES GENERALES

1. âge maternel □□ ans

2. origine géographique : □ France métropolitaine □ Europe du Nord □ Europe du Sud □ Afrique du Nord □ Afrique □ Dom-Tom □ Asie mineure □ autres

3. profession : □ oui □ non
Si oui : □ ouvrier □employé □ cadre, profession intellectuelle supérieur □ profession intermédiaire

4. gestité □□

5. parité □□

6. terme □□ SA+ □ jours

7. projet de naissance □ oui □ non
Si oui, réalisé : □ oui □ non

II. TRAVAIL

1. mise en travail : □ spontanée □ déclenchement
-Si déclenchement, motif : □ accouchement programmé □ grossesse prolongée □ RPM
-Moyens utilisés : □ ocytocine □ prostaglandine □ autre moyens médicamenteux □ moyens mécaniques □ RAM

2. dilatation cervicale au début de la prise en charge en SDN □ □cm

3. anesthésie □ oui □ non
-Si oui : □ APD □ rachi-anesthésie □ anesthésie générale □ locale
-Dilatation à la pose de l'anesthésie □□ cm

4. rupture de la poche :
□ Spontanée avant travail □ Spontanée pendant travail □ Artificielle
- dilatation à la RAM □□ cm
-à la RAM:
- dystocie dynamique : □oui □non
Si oui, types d'anomalies : □ hypocinésie □ hypercinésie □ hypertonie □ arythmie contractile □ inefficacité d'une contractilité utérine
-Couleur du LA à la rupture □ clair □ teinté □ méconial □ sanglant

5. utilisation de syntocinon □ oui □ non
Si oui, dilatation : □□ cm durée : □□ heures vitesse maximale : □□ ml/h
-dystocie dynamique au démarrage du syntocinon: □ oui □ non
Si oui, types d'anomalie: □ hypocinésie □ hypercinésie □ hypertonie □ arythmie contractile □ inefficacité d'une contractilité utérine

6. RCF □ oui □ non
-Si oui : □ normal □ anomalie
-Si anomalie : □ bradychardie □ tachycardie □ ralentissement précoce □ ralentissement variable □ ralentissement tardif
Au moment de l'anomalie : dilatation □ cm APD : □ oui □ non syntocinon : □ oui □ non RAM : □ oui □ non changement de position : □ oui □ non

7. nombre de toucher vaginal □

8. dystocie dynamique □ oui □ non
-Si oui dilatation □ cm
-Si oui, types d'anomalie: □ hypocinésie □ hypercinésie □ hypertonie □ arythmie contractile □ inefficacité d'une contractilité utérine

10. changement de position □ oui □ non

11. déambulation □ oui □ non

12. pose VVP □ oui □ non
-si oui dilatation □□ cm

13. perfusion □ oui □ non
-si oui dilatation □□ cm

III. ACCOUCHEMENT

1. présentation:
□ Sommet □ face □ bregma □ front

2. variété d'engagement :
□ OIGA □ OIGP □OIDP □ OIDA □ OIGT □ OIGT □ OIDT □ OP □ OS

3. variété de dégagement :
□ OP □ OS

4. mode d'accouchement : □ VBS □ VBI □ césarienne
-Si VBI : □ forceps □ ventouse □ spatule
Motifs : □ fatigue maternelle □ EEI □ altération du RCF □ non progression de la présentation

-Si césarienne, motifs : □ stagnation de la dilatation □ altération du RCF □ échec intervention instrumentale

5. position d'accouchement : □ décubitus dorsal □ décubitus latéral □ verticale □ quatre pattes

6. difficulté aux épaules □ oui □ non

7. dystocie des épaules □ oui □ non

8. durée :
   - de la phase active : □□ h □□ mn
   - dilatation complète à l'expulsion : □ h □□ mn
   - efforts expulsifs : □□ mn
   - ouverture de l'œuf : □□ h □□ mn

9. couleur du LA à l'expulsion :
□ Clair □ teinté □ méconial □ sanglant

10. état du périnée :
□ Intact □ éraillure □ déchirure du 1er degré □ déchirure du 2ème degré □ déchirure du 3ème degré □ déchirure du 4ème degré □ épisiotomie

11. Délivrance : □ naturelle □ dirigée
   - Modalités de la délivrance : □ complète □ incomplète □ rétention placentaire
   - Actes associées : □ délivrance artificielle □ révision utérine

12. hémorragie de la délivrance : □ oui □ non
Si oui, quantité □□□□ ml

IV. NOUVEAU NE

1. poids □□□□ g

2. score d'apgar à 5min □□

3. PH au cordon : □ non fait □ veineux □ artériel □ artériel et veineux
   - si PH veineux : □□, □□
   - si PH artériel : □□, □□

4. réanimation □ oui □ non

5. mode de sortie : □ avec sa mère □ mutation immédiate □ transfert dans le réseau □ mutation hors réseau □ décès

V. POST PARTUM IMMEDIAT

1. mise en peau à peau : □ oui □ non
2. allaitement : □ artificiel □ maternel □ mixte
3. mise au sein en salle de naissance : □ oui □ non