

Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III

Justine Pépin

▶ **To cite this version:**

Justine Pépin. Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01539699

HAL Id: dumas-01539699

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01539699

Submitted on 15 Jun 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT-FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

PATIENTES À BAS RISQUE OBSTETRICAL : ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE EN MATERNITE DE TYPE I VERSUS PRISE EN CHARGE CLASSIQUE EN NIVEAU III

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Justine PEPIN

Née le 18 MAI 1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE CLERMONT-FERRAND

UNIVERSITÉ D'AUVERGNE – CLERMONT 1

PATIENTES À BAS RISQUE OBSTETRICAL : ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE EN MATERNITE DE TYPE I VERSUS PRISE EN CHARGE CLASSIQUE EN NIVEAU III

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Pépin Justine

Née le 18 mai 1992

Sous la direction de M. Nohuz Erdogan
Docteur en médecine, Docteur en pharmacie

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2015-2016

UdA | Université d'Auvergne

MAÏEUTIQUE

Je remercie infiniment...

… Mme Marie-Christine Leymarie, directrice de l'École de Sages-Femmes
de Clermont-Ferrand, pour avoir autorisé la réalisation ce mémoire

… le Dr Erdogan Nohuz, Chef de Service de Gynécologie-Obstétrique
du Centre Hospitalier de Thiers,
pour avoir accepté de diriger ce mémoire,
pour ses conseils, sa patience et sa disponibilité

...Mme Elisabeth Tarraga, sage-femme libérale,
pour avoir partagé la passion de son métier,
et ce qui restera longtemps pour moi la plus belle aventure...
(Merci encore à Lise et son mari...)

… les sages-femmes coordinatrices des services
des Centres Hospitaliers de Thiers et de Clermont-Ferrand,
ainsi que leurs secrétariats, qui m'ont permis d'accéder
aux données médicales nécessaires à mon projet

… l'équipe enseignante de l'École de Sages-Femmes
de Clermont-Ferrand, et particulièrement Mme Annick Viallon,
pour son enseignement de la rigueur !

..toutes les sages-femmes que j'ai rencontré en stage et
qui ont partagé avec moi leur savoir et leur expérience,
notamment celles de la maternité de Thiers, pour leur accueil

… Maxime, pour m'avoir supportée dans ces moments de stress tout au long de la
réalisation de ce travail et pour ses nombreuses relectures,

… ma famille,
pour son soutien infaillible

et enfin, je remercie Abdou, informaticien,
pour le sauvetage in extremis de ce mémoire !

« . . .Aussi n'est-ce peut-être pas un hasard si, dans notre langue,
"bien naître" et "bien-être"
s'entendent de la même façon. . . »
Danielle Rapoport


Dessin de Chloé Legay

Glossaire

AGN : Accompagnement global à la naissance

ANSFL : Association nationale des sages-femmes libérales

ARS : Agence régionale de santé

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

AUDIPOG : Association des utilisateurs des dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie

CASSF : Collège des associations et syndicats des sages-femmes

CFESS : Centre Fédéral d'Expertise des Soins en Santé

CNGOF : Collège national des gynécologues-obstétriciens français

CSP : Code de la santé publique

HAS : Haute autorité de santé

ICM : International confederation of midwives

NHIBN : National health insurance board of the Netherlands

NICE : National institute for clinical excellence

OMS : Organisation mondiale de la santé

PMI : Protection maternelle et infantile

Sommaire

Avant propos 1
Introduction 2
Revue de la littérature 3

I. Grossesse à bas risque obstétrical 3

1. « Physiologie » et « bas risque » : une terminologie non substituable
2. Évaluation du niveau de risque : recommandations internationales
3. Une prise en charge en fonction du risque

II. Prise en charge classique dans les maternités en France 7

1. Conduite et surveillance de l'accouchement normal
2. Outils de direction du travail

III. Accompagnement Global à la Naissance 16

1. Définition et principes de l'accompagnement global à la naissance
2. Plateau technique

Matériel et méthode 24
Résultats 28

I. Caractéristiques de la population 28

II. Données obstétricales et caractéristiques du travail 30

III. Direction du travail 35

1. Rupture artificielle des membranes
2. Utilisation d'ocytociques et leurs indications

IV. Analgésie 40

V. Position d'accouchement 43

VI. Durée des efforts expulsifs 45

VII. Issue de l'accouchement et indications des extractions instrumentales et des césariennes....47

VIII. Délivrance et complications....54

IX. État périnéal....56

X. État néonatal....60

XI. Séjour et suivi à domicile....62

Discussion....64

I. Rappel des objectifs de l'étude....64

II. Points forts et limites de l'étude....64

1. Forces de l'étude
2. Limites et biais

III. Discussion des résultats....66

IV. Projet d'action....74

Conclusion....76

Références bibliographiques

Annexes

Avant propos

C'est au cours de mon premier stage en salle de naissance à la maternité de Thiers que j'ai réellement compris le sens du mot « *physiologie* ». J'avais pourtant déjà réalisé plusieurs stages en milieu hospitalier, mais pratiquement tous en maternité de type III, où chaque sage-femme croulait littéralement sous le travail et n'avait pas souvent le temps d'écouter réellement les patientes.
Mais à la maternité de Thiers, j'ai pu, parce que l'activité disons "raisonnable" me le permettait, prendre le temps auprès de mes patientes, ne pas chercher à accélérer à tout prix le travail d'accouchement, et surtout apprécier de soigner, conseiller et rassurer.

Et puis, j'ai découvert une pratique qui m'était inconnue : l'accompagnement global à la naissance. Parfois, je voyais arriver un couple accompagné d'une sage-femme libérale, le travail avait commencé et c'est sereinement que tous trois se dirigeaient vers les salles de naissance. Là, la porte se fermait derrière eux, et je me demandais comment les choses évoluaient...
J'appris que l'accompagnement global comprenait : le suivi de la grossesse physiologique, la préparation à la naissance, l'accouchement et les soins post-nataux par une seule et même sage-femme. La condition, dans le cas présent, étant le souhait de la part de la patiente d'un accouchement naturel, au sein de la maternité, dans ce que l'on appelle le plateau technique.

Cette offre de soin m'a immédiatement fascinée, c'est pourquoi j'ai souhaité réaliser mon mémoire autour de ce thème, à mon sens passionnant.

J'ai voulu comparer, pour des femmes à bas risque obstétrical, les résultats périnataux de cette approche de l'accouchement souvent considérée comme à risque, avec ceux de la prise en charge médicale classique.

Introduction

A l'heure actuelle, la politique périnatale française aborde la grossesse et l'accouchement comme potentiellement à risque de complications. Il en découle une médicalisation de la naissance de plus en plus précoce et systématique, aujourd'hui même en cas de grossesse pourtant considérée comme à bas risque obstétrical. Or, un nombre grandissant de parents et futurs parents reprochent à cette prise en charge de techniciser et de déshumaniser cet événement qui reste avant tout familial. La part de physiologie, pourtant inhérente à de nombreuses naissances, a peu à peu été mise de coté. Sa méconnaissance et son manque de pratique ont conduit les praticiens de la grossesse à considérer cette prise en charge comme dangereuse.

Mais ces craintes sont-elles réellement justifiées, notamment lorsque la grossesse s'est déroulée sans particularité et que le pronostic d'accouchement voie basse est favorable ? Mettre au monde dans le respect de la physiologie, dans le cadre de l'accompagnement global en plateau technique, présente t'il plus de risques pour la mère et l'enfant ?

Pour répondre à ces questionnements, nous définirons dans une première partie la notion de grossesse à bas risque, puis ce en quoi consiste la prise en charge classique dans nos maternités. Enfin, nous présenterons ce qu'est l'accompagnement global à la naissance.

Une seconde partie, quant à elle, présentera l'étude menée et ses caractéristiques. Enfin viendront les résultats obtenus.

Puis nous analyserons et discuterons autour de ces résultats dans une dernière partie, et terminerons en élargissant notre réflexion sur les perspectives d'avenir concernant l'accompagnement global à la naissance en plateau technique.

I. Grossesse à bas risque obstétrical

1. « Physiologie » et « bas risque » : une terminologie non substituable [1]

La physiologie est définie comme le fonctionnement normal de l'organisme humain. Une grossesse est donc physiologique si son évolution est normale. Or, celle ci peut se dérouler chez une femme présentant des facteurs de risque ou bien une pathologie antérieure à la grossesse, si cette pathologie ne s'aggrave pas ou n'a pas de conséquence sur la grossesse en cours.

La grossesse « à bas risque » est prédisposée à certains inconvénients, exposée à un danger. Elle est définie comme une grossesse dont le déroulement est dit « normal », soit « sans complications » avérées, chez une femme en bonne santé et qui le reste. Ce sont les grossesses pour lesquelles la probabilité d'accouchement normal et de naissance normale est la plus grande. On ne peut en effet considérer que la grossesse a été strictement « normale » qu'a posteriori, une fois l'accouchement passé et l'enfant né en bonne santé.

Ainsi, l'on peut en déduire que le terme « physiologique » souligne le caractère « normal », non pathologique, de la grossesse : il est sécurisant pour les femmes. Le terme « à bas risque » met en avant la probabilité de survenue d'un événement défavorable, ce terme étant plus inquiétant. Tous deux ne recouvrent pas les mêmes situations, et ne peuvent donc pas se substituer l'un à l'autre. Par exemple, une grossesse gémellaire ne répond pas à la définition de grossesse à bas risque, puisqu'elle présente notamment un sur-risque de prématurité ; si elle se déroule « normalement », on peut considérer a posteriori que c'était une grossesse physiologique. De même que le « haut risque » n'implique pas la notion de pathologie, la notion de physiologique n'implique pas le « bas risque ».

Le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse. C'est à ce niveau de risque, évalué à chaque stade de la grossesse, que la surveillance doit s'adapter pour prévenir, dépister, diagnostiquer les situations pathologiques, afin d'en optimiser la prise en charge.

L'Organisation Mondiale de la Santé a établi une définition de la naissance normale à partir du niveau de risque associé à la grossesse, du déroulement du travail et de l'accouchement. 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 naît 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* » [2].

De cette définition, l'Organisation Mondiale de la Santé 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.

2. Évaluation du niveau de risque : recommandations internationales [1]

Afin de définir les risques associés à la grossesse et à l'accouchement pour la mère et l'enfant, plusieurs classifications ont été établies. Elles permettent notamment d'évaluer le niveau de risque et l'orientation du suivi pour chaque grossesse, en se basant sur la recherche des facteurs de risques potentiels tels que :

- Facteurs de risque et causes de morbidité et/ou de mortalité maternelle,
- Facteurs de risque et causes fœtales, maternelles, obstétricales de morbidité et/ou de mortalité périnatale,
- Anomalies, pathologies génétiques, facteurs environnementaux et infectieux et autres facteurs de risque impliqués dans les anomalies congénitales.

Ces principales classifications sont :

- « Antenatal care : routine care for the healthy pregnant women » établie par le National Institute for Clinical Excellence (NICE) [3] (Annexe I)
- « Verloskundig Vademecum », selon les recommandations du National Health Insurance Board of the Netherlands (NHIBN) ; une liste de 125 critères, regroupés en 6 groupes principaux [4] (Annexe II)
- « Recommandation nationale relative aux soins prénatals : une base pour un itinéraire clinique de suivi des grossesses », élaborée par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins en Santé (CFESS) en 2004 [5] (Annexe III)

Elles permettent de classer les grossesses en trois groupes :

- Grossesses à bas risque
- Grossesses à risque modéré
- Grossesses à haut risque

En ce qui concerne le réseau d'Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG) qui regroupe des maternités volontaires publiques et privées de toutes les régions de France et dont le but est de surveiller les indicateurs de santé périnatale, d'évaluer les pratiques et les résultats et de réaliser des études multicentriques, elle relie les critères de bas risque obstétrical à la parité [6] :

Sont considérées à bas risque :

- des primipares présentant les caractéristiques suivantes :
    - âge supérieur ou égal à 18 ans et inférieur à 35 ans ;
    - absence d'antécédent médical ou gynécologique nécessitant une surveillance particulière ;
    - absence de pathologie au cours de la grossesse ;

- grossesse unique ;
- présentation céphalique.

➢ des multipares présentant les caractéristiques précédemment citées ainsi que :

- absence d'antécédent néonatal : ni prématurité, ni mort-né, ni mort néonatale ;
- absence d'utérus cicatriciel.

Cependant, cette définition du bas risque ne tient pas compte de l'évolution du risque au cours de la grossesse.

3. Une prise en charge en fonction du risque [1]

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a établie une définition du risque basée sur des données épidémiologiques. Ainsi, elle a rédigé une classification permettant d'adapter le suivi, la prise en charge et le lieu d'accouchement, en fonction du niveau de risque réévalué à chaque consultation tout au long de la grossesse. (Annexe IV)

La Haute Autorité de Santé 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 V)

Ainsi, ces différentes notions de bas risque devraient permettre d'éviter une surmédicalisation de la grossesse et d'assurer une prise en charge adaptée au niveau de risque.

II. Prise en charge classique dans les maternités en France

1. Conduite et surveillance de l'accouchement normal

- Pose d'une voie veineuse périphérique [2]

Elle est systématiquement mise en place à l'admission de la patiente en salle de naissance. Constituant une mesure préventive contre le risque hémorragique, elle est également utile lorsque la patiente désire une analgésie péridurale car elle permet le remplissage vasculaire prévenant l'hypotension artérielle qui en résulte. Cependant, elle peut être contraignante pour la mobilité des patientes.

- Tenue du partogramme

C'est en 1954 que Friedman instaure le concept du partogramme, concept qui sera ensuite complété en 1972 par les travaux de Philpott et Castle [7].

Aujourd'hui, la Haute Autorité de Santé définit le partogramme comme étant « *l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillances maternelles et fœtales qui s'y rattachent* » [8].

Il est destiné à surveiller la progression du travail et l'état de santé de la mère et du fœtus. Ainsi, il comporte plusieurs axes de surveillance notamment la dilatation cervicale, la dynamique utérine, les constantes maternelles et le rythme cardiaque fœtal. Il répertorie également les interventions des différents professionnels et sert de « système d'alarme précoce » en cas d'anomalie [7, 9].

La Haute Autorité de Santé et le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) ont émis des recommandations concernant la tenue du partogramme. Ils ont aussi évalué la qualité de la surveillance du travail et de l'accouchement par sa tenue [8, 10, 11].

Si l'Organisation Mondiale de la Santé le considère comme un outil nécessaire dans la prise en charge du travail et préconise son utilisation universelle pendant le

travail [12], certains professionnels de santé ont tout de même remis en question son utilité. Pour Lavender et Malcolmson il pourrait, dans certaines situations, « *entraver la pratique clinique en réduisant l'autonomie des sages-femmes et limiter leur capacité à traiter chaque femme individuellement.* »[13]

- Toucher vaginal

Le diagnostic du travail, et l'évaluation de sa progression sont réalisés à l'aide du toucher vaginal. Le praticien va juger de la position du col, 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 ainsi que la descente et la rotation de la tête fœtale. Toutes ces données sont reportées sur le partogramme.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande un toucher vaginal toutes les quatre heures en phase active du travail [14]. C'est également une recommandation de NICE qui préconise d'espacer les touchers vaginaux toutes les quatre heures après rupture de la poche des eaux. En revanche, en France, il est conseillé d'en réaliser un toutes les heures ; cependant ce geste doit être effectué avec mesure car plus de cinq touchers vaginaux multiplient par deux le risque infectieux après rupture de la poche des eaux. [15-17]. En moyenne il se pratique toutes les deux heures avant la rupture des membranes et avant cinq centimètres de dilatation puis toutes les heures au-delà [18].

Néanmoins, malgré son importance dans le suivi du travail, il a été démontré que cet examen génère douleur et inconfort. Ainsi, pas moins de 85% des patientes déclarent vivre le toucher vaginal comme une expérience négative [19].

- Surveillance fœtale par monitoring

La surveillance du bien-être fœtal a pour but d'éviter l'hypoxie ou l'anoxie fœtale. Ses moyens demeurent limités à la surveillance du rythme cardiaque fœtal par capteur externe ou par électrode de scalp et à des prélèvements au scalp du fœtus.

Le monitoring constitue la première ligne de surveillance du bien-être fœtal : elle constitue la méthode de référence. Elle permet l'enregistrement simultané du rythme

cardiaque fœtal et des contractions utérines. C'est une méthode non invasive (capteur externe) mais, son inconvénient principal réside dans sa faible spécificité puisqu'un rythme pathologique ne correspond pas toujours à une acidose fœtale avérée [20].

Il est recommandé, à chaque entrée en salle de naissance, d'avoir un enregistrement strictement normal, pendant une durée de trente minutes. Pour la phase de latence du travail, il n'est pas nécessaire d'effectuer une surveillance continue. En revanche, en phase active du travail, la surveillance en continu est préconisée et ce, pendant toute la durée de l'expulsion, puisque considérée comme la phase la plus à risque d'hypoxie et de souffrance fœtale [20, 21].

Une revue de la Cochrane de 2013 a conclu que la cardiotocographie en continu pendant le travail est associée à une réduction des convulsions néonatales. S'agissant des critères tels que la paralysie cérébrale, la mortalité infantile, le bien-être néonatal, aucune différence significative n'a été retrouvée. Elle était cependant associée à une augmentation des actes invasifs (césariennes et extractions instrumentales) [22].

Certains auteurs ne retrouvent pas d'impact de l'une ou l'autre méthode (surveillance continue versus intermittente) sur la mortalité néonatale ; cependant la surveillance discontinue doit se réaliser selon des règles strictes : grossesse physiologique, absence d'analgésie péridurale, absence d'ocytociques [23].

De plus, si la cardiotocographie externe n'empêche pas la déambulation des patientes pendant toute la durée du travail, elle la limite nettement et il semblerait que l'enregistrement électronique du rythme cardiaque fœtal soit surtout perçu comme une nécessité médico-légale [24].

- Prise en charge de la douleur par analgésie péridurale [25]

L'analgésie péridurale et l'analgésie péridurale contrôlée par le patient (PCEA) consistent à analgésier la zone du petit bassin et de l'utérus via une injection au niveau de l'espace péri-médullaire, entre les 4èmes et 5èmes vertèbres lombaires (le plus souvent). Elles diffèrent par leur mode d'administration : la PCEA offre à la parturiente la possibilité de s'auto-administrer des bolus d'analgésiant, en plus du débit de base.

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 analgésie péridurale ou une rachianesthésie, contre 63% en 2003, dont 85% dans les maternités de niveau III [26].

Cependant, l'analgésie péridurale peut avoir une incidence sur le déroulement du travail : une étude de Thorp et Coll en 1993 a démontré par exemple qu'une mise en place précoce (avant 5 cm de dilatation) de l'analgésie péridurale augmentait la durée moyenne de la phase de la dilatation, entraînait la prolongation de la phase d'expulsion ainsi qu'une augmentation du taux d'extraction instrumentale [27]. Une étude menée en 2005 retrouve une augmentation du risque de détresse fœtale dans la seconde phase de travail, mais pas dans la première, et décrit également un allongement de la phase d'expulsion, mais pas de différence statistique en ce qui concerne la survenue d'extraction instrumentale [29]. On retrouve les mêmes conclusions dans une étude plus récente publiée en 2015 [28].

- Positions et postures

La position adoptée par les femmes lors de l'accouchement est influencée par un comportement instinctif et les normes culturelles. Ce comportement instinctif est guidé par la douleur : les femmes s'efforcent de trouver la position dans laquelle elles souffrent le moins.

Mauriceau, célèbre accoucheur français du XVIIème siècle, propose, sans réelle réflexion sur la physiologie de l'accouchement, d'installer les parturientes en décubitus dorsal sur le lit, au moment des efforts expulsifs. Cette position permet essentiellement de faciliter la surveillance du travail et de permettre l'exécution des manœuvres obstétricales [30]. Cette conception s'est généralisée à l'obstétrique occidentale, puis d'autres améliorations ont été apportées pour le suivi de la femme durant le travail. Mais cette relative médicalisation de la naissance a entraîné une immobilisation progressive de la femme pendant l'accouchement : en effet les premiers cardiotocographes, permettant la surveillance du rythme cardiaque fœtal, étaient peu sensibles et imposaient à la femme de limiter ses mouvements, de mêmes que les

premières péridurales, très fortement dosées, entraînaient un bloc moteur chez la patiente, l'empêchant également de se mouvoir.

Aujourd'hui, les parturientes bénéficient d'une meilleure qualité d'analgésie, mais soulagée, elles perdent leur « instinct » pour lutter contre la douleur, devenant plus passives.

Depuis les années 80, de nombreuses études scientifiques analysent les positions adoptées pour l'accouchement afin d'en rechercher les bénéfices et les risques pour les femmes et les nouveaux nés. De nombreux services en France permettent alors la formation des sages-femmes et la pratique de l'accouchement dans des positions différentes des positions traditionnelles. Dans la littérature, différentes postures sont décrites: assise, accroupie, à quatre pattes, debout et en décubitus latéral, mais le décubitus dorsal demeure la position la plus couramment adoptée [30-36]. Pourtant, l'anatomie du bassin en position gynécologique, n'offrant pas ses plus grands diamètres, modifie la mécanique obstétricale, en ne favorisant pas la descente et l'expulsion du fœtus. De plus, cette position entraîne un syndrome cave qui correspond à la compression des gros vaisseaux par l'utérus gravide (et en particulier de la veine cave inférieure), entraînant une baisse du retour veineux au cœur droit, une hypotension artérielle, une hypoxie et une bradycardie fœtales.

- Épisiotomie

Selon le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, l'épisiotomie ne prévient pas des déchirures périnéales de 1er, 2nd ou 3ème degré : *« l'analyse de la littérature ne montre pas de bénéfices à une politique libérale d'épisiotomies par rapport à une utilisation restrictive, tant sur le versant fœtal que maternel. »* Toutefois, l'analyse de la littérature retrouve un recours plus important à l'épisiotomie en cas d'analgésie péridurale, et en cas d'extractions instrumentales [37]. Ainsi le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français ne recommande plus l'utilisation de l'épisiotomie systématique chez la primipare depuis 2005, et ce même en cas d'extraction instrumentale, de manœuvre obstétricale, de macrosomie ou de

présentation en variété postérieure ou encore lorsque le périnée "semble sur le point de se rompre" [38].

En 2002-2003, le taux d'épisiotomie en France, chez la primipare était de 68%. Selon l'enquête périnatale de 2010, 44,4% des primipares ont une épisiotomie, et la proportion de femmes, toute parité confondue, ayant subi une épisiotomie est passée de 47% à 30% entre 2003 et 2010 [26]. Les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français 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 deuxième phase du travail étaient associées à un moindre recours aux épisiotomies que la position en décubitus dorsal [39].

- Délivrance dirigée dans la prévention des hémorragies du post-partum

De nos jours, en France, les complications hémorragiques de la grossesse et surtout les hémorragies du post-partum représentent la première cause de décès maternels (20 à 25%) [40]. L'hémorragie du post-partum se définit par une perte sanguine de plus de 500 ml dans les 24 heures qui suivent la naissance. Ce volume doit rester le seuil à partir duquel une prise en charge doit être déclenchée [41]. On parle d'hémorragie de la délivrance quand les pertes sanguines sont supérieures à 500 ml dans les deux heures qui suivent un accouchement.

Les causes les plus fréquentes d'hémorragie de la délivrance sont : l'atonie utérine (environ 70% des cas), les déchirures, qu'elles soient d'origine cervicale, vaginale ou périnéale et, les ruptures et les inversions utérines. Suite à ces constats, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français, en collaboration avec la Haute Autorité de Santé, a établi des recommandations à visée prophylactique afin de

réduire le nombre de décès maternels par hémorragie. Il a été clairement démontré que l'usage prophylactique d'ocytociques réduit le risque d'hémorragie du post-partum d'environ 40% [42, 43].

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.

Au moment de l'accouchement, la Haute Autorité de Santé préconise de réaliser systématiquement pour la prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum :

- Une injection prophylactique d'ocytocine. Cette administration peut être faite, soit au moment du dégagement de l'épaule antérieure de l'enfant, soit après l'expulsion du placenta. Elle consiste en l'injection par voie intraveineuse lente (ou IM) de 5 à 10 UI d'ocytocine. Elle doit être réalisée par un professionnel aux compétences requises c'est-à-dire par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme.
- Une prise en charge active de la délivrance qui doit comporter, au moment du décollement placentaire, une traction contrôlée du cordon associée à une contre-pression sus-pubienne à l'aide de la main abdominale.
- Un massage de l'utérus d'au moins 15 secondes après l'expulsion du placenta si l'utérus est hypotonique.
- Un examen du placenta afin de vérifier qu'il soit complet. La rétention de cotylédons ou de membranes nécessite une révision utérine (RU).
- Une délivrance artificielle (DA) lorsque le placenta n'est pas expulsé dans un délai de 30 minutes [43, 44].

Cette pratique a d'abord été réalisée chez les patientes ayant des facteurs de risque hémorragiques, mais des études ont montré un bénéfice dans sa réalisation systématique, y compris pour les grossesses physiologiques [45]. Actuellement, 83% des femmes bénéficient d'une délivrance dirigée [26].

2. Outils de direction du travail

La direction du travail se résume à deux mesures destinées à corriger ou faciliter l'évolution de l'accouchement : la rupture artificielle des membranes ou amniotomie et l'administration d'ocytociques [20].

- Amniotomie

C'est le premier moyen de diriger le travail à proprement parler. Elle est indiquée en cas de stagnation de la dilatation au-delà de 3-4 cm et réduit, normalement, le temps de travail. Elle favorise un meilleur contact entre le col et la présentation, un raccourcissement des fibres myométriales et une augmentation brutale des sécrétions de prostaglandines [20]. Néanmoins, elle comporte des inconvénients : elle ouvre la cavité amniotique aux germes pathogènes vaginaux et entraîne parfois la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français précise qu'il « *n'est pas recommandé de réaliser une amniotomie précoce et systématique en début de travail spontané (grade A) parce qu'elle induit plus fréquemment des anomalies du rythme cardiaque fœtal à type de ralentissements variables et tardifs (grade A)* » [21].

De plus, une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé menée par Wolomby et Tozin, incluant des primipares et des multipares à terme, publiée en 2009, a montré que l'amniotomie ne réduisait pas significativement la durée du travail [46]. Une revue de la Cochrane n'a pas établi de raccourcissement de la durée de la première phase du travail alors qu'elle a mis en lumière une éventuelle augmentation du nombre de césariennes [47].

- Administration d'ocytociques

Le Syntocinon® est un produit de synthèse industriel, analogue à l'ocytocine, chimiquement et physiologiquement identique à l'hormone naturelle. Il en reproduit les effets utéro-toniques en augmentant la fréquence et l'intensité des contractions utérines.

Aisément manipulable et largement utilisé en obstétrique, le Syntocinon® peut entraîner des effets indésirables : il a été démontré que l'administration de fortes doses et l'augmentation du débit d'administration (toutes les 15 à 30 minutes versus toutes les 30 à 60 minutes), pour améliorer la progression du travail, favorisaient l'hyperstimulation utérine et les troubles du rythme cardiaque fœtal en étant associé a une acidose néonatale [49].

Sa prescription est donc encadrée par une loi et soumise à des indications et des contre-indications. De ce fait, l'article L. 4151-4 du Code de la Santé Publique, ainsi que l'arrêté du 23 février 2004 modifié par l'arrêté du 12 octobre 2005, autorisent la sage-femme à prescrire les ocytociques de synthèse au cours du travail [50].

L'Organisation Mondiale de la Santé déclare que « *l'accélération par ocytocine est une intervention majeure qui nécessite une justification valable* » [14]. Le Vidal et la Haute Autorité de Santé définissent les indications d'utilisation. Elles sont aux nombres de trois :

- Une insuffisance des contractions utérines en début ou en cours de travail, confirmée par la mesure de l'activité utérine,
- L'obtention d'une bonne rétraction utérine après une chirurgie obstétricale,
- Lors d'une hémorragie du post-partum (HPP), afin de corriger une éventuelle atonie utérine [48, 51].

Son utilisation est aussi recommandée par la Haute Autorité de Santé afin de :

- Déclencher le travail,
- Diriger la délivrance [52].

Son usage thérapeutique est alors logique lorsque le travail est dystocique et nécessite d'être dirigé, c'est-à-dire que l'équipe obstétricale va intervenir sur le déroulement naturel du travail, afin de corriger cette dystocie.

Dans la situation où le travail doit être dirigé, le Vidal indique la posologie et le mode d'administration [48].

En France, d'après l'enquête périnatale de 2010, 58% des patientes en travail spontané ont reçu de l'ocytocine de synthèse pendant le travail (primipares et multipares confondues) [53, 54]. Une revue récente de la littérature a indiqué que ce taux atteignait 62% chez les primipare.[55].

Mais face à cette prise en charge médicalisée, *le souhait d'une « moindre technicité, laissant plus de place à la physiologie apparaît comme une demande qui doit être prise en compte afin de replacer les dimensions affective et émotionnelle au premier plan »* [56].
Apparaît également une demande quant à voir une seule et même personne s'occuper du suivi de grossesse et de l'accouchement. Ce suivi individuel recommandé par la Haute Autorité de Santé s'intègre plus généralement au sein de la notion d'accompagnement personnalisé appelé « Accompagnement Global ».

III. Accompagnement Global à la Naissance

1. Définition et principes de l'accompagnement global à la naissance

a) L'accompagnement, un concept universel et philosophique

Dans son sens courant, « accompagner » signifie se joindre à quelqu'un pour le suivre ou le guider. Dans un suivi médico-social, c'est la présence physique, psychologique et professionnelle d'un intervenant dans une phase d'adaptation, de réadaptation ou d'intégration sociale dans le but d'assurer le bon déroulement de cette phase [57].

C'est à Jacques Ardoino, grand théoricien en science de l'éducation, que l'on doit les concepts d'« autorisation » et d'« accompagnement » [58, 59]. Pour ce chercheur, lorsqu'un « passeur » (*dans notre profession : la sage-femme*) est auprès d'un individu

(*la patiente*) qui franchit la frontière vers un nouveau territoire (*l'accouchement et la naissance*), toute une palette de manières d'aider est en jeu *(écoute, reprise en écho, reformulation, proposition, conseil, etc...*)

Le concept d'autorisation rend compte du cheminement intellectuel de l'accompagné. Ce dernier se sent autorisé à dire, autorisé à contredire, autorisé à explorer de nouveaux espaces, autorisé à être autrement. « *Autrement que ce que son milieu naturel, son milieu d'adoption et lui-même n'avaient pensé possible et envisageable ».*

Ainsi, nous pourrions dire que l'accompagnateur permet à l'accompagné de prendre conscience de ses responsabilités vis-à-vis de l'événement, l'autorisant à une ouverture d'esprit et à une réflexion personnelle. L'exemple adéquat dans notre cas serait le « projet de naissance ».

b) Un seul praticien pour une patiente

Le concept d'accompagnement global fut inventé par un groupe de sages-femmes lors de la création de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales (ANSFL) en 1982. Ces sages-femmes pratiquaient l'accouchement à domicile et remarquaient que la médicalisation hospitalière « désarticulait » leur pratique. Elles prônaient un accompagnement sécuritaire et continu pré, per et postnatal [60].

Également, un changement des mentalités des couples amena à une nouvelle requête. Ces derniers cherchèrent à être plus responsables devant cet événement majeur, plus acteurs de la naissance de leur enfant.

Ainsi, Jacqueline Lavillonnière, présidente de l'Association Nationale des Sages-Femmes Libérales précisait lors du congrès de l'International Confederation of Midwives (ICM) à Vienne en 2002 :

« L'accompagnement global à la naissance c'est un seul praticien, la sage-femme libérale, qui assure la surveillance médicale de la grossesse lors des consultations prénatales, propose des séances de préparation à la naissance, surveille

et est responsable de l'accouchement, de la naissance, et effectue les soins post-nataux de la mère et de l'enfant ».

La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations professionnelles en mai 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque. Au point numéro 2.4, il est stipulé : « *qu' il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.»* [61].

L'accompagnement global à la naissance permet donc au couple de faire entrer dans sa propre intimité un seul praticien. Au fil des consultations, il accorde sa confiance à son interlocuteur, s'autorise à partager ses attentes, ses objectifs mais aussi ses doutes et ses inquiétudes. Le couple est alors invité à exprimer librement ce qu'il vit, ce qu'il ressent. Le dialogue qui s'installe entre le couple et le praticien va permettre aux futurs parents de s'approprier une confiance en leurs capacités parentales. Ensemble, à trois, ils apprennent à se connaître et ont la possibilité de former ce « tout ensembliste ». « *Chacun est acteur, partenaire et responsable* » [62].

c) Continuité chronologique du suivi

Le terme « global » s'oppose à partiel, incomplet. Il sous-entend une continuité chronologique, la présence d'une même sage-femme pour la grossesse, le travail, l'accouchement et le post-partum.

La grossesse et l'accouchement ne relevant pas seulement du médical, mais représentant un événement émotionnel, affectif, et symbolique, leur «accompagnement » ne devrait pas se réduire à une surveillance médicale, mais à une offre de services plus vaste, une offre « médico-psycho-socio-pédagogique », comprenant des informations médicales mais aussi un soutien psychologique, une assistance sociale en cas de besoin... d'où la nécessité pour la sage-femme de travailler en réseau (PMI, assistance sociale, psychologues...).

Cette notion d'accompagnement global à la naissance permet alors d'affirmer l'autonomie de la profession de sage-femme, puisqu'elle offre la «globalité» du service, à la fois dans ses aspects médicaux, ou instrumentaux, ou techniques, et dans ses aspects relationnels, ou expressifs [63].

d) Quelles sont officiellement les attributions de la sage-femme ?

L'article L4151-1 du code de Santé Publique en donne l'illustration :

« *L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant […]* » [64].

- Avant la naissance :

La sage-femme réalise le diagnostic de grossesse, la déclaration de grossesse, les consultations prénatales, prescrit et effectue les examens nécessaires à la surveillance de la grossesse normale, détecte les facteurs de risque d'une complication gravidique possible et diagnostique toute pathologie de la grossesse, conseille en matière d'hygiène alimentaire, d'éducation sanitaire. Le père prend part aux différents temps de la grossesse [50].

La sage-femme prendra aussi en charge la préparation à la naissance, espace de temps pour expliquer aux couples quelles sont les étapes physiologiques de l'accouchement, pour répondre aux questionnements, pour mettre en place le « projet de naissance ». Elle pourra parler entre autres choses, de l'allaitement maternel et artificiel, de la péridurale, de la césarienne, de l'épisiotomie, de la rééducation du périnée... La préparation à la naissance permet un travail de réflexion, d'élaboration du rôle de parents, une prise de conscience de la présence de l'enfant.

- A la naissance :

La sage-femme accompagne le couple et la patiente pendant le déroulement du travail, dans la continuité de la préparation à la naissance effectuée au cours de la

grossesse et de leur projet personnel, en favorisant la physiologie du travail et de l'accouchement. Le travail est surveillé et sécurisé par les moyens cliniques et techniques en vigueur. Elle «pratique» l'accouchement normal, accueille l'enfant avec les parents, assure la surveillance et réalise les soins immédiats au nouveau-né. En cas d'accouchement dystocique, elle doit faire appel à un médecin.

- Après la naissance :

La sage-femme assure la surveillance et les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement, veillant à ce que les suites de couches restent physiologiques. Elle a un rôle de soutien et de conseil à l'allaitement, aux soins maternels à l'enfant, répond aux préoccupations familiales. Elle prescrit la contraception du post-partum, réalise la visite postnatale (si la grossesse et l'accouchement ont été physiologiques) et la rééducation périnéo-abdominale du post-partum. En cas de suites de couches pathologiques, elle doit faire appeler un médecin. Elle a un rôle majeur d'éducation à la santé auprès des femmes.

L'accompagnement global respecte donc un suivi médical réglementé et cohérent, en partenariat avec un réseau de santé défini et indispensable. Les conditions d'exercice des sages-femmes pratiquant l'accompagnement global des naissances restent très difficiles : depuis quelques mois seulement, les maisons de naissances sont en expérimentation. Les patientes qui veulent bénéficier d'un accompagnement global peuvent faire appel, soit à une sage-femme libérale proposant un accouchement à domicile, soit à une sage-femme libérale ayant accès à un plateau technique.

2. Plateau technique

a) Définition

De manière générale, les plateaux techniques permettent à tout professionnel libéral de venir exercer son activité au sein d'un établissement hospitalier.

Au cours d'un colloque organisé par le Collectif des Associations et des Syndicats de Sage-Femme (CASSF) en mai 2010, Madeleine Moyroud (secrétaire de

l'ANSF) a défini un plateau technique comme un *«Lieu permettant aux sages-femmes d'assurer, en toute autonomie, l'accouchement des patientes au sein d'une maternité publique ou privée.»* et qu'il y a une *«mise à disposition, à titre locatif, du matériel et des locaux nécessaire à l'exercice de leur art.»* [*65*].

b) Modalités d'accès

Le cadre médico-légal prend, dans notre société, une place de plus en plus importante au sein de toute pratique médicale. Il a fallu, pour déterminer les responsabilités de chacun, encadrer ce système par des lois. Ainsi, nous pouvons énumérer les principaux textes ayant attrait à cet accès aux plateaux techniques :

Depuis la loi N°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, (ancien article L.711-5 du Code de la santé Publique (CSP) abrogé en juin 2000, et remplacé par l'article L.6112-4) les plateaux techniques sont ouverts aux sages-femmes libérales après l'aval du directeur de l'établissement, de la commission médicale de l'établissement, du conseil d'administration et de la direction départementale des affaires sanitaires et sociale [66].

L'article L6146-10 du CSP complète cette loi :

« *[…] les centres hospitaliers [...] peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement. »* [67].

La demande d'accès au plateau technique est déposée à l'Agence Régionale de Santé (ARS), par la sage-femme ou le médecin porteur du projet après avis de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

Selon l'article R714-31 du CSP, la demande doit comporter :

- ✓ La délibération du conseil d'administration.
- ✓ La description de l'organisation retenue et des moyens utilisés, un état prévisionnel des dépenses en matière de fourniture ou de produits à caractère

médical ou pharmaceutique ainsi qu'une estimation des dépenses à la charge de l'assurance maladie [68].

L'accord entre la sage-femme libérale et l'établissement est concrétisé par la signature d'une convention. L'ANSFL met à disposition sur son site internet un exemple de convention [69].

La convention clarifie :

- ✓ l'activité de la sage-femme libérale, qui doit être soumise au règlement intérieur de l'hôpital et à celui du service : tenue des dossiers médicaux, lettres de sorties, tenue des formulaires administratifs, rapports avec les intervenants extérieurs (PMI), rapports avec les pédiatres, les médecins anesthésistes, protocoles en cas de pathologie.
- ✓ les moyens mis à la disposition de la sage-femme qui sont d'ordre matériel (locaux, matériel spécialisé) et humain.
- ✓ les conditions de mise en cause de la responsabilité.
- ✓ la nécessité d'avoir une assurance professionnelle.

L'article R714-30 du CSP précise aussi que l'autorisation peut être accordée ou renouvelée pour une durée de cinq ans par le directeur de l'ARH, après avis du comité régional d'organisation sanitaire et sociale [70]. D'autres articles posent des conditions à ce type d'exercice notamment en termes de distance entre le centre hospitalier et le domicile du praticien tel que le mentionne l'article R.714-34 du CSP [71].

L'article R6146-14 précise que le montant de la redevance doit correspondre à un pourcentage des honoraires versés par le patient sur la base des tarifs applicables par la sécurité sociale et que la sage-femme libérale est rémunérée par l'intermédiaire du centre hospitalier [72].

Ainsi, la sage-femme peut suivre sa patiente tout au long de sa grossesse et elles se rendent ensemble à la maternité quand la femme est en travail. La sage-femme dispose alors d'une salle de naissance et de tout le matériel qui s'y trouve, de la table de réanimation pour le bébé et d'une chambre en maternité pour sa patiente. Elle doit pouvoir faire appel à un médecin en cas de dépassement de ses compétences, ce qui représente un « transfert de responsabilité ». Ainsi, l'activité en plateau technique est particulièrement bien encadrée et offre un maximum de sécurité à la parturiente ainsi qu'à la sage-femme.

c) Exemple du plateau technique de la maternité de Thiers

L'hôpital de Thiers demeure, pour l'instant, le seul établissement auvergnat à ouvrir son plateau technique aux sages-femmes libérales, qui sont au nombre de six (Cynthia Callaou, Cindy Fernandes, Anke Labrune, Pascale Larnaud, Aubrée Subias et Élisabeth Tarraga), et ce depuis juillet 2012. Celles-ci s'occupent de l'accouchement de leurs patientes qu'elles ont suivi dans le cadre de l'accompagnement global. Leur contrat est signé pour une durée de cinq ans renouvelable par avenant.

Cette « prouesse » représente *« un réel compromis entre la liberté des patientes de choisir la personne qu'elles souhaitent voir accomplir le suivi de leur grossesse et leur accouchement et la sécurité que cela sous entend »* [56].

Les conditions d'accès au plateau technique et modalités de suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement ainsi que les modalités de transfert vers l'équipe hospitalière en cas de pathologies sont précisées dans la charte co-signée par le chef de service et la sage-femme libérale (Annexe VI). Un logigramme récapitulatif à également été rédigé (Erreur : source de la référence non trouvée).

A ce jour, cette offre de soin représente 44 accouchements supplémentaires en 2015 pour la maternité de Thiers qui comptabilise en moyenne 500 accouchements par an ces quatre dernières années.

I. Objectifs et type d'étude

L'objectif principal de cette étude sera de tester l'hypothèse selon laquelle l'accouchement en plateau technique comporte plus de chance d'accouchement spontané voie basse, comparativement à une prise en charge classique.

L'objectif secondaire sera de savoir s'il existe moins de complications maternelles et néonatales au cours de l'accouchement en plateau technique par rapport à la prise en charge classique (taux d'épisiotomie et état périnéal, pertes sanguines, score d'Apgar etc…).

De ces objectifs, nous allons tenter de vérifier les hypothèses selon lesquelles, s'agissant des grossesses à bas risque, le respect de la physiologie lors du travail et de l'expulsion :

- ne présenterait pas de risques supérieurs à ceux de l'accouchement dirigé,
- donnerait de meilleurs résultats périnataux comparativement à ceux d'un accouchement médicalisé.

Il s'agira d'une étude observationnelle à visée analytique, de type exposé/non exposé dite « étude de cohorte », l'exposition correspondant à la prise en charge en accompagnement global à la naissance en plateau technique.

L'étude se déroulera à la maternité de type III de la région Auvergne (environ 3900 accouchements en 2015) ainsi qu'à la maternité de type I de la région Auvergne (environ 500 accouchements en 2015).

II. Matériel

1. Critères de jugement

L'accouchement par voie basse spontanée est défini comme étant un accouchement par voie vaginale, non assisté par forceps ou ventouse obstétricale.
On définit également la voie basse instrumentale comme étant l'intervention de forceps ou ventouse lors d'un accouchement par voie vaginale, et la césarienne, comme étant un accouchement par voie haute, après incision chirurgicale de l'utérus par voie abdominale afin d'extraire l'enfant de la cavité utérine.

2. Population

Notre population se compose de patientes à bas risque obstétrical ayant accouché à la maternité de Thiers dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance, et de patientes à bas risque obstétrical ayant accouché à la maternité de type III de la région Auvergne entre le 22 juillet 2012 et le 28 septembre 2015.

3. Échantillon

- Critères d'inclusion

Les patientes admises dans l'étude appartiennent à un groupe dit « à bas risque obstétrical », ceci suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé définies précédemment. (Annexe IV)

- Critères d'exclusion

Toute patiente présentant des facteurs de risque socio-psychologiques, un ou des antécédents, ou une des situations à risque en cours de grossesse précisés dans la charte et le logigramme qui encadrent le plateau technique de la maternité de Thiers. (Annexe VI et Annexe VII)

III. Méthode

1. Recueil des données

Le recueil de données s'est déroulé du 28 novembre 2015 au 9 janvier 2016. Sur 88 accouchements, ayant eu lieu entre le 22 juillet 2012 et le 28 septembre 2015 à la maternité de Thiers dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance par la sage-femme libérale, 81 dossiers ont été inclus dans l'étude. Les 7 autres dossiers n'ont pas pu être ouverts sur le système d'informations médicales « ICOS maternité ».

Dans le souhait d'étudier le même nombre de dossiers de la maternité de type III, 81 dossiers on été sélectionnés, à partir des mêmes critères d'inclusions et d'exclusions, et ce sur la même période.

Les variables recueillies sont détaillées en annexe. (Annexe VIII)

2. Analyse statistique

Les résultats ont été saisis à l'aide du logiciel OpenOffice Calc 2010 et analysés avec le logiciel statistique R. Deux sites de tests statistiques en lignes nous ont permis de compléter nos calculs : BiostaTGV et Aly-Abbara.

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. Dans le cas inverse, nous avons utilisé le test de Fisher. Pour les variables quantitatives nous avons utilisé le test de Student.

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

Lorsque $p \leq 0.05$, le coefficient Q de Yule, qui mesure l'intensité de la liaison entre deux variables (maladie/risque d'exposition) a été calculé. Il est :

- nul si Q = 0 ;
- négligeable si Q = (0.01 - 0.09) ;

- léger si Q = (0.10 - 0.29) ;
- modéré si Q = (0.30 - 0.49) ;
- fort si Q = (0.50 - 0.69) ;
- très fort si Q = (0.70 - 1).

L'ensemble des représentations graphiques a été réalisé à partir du logiciel OpenOffice Calc 2010.

3. Particularités éthiques

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 des médecins responsables de service et des sage-femmes coordinatrices en maïeutique de la maternité de type III ainsi que de la maternité de type I 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.

La population était composée de 162 patientes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude. Ainsi ont été sélectionnées, 81 patientes pour la prise en charge en accompagnement global en plateau technique à la maternité de type I, et 81 patientes pour la prise en charge classique à la maternité de type III de la région Auvergne.

I. Caractéristiques de la population

Le tableau 1 décrit les caractères sociaux et démographiques de la population étudiée.

La moyenne d'âge des patientes en plateau technique était de 32,2 ans (+/- 4,6), avec principalement des patientes âgées de 30 à 40 ans (68%). Dans le groupe prise en charge classique, la moyenne d'âge maternel était de 31,6 ans (+/- 4,4), de même la plus grande partie des patientes (64%) avaient un âge compris entre 30 et 40 ans.

		AGN (n=81)	CHU (n=81)	p
Ages maternels moyens		32,20	31,68	0.42
Ages maternels en classe				0.32
	≤ 20	1	0	
	20 < x ≤ 30	20	27	
	30 < x ≤ 40	**55**	**52**	
	> 40	5	2	

		AGN (n=81)	CHU (n=81)	p
Origines géographiques				
	France	**73**	**71**	
	Europe de l'Est	0	3	
	Afrique du Nord	0	4	
	autre	0	2	
Statut marital				0.92
	célibataire	3	4	
	en couple	52	50	
	mariée	26	27	
Niveau d'étude				0.11
	Collège - BEP - CAP	5	3	
	Seconde - terminale	6	16	
	Enseignement supérieur	**54**	**57**	
	Non renseigné	16	5	
Catégorie socio-professionnelle				0.34

tableau 1: Données socio-démographiques

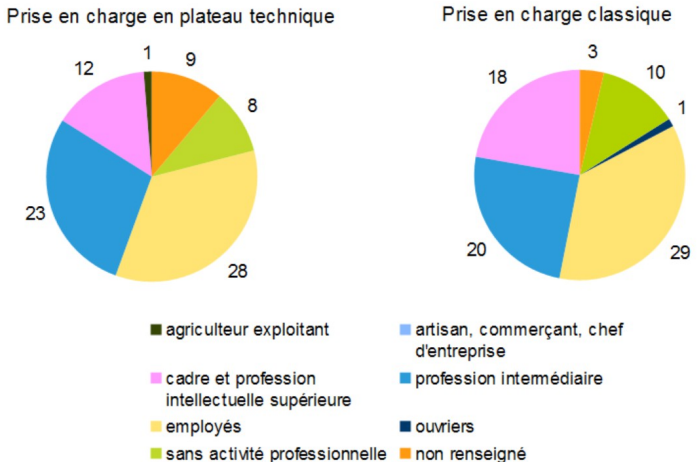


figure 1 : Catégories socio-professionnelles représentées selon le type de prise en charge

D'après le tableau 1 et la figure 1, les populations des deux types de prise en charge étaient comparables sur le plan de l'âge maternel, de l'origine géographique, du statut marital, du niveau d'étude ainsi que de la catégorie socio-professionnelle. ($p > 0,05$).

Ainsi, 89% des patientes étaient d'origine française et 68% ont poursuivi leurs études dans l'enseignement supérieur. On retrouvait 35% d'employés et 28% de professions intermédiaires dans notre échantillon.

II. Données obstétricales et caractéristiques du travail

1. Gestité, parité et préparation à la naissance

Le tableau 2 résume les diverses données obstétricales des deux populations : ainsi on retrouve respectivement 38 et 37% de primigestes en plateau technique et en prise en charge classique, et 31% de deuxième gestes dans les deux catégories. Quant à la parité : 51,8% des patientes étaient nullipares en plateau technique, 44,4% à la maternité de type III, et $p > 0,05$.

		AGN (n=81)	CHU (n=81)	p
Gestité				0.98
	I	**31**	**30**	
	II	**25**	**25**	
	III	13	15	
	IV et +	12	11	
Parité				0.46
	0	**42**	**36**	
	I	**25**	**31**	
	II	8	11	
	III et +	6	3	

Préparation à la naissance				< 0.05
	oui	79	42	
	non	0	28	

tableau 2: Données obstétricales

Concernant la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), 97% des patientes dans le groupe prise en charge en plateau technique ont suivi des cours auprès de leur(s) sage(s)-femme(s) libérale(s) contre seulement 52% à la maternité de type III, et $p < 0,05$. À noter cependant que cette variable était absente dans 11 dossiers de la maternité de type III, ainsi que dans 2 dossiers de la maternité de type I.

Nous avons également comparé, dans les deux types de prise en charge, le suivi d'une préparation à la naissance en fonction de la parité :

La figure 2 présente la préparation à la naissance des primipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, 98% d'entre elles ont suivi des cours de PNP auprès de leur(s) sage(s)-femme(s) dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 55% dans le groupe prise en charge classique.

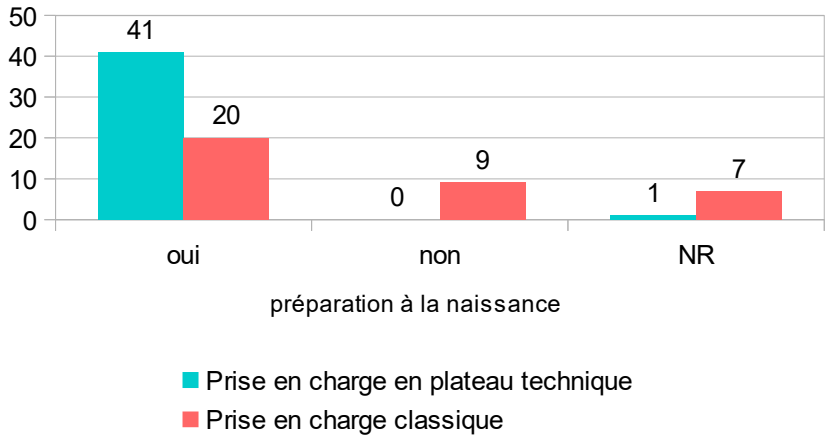


figure 2: Préparation à la naissance chez les primipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0.001$.

La figure 3 présente la préparation à la naissance des multipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, 97% d'entre elles ont suivi des cours de PNP auprès de leur(s) sage(s)-femme(s) dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 49% dans le groupe prise en charge classique.

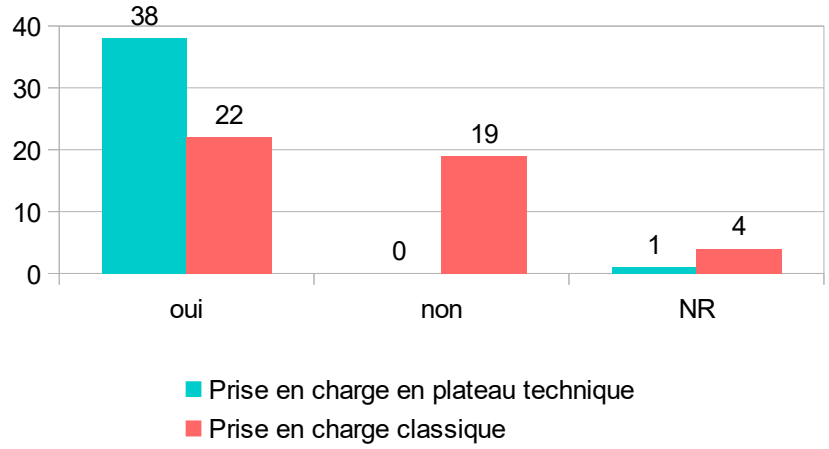


figure 3: Préparation à la naissance chez les multipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0,001$

2. Terme moyen à l'accouchement

Les moyennes des termes à l'accouchement chez les patientes du plateau technique et celles de la maternité de type III sont respectivement : 40,37 et 40,29 semaines d'aménorrhée, et d'après le test de Student $p = 0.64$

3. Mode de début de travail

Dans le groupe de patientes du plateau technique, 7 ont été déclenchées : 3 pour fissuration ou rupture prématurée des membranes, 2 pour grossesse prolongée ou terme dépassé et enfin 2 pour rupture prématurée des membranes et terme dépassé.

À la maternité de type III, il y avait 8 déclenchements. Leurs indications étaient : fissuration ou rupture prématurée des membranes (2), grossesse prolongée ou terme

dépassé (2), rupture prématurée des membranes et terme dépassé (3) et enfin terme dépassé et oligoamnios (1).

4. Dilatation du col à l'arrivée à la maternité

Il semblait intéressant de comparer la dilatation du col à l'arrivée à la maternité des patientes. En effet cette variable ayant une influence sur la durée du travail au sein de l'établissement, donc sur la prise en charge, et pouvant potentiellement être influencée par le suivi en amont de cours de préparation à la naissance.

Quatre classes ont été définies : le col fermé, dilaté entre 1 et 2 cm, entre 3 et 4 cm, puis 5 cm et au delà. On retrouve des résultats très similaires, comme l'illustre la figure 4, et p = 0,19.

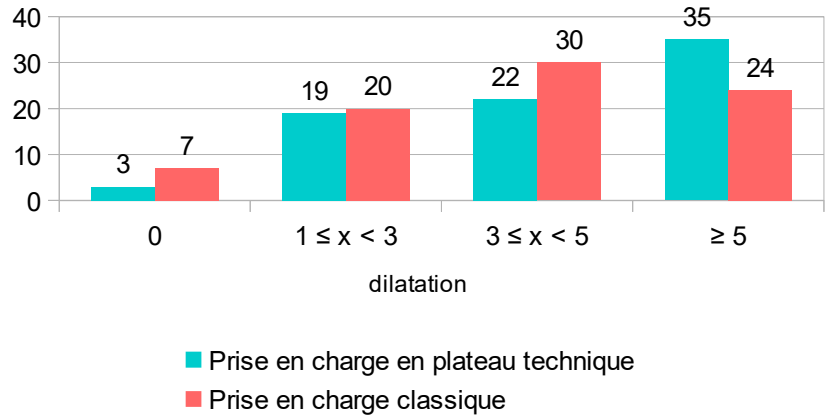


figure 4: Dilatation à l'arrivée à la maternité en fonction de la prise en charge

Ainsi, dans les deux groupes, environ 70% des patientes sont arrivées à la maternité avec un col dilaté à 3 cm minimum.

D'après les figures 5 et 6, qui présentent la dilatation à l'arrivée à la maternité en fonction de la parité, on retrouve :

Respectivement 67% des primipares dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 50% dans le groupe prise en charge classique, sont arrivées à la maternité avec un col dilaté à 3 cm minimum.

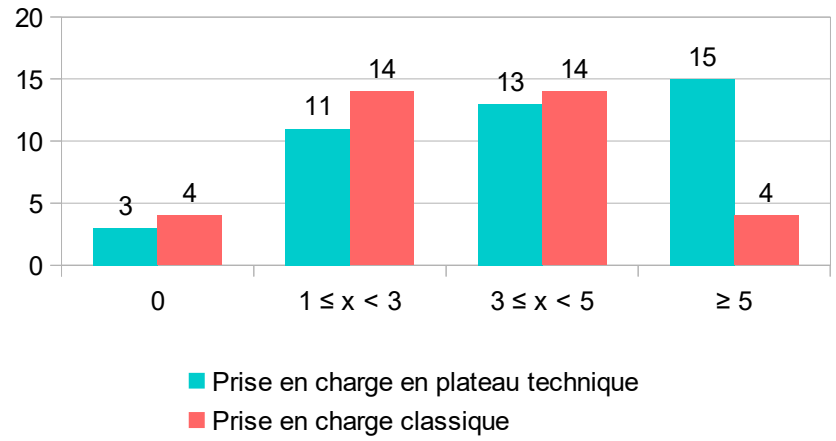


figure 5: Dilatation à l'arrivée à la maternité des primipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, p = 0,08.

Concernant les multipares, 75% d'entre elles dans le groupe prise en charge en plateau technique sont arrivées à la maternité avec un col dilaté à 3 cm minimum, 80% dans le groupe prise en charge classique.

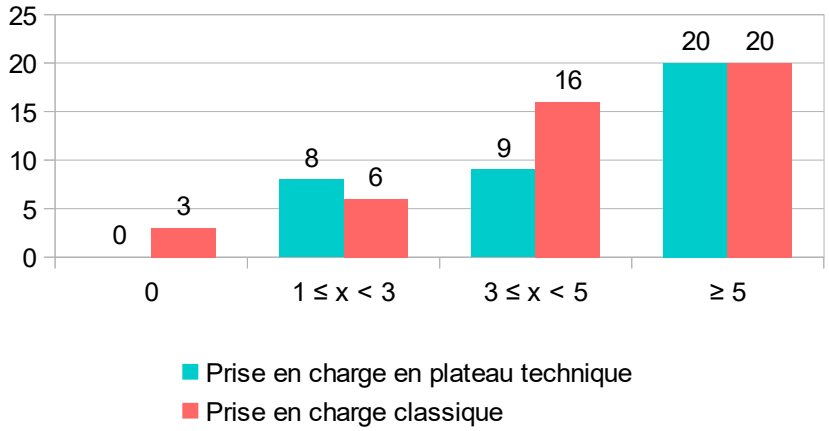


figure 6: Dilatation à l'arrivée des multipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, p = 0,25.

5. Durée moyenne du travail

La durée moyenne du travail chez les patientes en plateau technique était de 7h, celle des patientes dans le groupe prise en charge classique était de 6h30 min environ. D'après le test statistique de Student, p = 0,74.

6. Nombre de toucher vaginal au cours du travail

En moyenne, les patientes du plateau technique ont été examinées 4 fois, soit toutes les 1h30. Dans la prise en charge classique, les patientes étaient examinées toutes les heures soit environ 6 fois au cours du travail. D'après le test statistique de Student, p < 0,001.

III. Direction du travail

1. Rupture artificielle des membranes

La figure 7 présente la modalité de rupture des membranes en fonction de la prise en charge. Ainsi, il y a eu 17,3% de rupture artificielle des membranes dans la prise en charge en plateau technique et 39,5% dans la prise en charge classique.

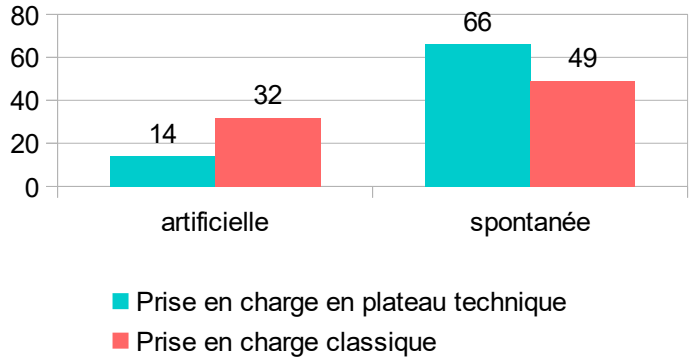


figure 7: Modalité de rupture des membranes en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 9,55$ et $p < 0,05$.

De plus, Q = 0,51 soit une liaison de forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif de rupture artificielle des membranes dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,44.

2. Utilisation d'ocytociques et leurs indications

La figure 8 présente l'utilisation des ocytociques en fonction de la prise en charge. Ainsi, 16% des patientes dans le groupe prise en charge en plateau technique ont reçu des ocytociques au cours du travail, et 47% dans le groupe prise en charge classique.

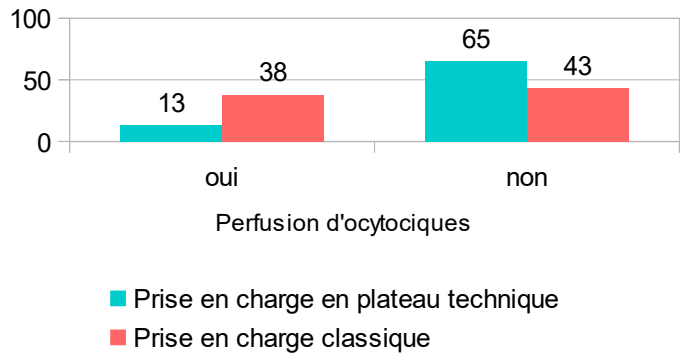


figure 8: Utilisation des ocytociques en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 16.69$ et $p < 0,001$.

De plus, Q = 0,63 soit une liaison de forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif d'utilisation des ocytociques dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,36.

- Indications des ocytociques dans chaque groupe :

Dans la prise en charge en plateau technique, la ou les indications de perfusion d'ocytociques étaient toujours précisées. On retrouve le plus fréquemment l'hypocinésie et la stagnation de la dilatation, ainsi que trois déclenchements par perfusion de syntocinon et péridurale.

Dans la prise en charge classique, la ou les indications de perfusion d'ocytociques n'étaient pas retrouvées dans près d'un quart des cas.

On identifie principalement l'hypocinésie, puis la stagnation de la dilatation et enfin le non engagement de la présentation à dilatation complète. Enfin, quatre déclenchements sont initiés par perfusion de syntocinon et péridurale.

Nous avons comparé, dans les deux types de prise en charge, l'utilisation d'ocytociques en fonction de la parité, et en fonction du mode de début travail.

La figure 9 présente l'utilisation des ocytociques chez les primipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, il a eu 29% d'utilisation des ocytociques chez les primipares dans la prise en charge en plateau technique et 63,9% dans le groupe prise en charge classique.

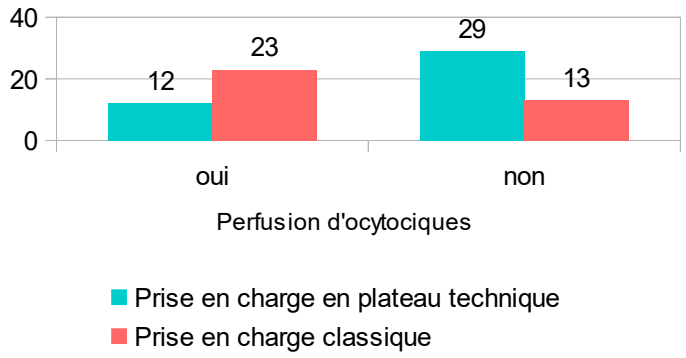


figure 9: Utilisation des ocytociques chez les primipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 9,27$ et $p < 0,01$.

De plus, Q = 0,62 soit une liaison de forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif d'utilisation des ocytociques chez la primipare dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,46.

La figure 10 présente l'utilisation des ocytociques chez les multipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, concernant les multipares, 2,7% ont reçu des ocytociques pendant le travail dans la prise en charge en plateau technique, et 33% dans le groupe prise en charge classique.

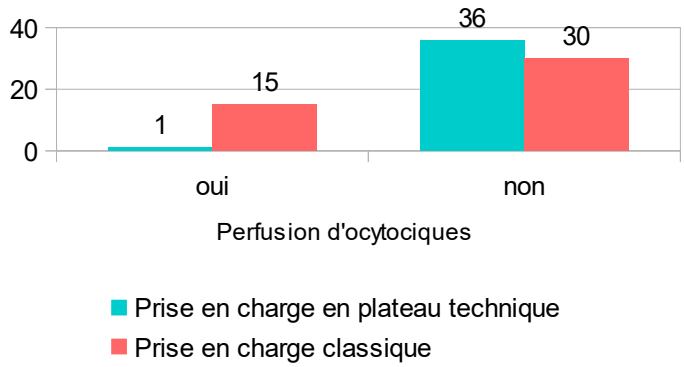


figure 10: Utilisation des ocytociques chez les multipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 12.13$ et $p < 0,01$.

De plus, Q = 0,89 soit une liaison de très forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif d'utilisation des ocytociques chez la multipare dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,08.

La figure 11 présente l'utilisation des ocytociques lors d'un travail spontané en fonction de la prise en charge. Ainsi, 14% des patientes ont reçu des ocytociques pendant le travail dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 45% dans le groupe prise en charge classique.

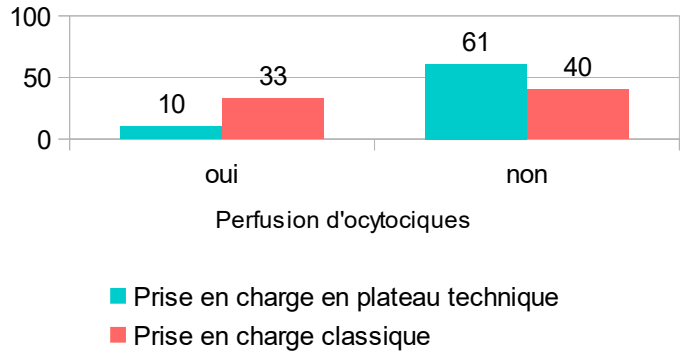


figure 11: Utilisation des ocytociques lors d'un travail spontané en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 16.64$ et $p < 0,01$.

De plus, Q = 0,67 soit une liaison de forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif d'utilisation des ocytociques lors d'un travail spontané dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,31.

La figure 12 présente l'utilisation des ocytociques lors d'un déclenchement en fonction de la prise en charge. Ainsi, 43% des patientes déclenchées ont reçu des ocytociques dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 62,5% dans le groupe prise en charge classique.

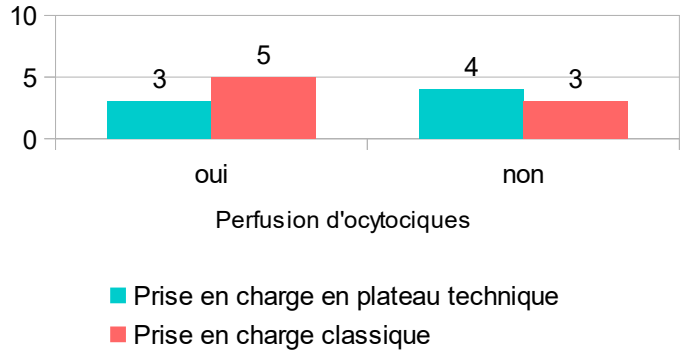


figure 12: Utilisation des ocytociques lors d'un déclenchement en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, p = 0,62

IV. Analgésie

La figure 13 présente le recours à l'analgésie péridurale en fonction de la prise en charge. Ainsi, 29,6% des patientes bénéficiaient d'une analgésie péridurale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 86,4% dans le groupe prise en charge classique.

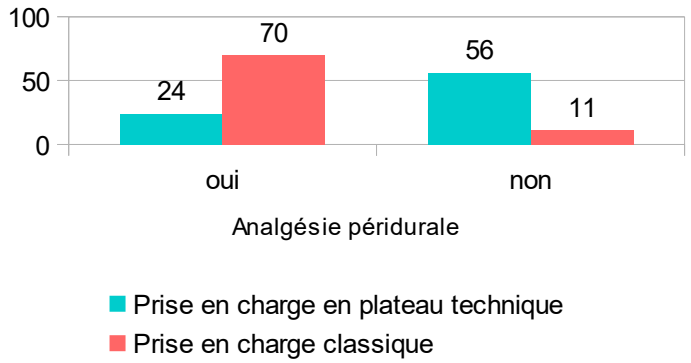


figure 13: Recours à l'analgésie péridurale en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 52.73$ et $p < 0,01$.

De plus, $Q = 0,87$ soit une liaison de très forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif de recours à l'analgésie péridurale dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,35.

Nous avons comparé, dans les deux types de prise en charge, le recours à l'analgésie péridurale en fonction de la parité, et en fonction du mode de début de travail.

La figure 14 présente le recours à l'analgésie péridurale chez les primipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, toutes les patientes primipares bénéficiaient d'une analgésie péridurale dans le groupe prise en charge classique, et 45,9% dans le groupe prise en charge en plateau technique.

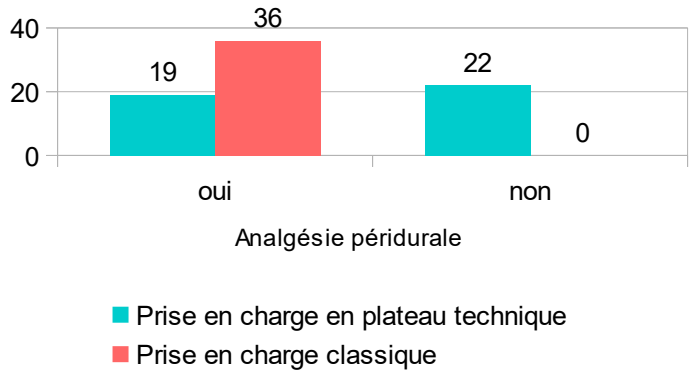


figure 14: Recours à l'analgésie péridurale chez les primipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0,001$.

Le risque relatif de recours à l'analgésie péridurale chez la primipare dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,46.

La figure 15 présente le recours à l'analgésie péridurale chez les multipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, concernant les multipares, 12,8% ont bénéficié d'une analgésie péridurale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 75,5% dans le groupe prise en charge classique.

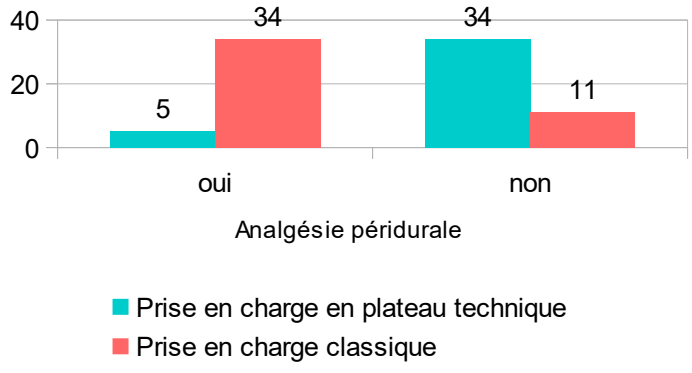


figure 15: Recours à l'analgésie péridurale chez les multipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 33.06$ et $p < 0,001$.

De plus, Q = 0,91 soit une liaison de très forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif de recours à l'analgésie péridurale chez la multipare dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,17.

La figure 16 présente le recours à l'analgésie péridurale lors d'un travail spontané en fonction de la prise en charge. Ainsi, 26% des patientes bénéficiaient d'une analgésie péridurale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 84,9% dans le groupe prise en charge classique.

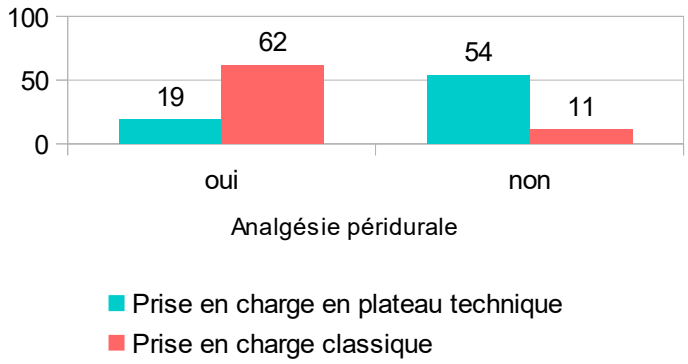


figure 16: Recours à l'analgésie péridurale lors d'un travail spontané en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 51.27$ et $p < 0,001$.

De plus, Q = 0,88 soit une liaison de très forte intensité entre les deux variables.

Le risque relatif de recours à l'analgésie péridurale lors d'un travail spontané dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,31.

La figure 17 présente le recours à l'analgésie péridurale lors d'un déclenchement en fonction de la prise en charge. Ainsi, toutes les patientes déclenchées bénéficiaient d'une analgésie péridurale dans le groupe prise en charge classique, et 71,4% dans le groupe prise en charge en plateau technique.

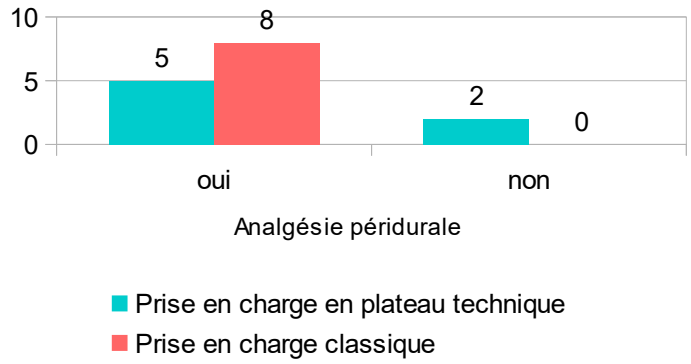


figure 17: Recours à l'analgésie péridurale lors d'un déclenchement en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, p = 0,2.

V. Position d'accouchement

La figure 18 présente la position d'accouchement en fonction de la prise en charge. Ainsi, toutes les patientes ont accouché en décubitus dorsal dans le groupe prise en charge classique, et 33,3% dans le groupe prise en charge en plateau technique.

De plus, 33% des patientes du groupe prise en charge en plateau technique ont accouché en suspension, ainsi que 12,5% en décubitus latéral.

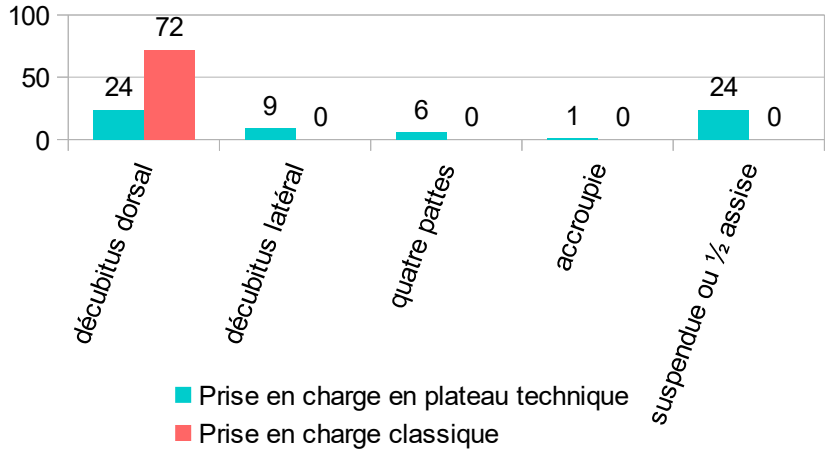


*figure 18: Position d'accouchement en fonction de la prise en charge**

*Hors accouchement par césarienne

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0,001$.

Le risque relatif d'accoucher en décubitus dorsal dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,33.

Nous avons comparé la position d'accouchement en fonction de l'analgésie chez les patientes du plateau technique :

D'après la figure 19, parmi les patientes accouchant par voie basse et ce sans analgésie péridurale, 24,5% ont accouché en décubitus dorsal et 44,9% en suspension. À l'inverse, chez les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale, 80% ont accouché en décubitus dorsal et seulement 13% en suspension.

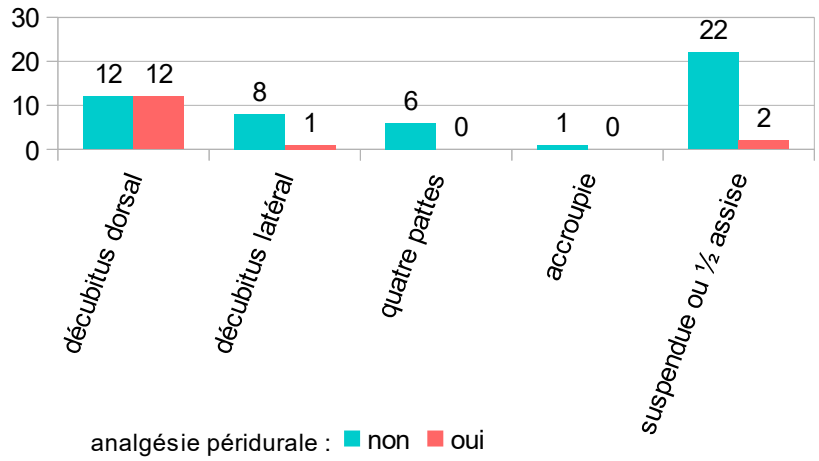


*figure 19: Position d'accouchement des patientes du plateau technique en fonction de l'analgésie**

*Hors accouchement par césarienne

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0,001$.

Le risque relatif d'accoucher en décubitus dorsal sous analgésie péridurale dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 3,3

VI. Durée des efforts expulsifs

Trois classes ont été définies : les efforts expulsifs ≤ 15 minutes, compris entre 15 et 30 minutes, et ≥ 30 minutes. Il n'était pas précisé dans les dossiers quel(s) type(s) de poussée était utilisé. (Poussée en inspiration bloquée, dite à glotte fermée ou poussée en expiration freinée).

La figure 20 présente la durée des efforts expulsifs en fonction de la prise en charge. Ainsi, la durée des efforts expulsifs dans le groupe prise en charge en plateau technique est ≤ 15 minutes dans 48% des cas, et dans 60% des cas dans le groupe prise en charge classique.

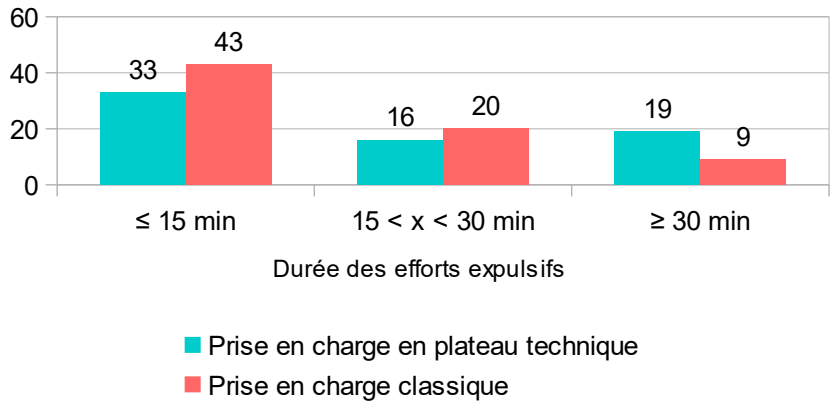


figure 20: Durée des efforts expulsifs en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 5.2$ et $p = 0,073$.

Nous avons comparé, dans les deux types de prise en charge, la durée des efforts expulsifs en fonction de la parité, et en fonction du mode d'accouchement

La figure 21 présente la durée des efforts expulsifs chez les primipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, peu importe le type de prise en charge, environ 40% des primipares avaient des efforts expulsifs compris entre 15 et 30 minutes.

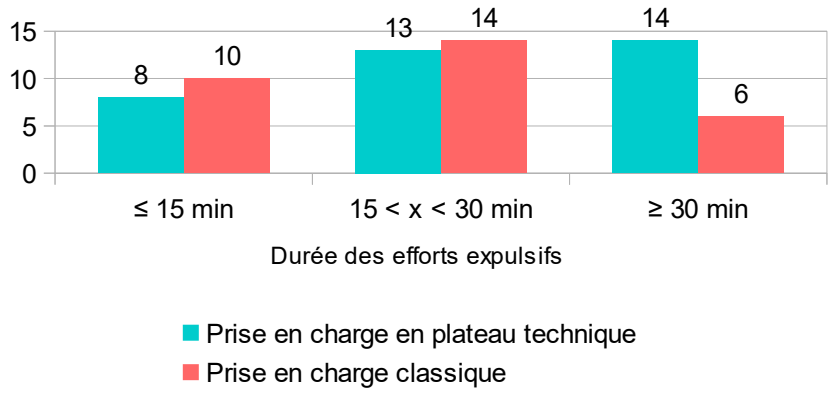


figure 21: Durée des efforts expulsifs des primipares en fonction de la prise en charge

La figure 22 présente la durée des efforts expulsifs chez les multipares en fonction de la prise en charge. De la même façon, les résultats étaient très proches concernant la durée des efforts expulsifs des multipares : dans les deux types de prise en charge près de 70% d'entre elles ont poussé moins d'un quart d'heure à l'accouchement.

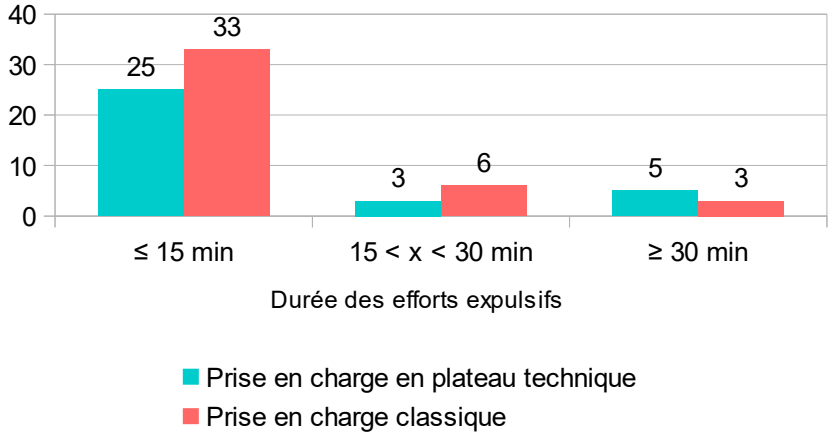


figure 22: Durée des efforts expulsifs des multipares en fonction de la prise en charge

La figure 23 présente la durée des efforts expulsifs en fonction du mode d'accouchement, ceci dans les deux types de prise en charge. Ainsi, 100% des extractions instrumentales dans la prise en charge en plateau technique ont eu lieu après

30 minutes d'efforts expulsifs, et 53,3% des extractions instrumentales dans le groupe prise en charge classique ont eu lieu au cours d'efforts expulsifs compris entre 15 et 30 minutes.

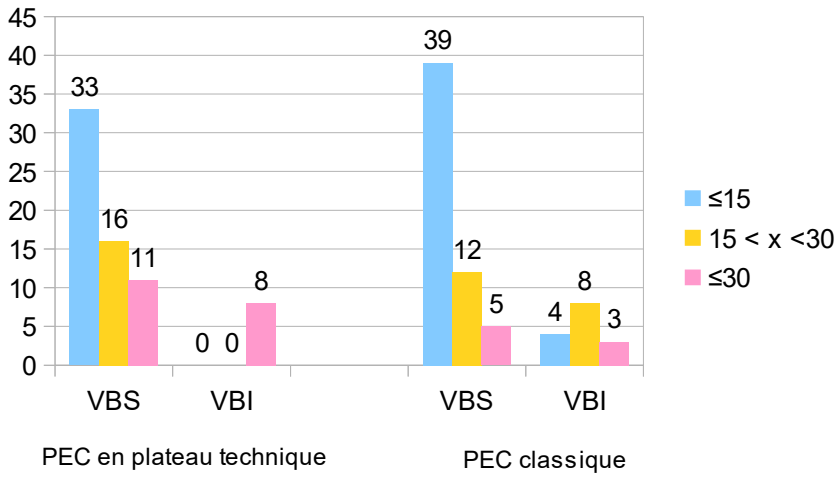


figure 23: Durée des efforts expulsifs en fonction du mode d'accouchement et suivant la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0,001$

La comparaison de la durée des efforts de poussée en fonction de l'analgésie n'a pas été réalisée, ceci en raison d'un manque d'effectif : concernant le nombre de patiente ayant accouché en plateau technique par voie basse avec analgésie péridurale (16) et à l'inverse, le nombre de patientes ayant accouchée à la maternité de type III par voie basse sans analgésie péridurale (11).

VII. Issue de l'accouchement et indications des extractions instrumentales et des césariennes

La figure 24 présente le mode d'accouchement en fonction de la prise en charge. Ainsi, 80,2% des patientes ont accouché par voie basse spontanée dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 69,1% dans le groupe prise en charge classique.

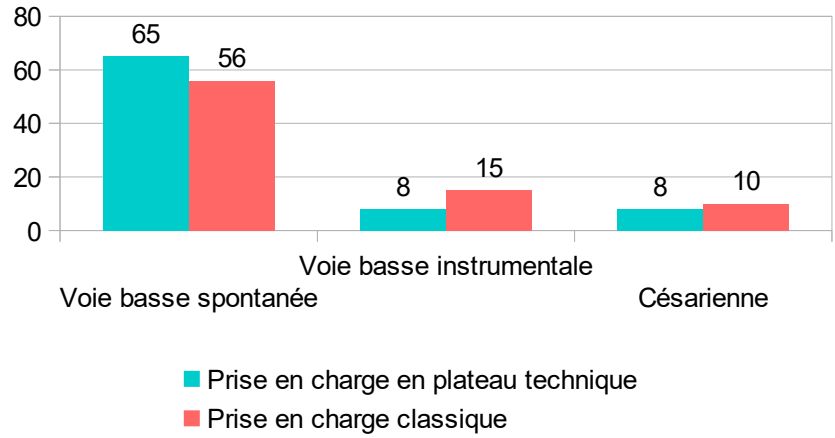


figure 24: Mode d'accouchement en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 2.65$ et $p > 0,05$.

De plus, 10% des naissances ont eu lieu par extraction instrumentale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 18,5% dans le groupe prise en charge classique. Enfin, il y a eu respectivement 10 et 12,3% d'accouchement par césarienne dans le groupe prise en charge en plateau technique et dans le groupe prise en charge classique.

D"après le test statistique du khi², $\chi^2 = 3.02$ et $p > 0,05$.

Le tableau 3 résume les indications d'extraction instrumentales retrouvées dans les deux types de prise en charge.

Ainsi, dans la prise en charge en plateau technique, les 8 extractions instrumentales par ventouse étaient indiquées devant une absence de progression de la présentation au cours d'efforts expulsifs prolongés (supérieurs à 30 minutes), dont 2 étaient associés à des anomalies de rythme cardiaque fœtal. On retrouve également 1 cas de présentation dystocique (qualifiée de rotation incomplète de la tête fœtale).

Dans la prise en charge classique, les 15 extractions instrumentales étaient indiquées devant des anomalies de rythme cardiaque fœtal, dont 7 étaient associées à

une absence de progression de la présentation, et 3 à une fatigue maternelle. 1 cas de rotation incomplète de la tête fœtale était décrit.

	AGN n=8	CHU n=15
Motifs de l'intervention voie basse		
Non progression de la présentation	8	7
Anomalies du rythme cardiaque fœtal	2	15
Rotation incomplète de la tête fœtale	1	1
Fatigue maternelle	0	3

tableau 3: Motifs des extractions voie basse dans les deux groupes

Le tableau 4 résume les indications de césarienne retrouvées dans les deux types de prise en charge.

Ainsi, dans la prise en charge en plateau technique, 6 césariennes étaient liées à une stagnation de la dilatation, dont 2 entraînaient des anomalies de rythme cardiaque fœtal. Un cas d'anomalies de rythme cardiaque fœtal isolées, et 1 cas de dystocie de démarrage consécutive à un déclenchement étaient décrits.

Pour les indications de césarienne dans la prise en charge classique, 2 échecs d'extractions instrumentales sur non progression de la présentation et anomalies de rythme cardiaque fœtal étaient décrits, ainsi que 4 cas de rotation incomplète de la tête fœtale dont 1 associé à une stagnation de la dilatation, 3 cas de stagnation de la dilatation isolée et enfin 1 cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal isolées.

	AGN n=8	CHU n=10
Motifs de la césarienne		
Stagnation de la dilatation	6	4
Anomalies du rythme cardiaque fœtal	3	1
Dystocie de démarrage	1	0
Rotation incomplète de la tête fœtale	0	4
Échec d'intervention voie basse	0	2

tableau 4: Motifs des césariennes dans les deux groupes

Nous avons comparé, pour les deux types de prise en charge, le mode d'accouchement en fonction de la parité, et en fonction du mode de début de travail.

La figure 25 présente le mode d'accouchement des primipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, 78,5% ont accouché par voie basse spontanée dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 41,6% dans le groupe prise en charge classique.

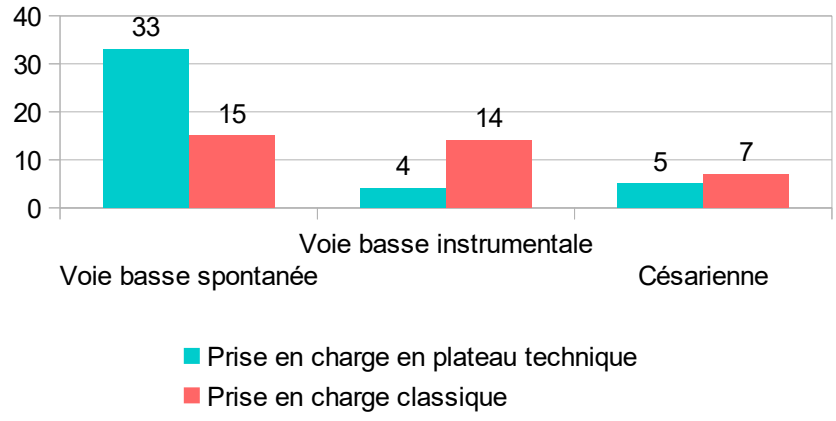


figure 25: Mode d'accouchement des primipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 11.15$ et $p < 0,001$.

De plus, Q = 0,67 soit une liaison de forte intensité entre les deux variables.

De plus, 9,5% des naissances chez les primipares ont eu lieu par extraction instrumentale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 38,8% dans le groupe prise en charge classique. Enfin, il y a eu respectivement 11,9 et 19,4% d'accouchements par césarienne chez les primipares dans le groupe prise en charge en plateau technique et dans le groupe prise en charge classique.

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 12.24$ et $p < 0,01$.

Les risques relatifs de voie basse instrumentale et de césarienne chez les primipares, dans le cadre de la prise en charge en plateau technique, sont respectivement de 0,24 et de 0,6.

La figure 26 présente le mode d'accouchement des multipares en fonction de la prise en charge. Ainsi, 82% ont accouché par voie basse spontanée dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 91% dans le groupe prise en charge classique.

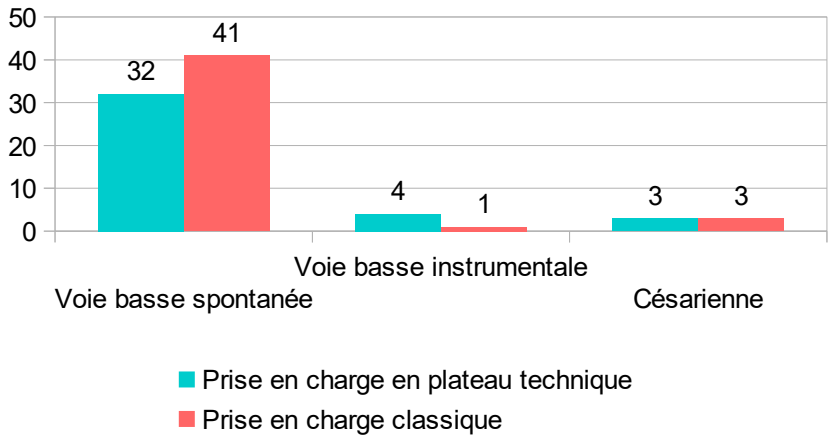


figure 26: Mode d'accouchement des multipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 1.51$ et $p = 0,22$.

De plus, 10,2% des naissances chez les multipares ont eu lieu par extraction instrumentale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 2,2% dans le groupe prise en charge classique. Enfin, il y a eu respectivement 7,7 et 6,7% d'accouchements par césarienne chez les multipares dans le groupe prise en charge en plateau technique et dans le groupe prise en charge classique.

D'après le test statistique de Fisher, p = 0,31

La figure 27 présente le mode d'accouchement lors d'un travail spontané en fonction de la prise en charge. Ainsi, 84,7% des patientes ont accouché par voie basse spontanée dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 71,2% dans le groupe prise en charge classique.

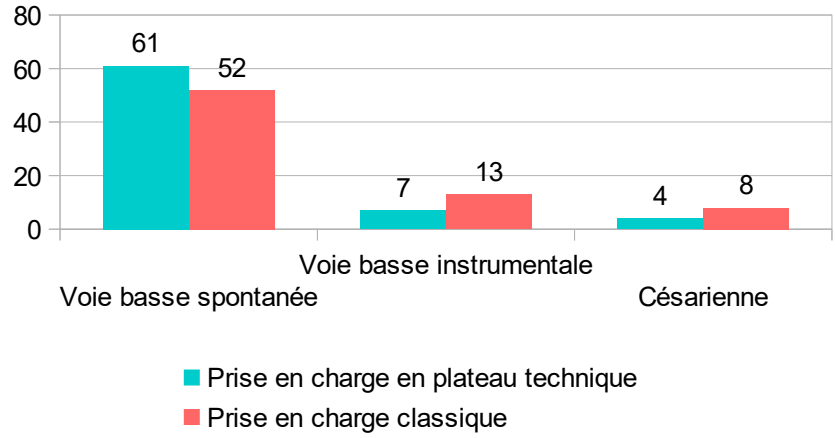


figure 27: Mode d'accouchement lors d'un travail spontané en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 3.84$ et p = 0,05.

Et, Q = 0,38 soit une liaison d'intensité modérée entre les deux variables.

De plus, 9,7% des naissances sur un travail spontané ont eu lieu par extraction instrumentale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 17,8% dans le groupe prise en charge classique. Enfin, il y a eu respectivement 5,5 et 10,9%

d'accouchements par césarienne dans le groupe prise en charge en plateau technique et dans le groupe prise en charge classique.

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 3.95$ et $p > 0,05$.

La figure 28 présente le mode d'accouchement lors d'un déclenchement en fonction de la prise en charge. Ainsi, 57,1% des patientes déclenchées ont accouché par voie basse spontanée dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 50% dans le groupe prise en charge classique.

De plus, concernant les naissances issues d'un déclenchement, 13,4% ont eu lieu par extraction instrumentale dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 25% dans le groupe prise en charge classique. Enfin, il y a eu respectivement 28,6 et 25% d'accouchements par césarienne dans le groupe prise en charge en plateau technique et dans le groupe prise en charge classique.

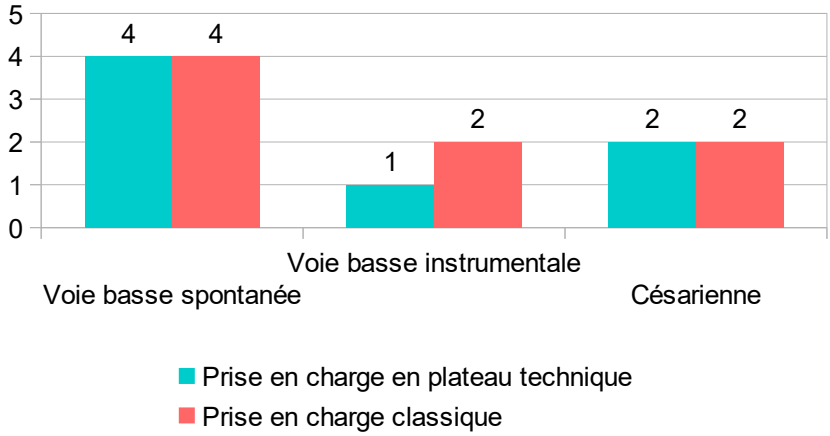


figure 28: Mode d'accouchement lors d'un déclenchement en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, $p = 1$.

La comparaison du mode d'accouchement en fonction de l'analgésie n'a pas été réalisée, ceci en raison d'un manque d'effectif : concernant le nombre de patiente ayant

accouché en plateau technique, par voie basse avec analgésie péridurale (16) et à l'inverse, le nombre de patientes ayant accouchée à la maternité de type III, par voie basse sans analgésie péridurale (11) étaient insuffisants.

VIII. Délivrance et complications

La figure 29 présente le mode de délivrance en fonction de la prise en charge. Ainsi, 71,2% des délivrances étaient naturelles dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 2,5% dans le groupe prise en charge classique.

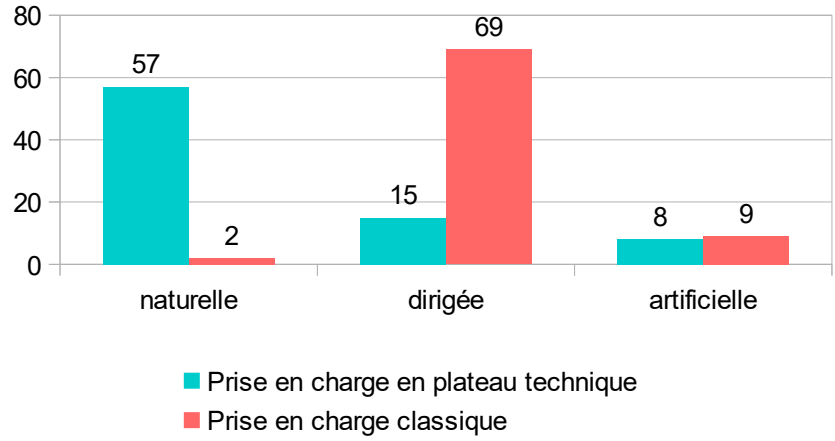


figure 29: Type de délivrance en fonction de la prise en charge

D'après le test de khi², $\chi^2 = 81.22$ et $p < 0,001$.

Et, Q = 0,98 soit une liaison de très forte intensité entre ces deux variables.

De plus, 18,7% des délivrances étaient dirigées dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 86,2% dans le groupe prise en charge classique. Enfin, il y avait respectivement 10 et 11,3% de délivrance artificielle dans le groupe prise en charge en plateau technique et dans le groupe prise en charge classique.

D'après le test de khi², $\chi^2 = 86.04$ et $p < 0,01$.

Au vu de ces différences, il semblait intéressant de comparer notamment les pertes sanguines totales après l'accouchement dans nos deux types de prise en charge, ainsi que les principales complications liées à la délivrance :

	AGN (n=81)	CHU (n=81)	p
Moyenne des pertes totales	279	234	0.18

tableau 5: Moyenne des pertes sanguines en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Student, $p > 0,05$.

La figure 30 présente les complications de délivrance en fonction de la prise en charge :

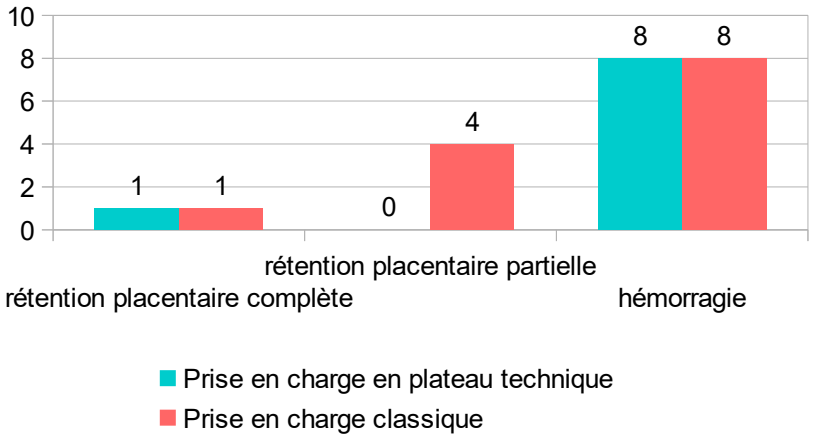


figure 30: Complications de la délivrance en fonction de la prise en charge

- Hémorragie de la délivrance

Dans le groupe prise en charge en plateau technique, 8 cas d'hémorragie de la délivrance ont été retrouvés, représentant 10% des accouchements. Parmi ces hémorragies, 4 sont survenues au cours d'une césarienne et 1 lors d'un accouchement par voie basse instrumentale associé à une épisiotomie.

Aucune de ces hémorragies n'a nécessité de prise en charge particulière.

La moyenne des pertes sanguines sur ces 8 hémorragies était de 531 ml environ, avec un minimum à 500 ml et un maximum à 750 ml.

Dans le groupe prise en charge classique : 8 cas d'hémorragie de la délivrance également, dont : 5 au décours d'une césarienne et 1 suite à un accouchement par voie basse instrumentale associé à une épisiotomie.

Seule une des situations a nécessité une prise en charge active : un examen sous valves révélant une déchirure du col et une épisiotomie hémorragique. Les sutures et un méchage ont été réalisés, la patiente a reçu 4 culots globulaires.

La moyenne des pertes sanguines de ces hémorragies était de 787,5 ml, avec un minimum à 500 ml et un maximum à 2100 ml.

- Rétention placentaire

Dans le groupe prise en charge en plateau technique, 1 seul cas de rétention placentaire complète a été décrit, après un accouchement par voie basse instrumentale associé à une épisiotomie, sur des efforts expulsifs supérieurs à 30 minutes. La délivrance artificielle a été réalisée sans complication.

Dans le groupe prise en charge classique, 4 cas de rétention placentaire partielle ont été retrouvés, dont 2 ayant nécessité une délivrance artificielle. Était décrit également 1 cas de rétention placentaire complète, après un travail rapide sous analgésie péridurale et ocytociques chez une deuxième pare. La délivrance artificielle a été réalisée sans complication.

Pour l'ensemble de ces complications, d'après le test statistique de Fisher, $p = 0,13$

IX. État périnéal

La figure 31 présente l'état périnéal en fonction de la prise en charge. Ainsi, étaient retrouvées respectivement 19,4% et 18,3% de périnée intact, 25% et 16,9% d'éraillures, 30,5% et 21,1% de déchirure de degré 1 dite superficielle dans la prise en

charge en plateau technique et dans la prise en charge classique.Toutes lésions prises en compte, d'après le test statistique de Fisher, p = 0,063.

Cependant, il a été retrouvé 9,7% d'épisiotomie dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 26,8% dans le groupe prise en charge classique.

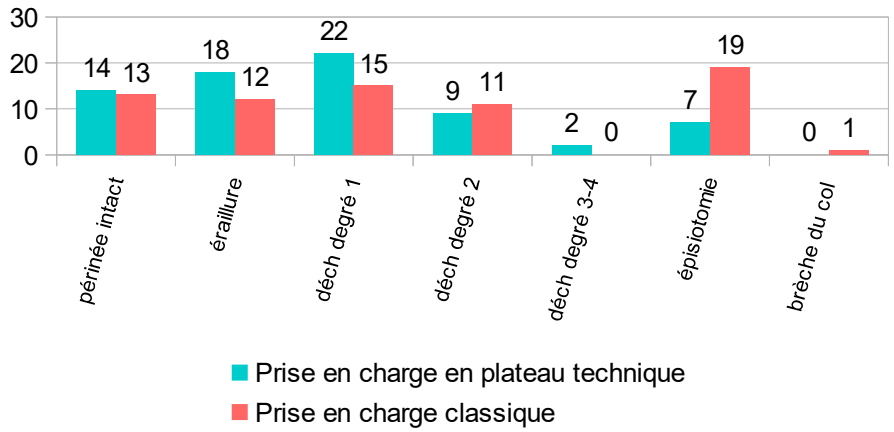


figure 31: État périnéal en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 6.98$ et $p < 0,01$.

De plus, Q = 0,54 soit une liaison de forte intensité entre ces deux variables.

Le risque relatif d'épisiotomie dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,36.

Nous avons comparé, dans les deux types de prise en charge, l'état périnéal en fonction de la parité, et en fonction du mode d'accouchement.

La figure 32 présente l'état périnéal des primipares en fonction de la prise en charge. Toutes lésions prises en compte, d'après le test statistique de Fisher, $p < 0,01$.

De plus, si on s'intéresse séparément aux pourcentages d'épisiotomie : 13,9% d'épisiotomie ont été retrouvés chez les primipares dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 53,3% dans le groupe prise en charge classique.

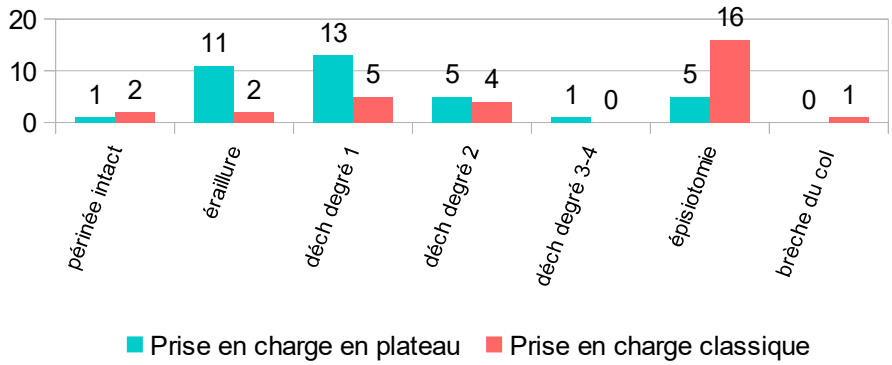


figure 32: État périnéal des primipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 11.74$ et $p < 0,01$.

De plus, Q = 0,75 soit une liaison de très forte intensité entres ces deux variables.

Le risque relatif d'épisiotomie chez la primipare, dans le cadre de la prise en charge en plateau technique est égal à 0,26.

La figure 33 présente l'état périnéal des multipares en fonction de la prise en charge. Toutes lésions prises en compte, d'après le test statistique de Fisher, p = 0,86.

De plus, si on s'intéresse séparément aux pourcentages d'épisiotomie : 5,5% d'épisiotomie ont été retrouvés chez les multipares dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 7,3% dans le groupe prise en charge classique.

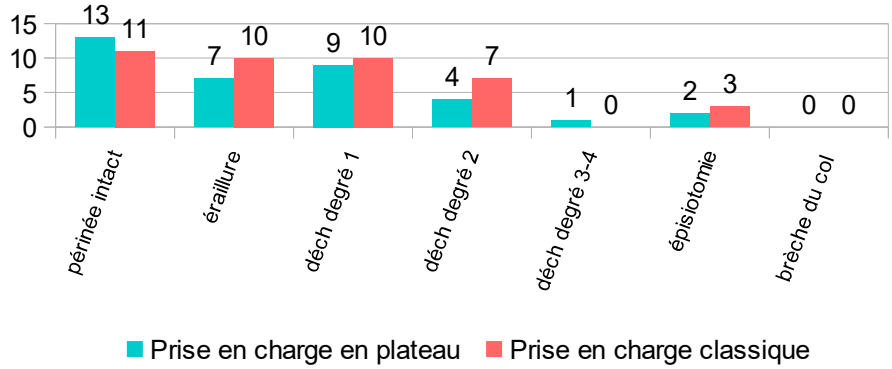


figure 33: État périnéal des multipares en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, p = 1.

La figure 34 présente l'état périnéal en fonction du mode d'accouchement voie basse. Ainsi, il était décrit 6% d'épisiotomie en cas de voie basse spontanée dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 14,3% dans le groupe prise en charge en plateau. En ce qui concerne les interventions voie basse, 37,5% d'entre elles étaient associées à une épisiotomie dans le groupe prise en charge en plateau technique, et 66,7% dans le groupe prise en charge en plateau.

À noter qu'un cas d'épisiotomie, suite à un échec d'extraction, a été retrouvé pour un accouchement par césarienne dans le groupe prise en charge classique.

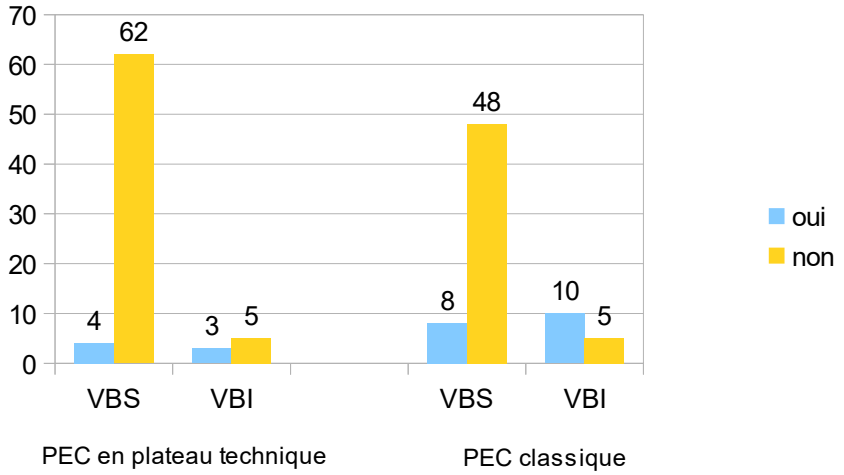


figure 34: Épisiotomie en fonction du mode d'accouchement dans les deux types de prise en charge

La figure 35 présente l'état périnéal des patientes du groupe prise en charge en plateau technique en fonction de la position d'accouchement :

Ainsi, 75% des périnées intacts ont été réalisés en décubitus latéral ou en suspension et 86% des épisiotomies en décubitus dorsal.

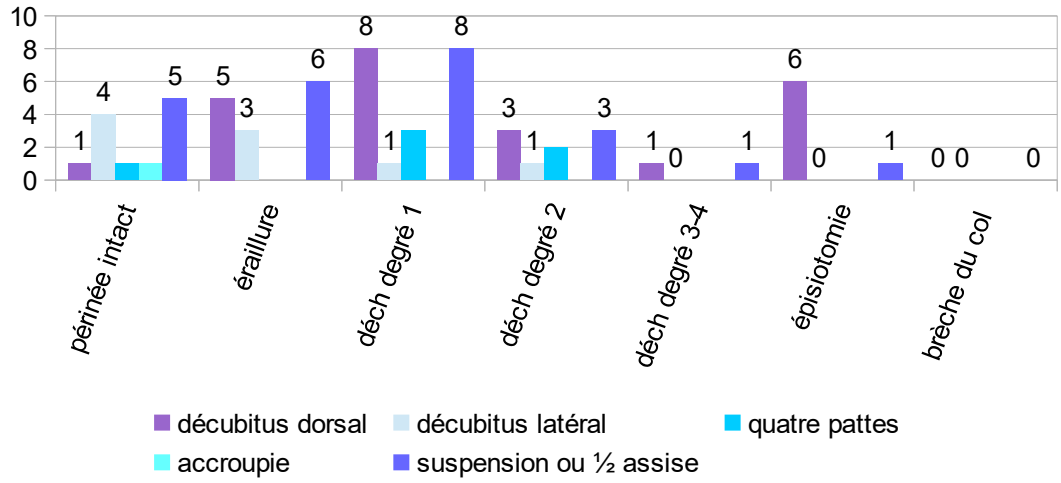


figure 35: état périnéal des patientes du groupe prise en charge en plateau technique en fonction de la position d'accouchement

X. État néonatal

1. Score d'Apgar à 1, 5 et 10 minutes

Trois classes on été définies : les scores ≤ 3, compris entre 3 et 7, et ≥ 7.

Dans le groupe prise en charge en plateau technique, 97,5% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar satisfaisant à 1, 5 et 10 minutes de vie.

Ainsi, 1 cas de score ≤ 3 à 1 minute de vie a été décrit, il était réévalué satisfaisant à 5 puis 10 minutes. Également 1 cas de détresse respiratoire modérée persistante a également été décrit : après une naissance par césarienne pour des anomalies de rythme cardiaque fœtal et une stagnation de la dilatation, le score d'Apgar était égal à 7 à 10 minutes de vie, ce malgré une prise en charge active : surveillance de la fréquence cardiaque, de la saturation en oxygène, dépistage glycémique révélant des hypoglycémies rebelles, aspiration pharyngée et ventilation au masque. Le nouveau-né a finalement été transféré à 4heures de vie, après pose d'un cathéter veineux ombilical.

Dans le groupe prise en charge classique, 11,6% des nouveau-nés, soit n = 7 ont présenté un score d'Apgar < 7 à 1 minute dont 1 était < 3. Pour 6 d'entre deux, le score d'Apgar était jugé satisfaisant à 10 minutes après mise en incubateur et/ou oxygénation.

L'un d'entre eux présentait un score égal à 7 à 10 minutes de vie malgré une prise en charge active (monitorage et oxygénation), le transfert vers la nurserie a donc été décidé.

2. Monitorage, réanimation et transfert néonatal.

Quelle que soit la prise en charge, tous les nouveau-nés de mère césarisée ont été scopés (fréquence cardiaque + saturation en oxygène) et placés en incubateur dans les deux heures qui ont suivi la naissance.

Dans la prise en charge en plateau technique, on retrouvait un deuxième transfert néonatal (soit 3,7% de transferts au total) à quinze heures de vie sur un tableau de détresse respiratoire légère survenue à deux heures de vie mais persistante. Le nouveau-né a d'abord été placé en incubateur puis scopé, un bilan infectieux a été réalisé. La CRP s'est révélée négative et le dépistage des hypoglycémies également.

Dans la prise en charge classique, trois transferts supplémentaires (soit 4,9% de transferts au total) ont été réalisés : deux en service de néonatologie (l'un pour hypotrophie (poids = 2125g) et l'autre à trois jours de vie pour motif infectieux), et un en nurserie devant une détresse respiratoire débutante à 4 heures de vie.

3. Allaitement maternel

La figure 36 présente l'allaitement maternel en fonction de la prise en charge. Ainsi, 95% des nouveaux-nés sont nourris au lait maternel à la sortie de la maternité dans le groupe prise en charge en plateau technique, 59,2% dans le groupe prise en charge classique.

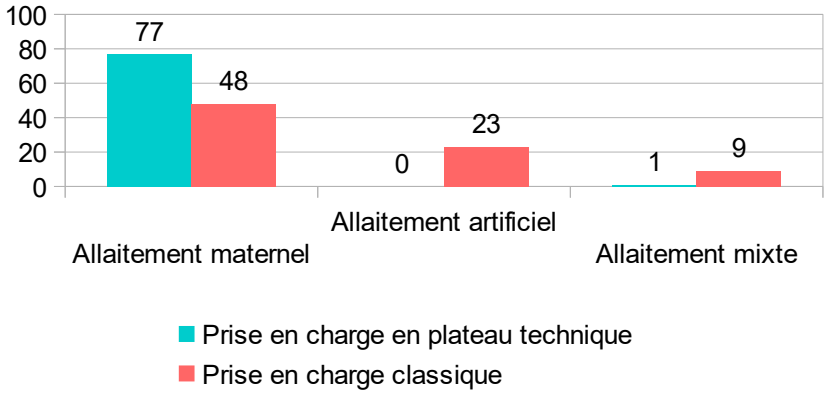


figure 36: Allaitement maternel en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique du khi², $\chi^2 = 29.46$ et $p < 0,05$.

D plus, Q = 0,86 soit une liaison de très forte intensité entre les deux variables.

XI. Séjour et suivi à domicile

Le tableau 6 présente la durée moyenne du séjour en fonction de la prise en charge, et d'après le test de Student, $p < 0,05$.

	AGN (n=81)	CHU (n=81)	p
Durée moyenne du séjour (en jour)	3,2	4	0.0001

tableau 6: Durée moyenne du séjour fonction de la prise en charge

Le tableau 7 présente le suivi à domicile en fonction de la prise en charge. Ainsi, 99% des patientes ayant accouché au sein du plateau technique ont bénéficié d'un suivi à domicile par leur sage-femme libérale après l'accouchement, et 70% dans la prise en charge classique.

	AGN (n=81)	CHU (n=81)	p
oui	80	57	0.0001
non	0	7	
NR	1	17	

tableau 7: Suivi à domicile en fonction de la prise en charge

D'après le test statistique de Fisher, $p < 0,001$.

À noter, que cette information était absente dans 21% des dossiers à la maternité de type III.

I. Rappel des objectifs de l'étude

Notre hypothèse de départ était : *« L'accouchement physiologique en plateau technique ne présente pas de risques supérieurs à ceux de l'accouchement dirigé ».*

L'objectif principal de cette étude était de tester l'hypothèse selon laquelle l'accouchement en plateau technique comporte plus de chance d'accouchement spontané voie basse, comparativement à une prise en charge classique.

L'objectif secondaire était de savoir s'il existe moins de complications maternelles et néonatales au cours de l'accouchement en plateau technique par rapport à la prise en charge classique.

De ces objectifs, nous allons tenter de vérifier les hypothèses selon lesquelles, s'agissant des grossesses à bas risque, le respect de la physiologie lors du travail et de l'expulsion :

- ne présenterait pas de risques supérieurs à ceux de l'accouchement dirigé,
- donnerait de meilleurs résultats périnataux comparativement à ceux d'un accouchement médicalisé.

II. Points forts et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Alors que d'autres maternités, de taille plus ou moins conséquente, dans la région et en France se posent la question de permettre l'accès à leur plateau technique aux sages-femmes libérales, qui souhaiteraient proposer à leur patientèle un accompagnement global à la naissance, cette étude propose de comparer la prise en charge en salle de naissance des grossesses à bas risque dans le cadre de

l'accompagnement global à la naissance en plateau technique à la prise en charge classique des grossesses à bas risque en maternité de type III.

S'agissant d'une étude de cohorte, celle-ci est adaptée à l'étude de plusieurs événements comme conséquence d'une exposition unique, ici l'accompagnement global à la naissance (AGN) en plateau technique, permettant un calcul d'incidences et de risques relatifs. De plus, elle ne présente pas de biais de classement différentiel dans la mesure de l'exposition.

Enfin, il convient de rappeler que les deux maternités de l'étude sont dans le même département, et distantes d'environ 35 km (liaison autoroutière entre Thiers et l'agglomération clermontoise).

2. Limites et biais

Le principal biais de l'étude consiste en un biais de sélection dit « de recrutement » ; en effet, si les patientes sont comparables sur le plan médical, leur projet de naissance est très différent d'une prise en charge à l'autre :

L'accompagnement global à la naissance en plateau technique constitue un choix, une décision souvent mûrement réfléchie par les patientes, avec le désir d'un accouchement naturel, ou simplement le souhait d'être accouchée par la sage-femme de son choix.

Accoucher en maternité de type III serait davantage une solution logique, géographique ou simplement une possibilité mieux connue. De plus, certaines femmes, ou certains couples, rapportent que leur choix d'accoucher dans la maternité de type III s'explique par le fait qu'ils avaient une vision plus sécuritaire de l'établissement et notamment des services de réanimation qu'ils présentent, et que dans le cas de complications néonatales, la mère et l'enfant resteraient sur place ensemble.

Un second biais de sélection dit « effet-centre » peut être décrit ; en effet, la prise en charge classique, représentée dans la maternité de type III de la région Auvergne, n'est pas parfaitement représentative de la prise en charge classique en

France : une étude multicentrique, dans des maternités de différents types aurait été plus représentative.

Il existe également, un biais d'information lié à la cohorte historique de par son mode d'évaluation : certains dossiers médicaux étaient incomplets.

III. Discussion des résultats

1. La préparation à la naissance et à la parentalité

Quelle que soit la parité, la préparation à la naissance et à la parentalité était largement plus présente dans le groupe de patientes du plateau technique.

Ceci s'explique par le souhait d'élaborer un projet de naissance, projet rendu possible grâce à la relation privilégiée qui s'établit entre la patiente et sa sage-femme tout au long de la grossesse. Cette préparation à la naissance a d'autant plus de sens qu'elle est réalisée par la sage-femme qui sera présente le jour de l'accouchement.

Le projet de naissance qui se crée, au fur et à mesure de l'accompagnement global, est le fruit d'un dialogue, d'un échange qui s'inscrit dans la durée, entre la patiente et sa sage-femme, cette dernière laissant la femme enceinte devenir pleinement actrice de son accouchement.

Ainsi, deux conceptions de la grossesse et de la naissance, qui jusque là semblaient s'opposer, sont à l'origine d'un compromis entre une moindre médicalisation et une prise en charge répondant aux critères de sécurité et de qualité des soins. C'est là que l'accompagnement global à la naissance en plateau technique prend tout son sens, puisque moindre médicalisation ne signifie pas pour autant démédicalisation : le recours à l'intervention du médecin (gynécologue-obstétricien, pédiatre ou anesthésiste) reste réalisable si nécessaire [56].

2. Durée du travail

Les tests comparatifs réalisés au sujet de la durée moyenne du travail dans les deux types de prise en charge n'ont pas montré de différence statistiquement significative.

Or, d'après les données de la littérature, l'on aurait pu s'attendre à une durée de travail plus longue dans le groupe prise en charge classique (du fait d'une médicalisation plus fréquente, notamment en ce qui concerne l'analgésie péridurale) [27, 28].

L'une de nos hypothèses serait que dans la prise en charge en plateau technique, dès l'apparition des premières contractions utérines régulières, la patiente prévient sa sage-femme qui peut alors donner, a posteriori, une estimation plus ou moins juste du véritable début de travail, voire assez précise si la sage-femme s'est déplacée à domicile. Alors que dans la prise en charge classique, bien souvent, le début de travail est fixé à l'arrivée à la maternité, ceci en fonction de la dilatation cervicale et l'avancé du travail à l'entrée de la patiente dans le service (or dans notre étude, 43,2% des patientes sont arrivées à la maternité avec une dilatation supérieure ou égale à 5 cm), ce qui pourrait potentiellement sous-estimer la durée du travail.

3. La direction du travail et l'analgésie

Le travail était globalement moins dirigé dans le groupe prise en charge en plateau technique. Toutefois, bien qu'il s'agisse de respecter la physiologie de l'accouchement et le projet de naissance du couple, cette moindre direction du travail n'est réalisable qu'en raison de la totale disponibilité de la sage-femme, qui se consacre uniquement à sa patiente.

a) L'analgésie péridurale

On retrouve 77,9% d'analgésie péridurale pendant le travail dans le rapport de l’enquête périnatale de 2010 [26], ce taux est conforme à celui retrouvé dans le groupe prise en charge classique de notre étude.

En revanche, le recours à l'analgésie péridurale dans le groupe prise en charge en plateau technique était significativement inférieur, quelle que soit la parité. Si cette pratique trouve elle aussi son origine dans le respect de la physiologie et, parfois mais pas toujours, dans le choix initial des patientes, elle est également encouragée par la sage-femme qui utilise des méthodes alternatives, telles que la baignoire de dilatation, l'acupuncture, l'homéopathie, la sophronisation ainsi que diverses techniques de respiration afin de soulager les douleurs de sa patiente.

L'une des sages-femmes libérales du plateau technique de Thiers a pour habitude d'expliquer à ses patientes qu' *« accoucher sans péridurale, ce n'est pas accoucher sans rien ».* C'est une manière pour elle d'insister sur le fait que la sage-femme est présente tout au long du travail et favorise, entre autre, la déambulation et l'utilisation des postures pour soulager les douleurs. Ainsi, le recours aux diverses thérapeutiques est bien moins fréquent. Mais cette alternative reste accessible dans la mesure où un médecin anesthésiste reste sur place, 24h/24. D'ailleurs, le recours à l'analgésie loco-régionale était initialement un motif de transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière. Puis un avenant à la convention a permis d'inclure au plateau technique les patientes bénéficiant d'une analgésie péridurale, cette dernière ne constituant pas une pathologie en soi.

Outre la préservation de la mobilité, l'absence d'analgésie péridurale permet une surveillance discontinue du rythme cardiaque fœtal. D'ailleurs, les recommandations de l'étude ETMIS de 2012, concernant la surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, vont en ce sens puisqu'elles ont montré qu'une surveillance continue est associée à une augmentation du taux de césarienne et d'interventions voie basse. Le constat est le même quand il s'agit des centrales d'analyses, qui n'améliorent pas la prise en charge materno-fœtale et ne diminuent pas la morbidité néonatale. [73].

Enfin, l'absence d'analgésie péridurale permet à la patiente de rester à l'écoute de ses sensations. C'est son instinct qui la guide dans le choix de ses positions, aussi bien pendant le travail qu'à l'expulsion. De même, la préservation du réflexe de poussée de très souvent inhibé sous péridurale, l'aide lors des efforts expulsifs.

b) Les ocytociques

Rappelons que les principales indications des ocytociques retrouvées dans l'étude sont l'hypocinésie, la stagnation de la dilatation, ainsi que le non engagement de la présentation à dilatation complète. Elles sont comparables à celles retrouvées dans la littérature [48-51]. Chez une patiente sous analgésie péridurale, la perfusion d'ocytociques semble la solution la plus appropriée pour remédier à ce genre de difficultés du déroulement du travail.

Or, rappelons également que dans près de 70% des cas, les patientes du plateau technique ne bénéficient pas de l'analgésie péridurale. Ainsi, les sages-femmes utilisent en première intention la déambulation, les postures, l'acupuncture, l'homéopathie et parfois même la baignoire de dilatation pour corriger les anomalies de la dynamique utérine.

Notons qu'au-delà du respect d'un travail physiologique, cette moindre utilisation des ocytociques semble minimiser la survenue d'anomalies de rythme cardiaque fœtal, d'hypercinésie et d'hypertonie utérine secondaires aux ocytociques [49].

c) La rupture artificielle des membranes

Il y avait nettement moins de rupture artificielle des membranes dans le groupe prise en charge en plateau technique, l'hypothèse la plus probable qui expliquerait une telle différence serait que, dans le respect de la physiologie, la poche des eaux soit conservée intacte le plus longtemps possible, de manière à protéger le fœtus des risques infectieux, à lui permettre une meilleure accommodation et progression dans le bassin maternel tout en lui assurant une plus grande tolérance aux contractions utérines [21].

Cependant, chez une parturiente ne bénéficiant pas de l'analgésie péridurale, lorsque les méthodes alternatives n'ont pas suffi à corriger les anomalies de dynamique utérine, la rupture artificielle des membranes semble préférée à la perfusion d'ocytociques.

4. La position à l’expulsion

Là encore les tests statistiques mettaient en évidence une pratique très différente selon la prise en charge : la position gynécologique systématique voire obligatoire dans le groupe prise en charge classique face à la possibilité, dans la prise en charge en plateau technique, d'accorder une plus grande liberté de position à la parturiente, qui choisit celle qu'elle ressent comme la plus adaptée au soulagement de sa douleur, et à la progression du fœtus.

Il est bien sûr évident que les possibilités sont restreintes en cas d'analgésie péridurale, mais notons tout de même que l'on retrouvait plusieurs cas de patientes ayant accouché en suspension, ou en décubitus latéral même sous analgésie péridurale dans la prise en charge en plateau technique.

5. La durée des efforts expulsifs

La durée des efforts expulsifs était globalement comparable dans les deux types de prise en charge, mais statistiquement différente en cas de voie basse instrumentale. En effet, presque tous les accouchements voie basse dans le groupe prise en charge classique ont eu lieu dans les 30 minutes, y compris ceux nécessitant une extraction. À l'inverse, toutes les extractions voie basse sont intervenues au bout de 30 minutes d'efforts expulsifs minimum dans la prise en charge en plateau technique.

L'hypothèse envisagée est que les efforts expulsifs prolongés (> 30 min) sont plus souvent tolérés dans la prise en charge en plateau technique lorsqu'il n'y a pas de perfusion d'ocytociques ni d'analgésie péridurale, donc potentiellement moins d'anomalie de rythme cardiaque fœtal. De plus, le mode de poussée issu du réflexe instinctif est très souvent en expiration freinée ; poussée plus douce et qui demande des efforts expulsifs souvent plus longs [74].

6. L'issue de l'accouchement

Si notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative concernant les taux de césarienne dans les deux types de prise en charge, elle a permis de démontrer un taux significativement augmenté de voie basse spontanée chez les primipares. En effet, comme dans la littérature, le taux d'intervention voie basse dans le groupe prise en charge classique était nettement supérieur à celui du groupe prise en charge en plateau technique [26].

Et c'est toute la prise en charge que nous avons détaillé précédemment, avec ses différences et ses nuances qui permet ce résultat : une prise en charge moins interventionniste, avec moins d'ocytociques, moins d'analgésie péridurale permettant une surveillance cardiotocographique discontinue, des efforts expulsifs plus longs, dans une position qui favorise le dégagement du fœtus et le relâchement du périnée etc...

7. L'état périnéal

Les taux de déchirures spontanées étaient moins élevés dans la prise en charge classique, mais cette différence (bien que non significative) s'expliquerait par un taux nettement plus important d'épisiotomie.

En effet les tests comparatifs réalisés au sujet des lésions provoquées mettaient en évidence un taux d'épisiotomie significativement inférieur chez la primipare dans la prise en charge en plateau technique.

Cette différence est à rapprocher du taux non augmenté de déchirures périnéales compliquées (de degrés 3 et 4). Ainsi, cette pratique moins fréquente de l'épisiotomie, semble tout à fait en adéquation avec les recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français de 2005, qui mettaient en évidence le manque de bénéfices liés à cette pratique systématique dans la prévention des troubles de la statique pelvienne et de l'incontinence [38].

Il apparaît que le respect du choix de position de la mère, ou la proposition de positions par la sage-femme pour favoriser le dégagement de la tête fœtale, le relâchement

périnéal et le respect du réflexe expulsif, comme cela a lieu dans un accouchement dans les conditions de la physiologie, ne sont pas délétères pour le périnée et présentent même d'importants bénéfices.

A contrario, les facteurs favorisants les lésions périnéales semblent être : la position gynécologique obligatoire, les extractions instrumentales, les épisiotomies et l'analgésie péridurale. (Les données de la littérature confirment ces remarques [37]).

8. La délivrance

Notre étude a mis en évidence une différence significative entre les deux types de prise en charge quant au mode de délivrance : si les taux de délivrance dirigée du groupe prise en charge classique sont comparables à ceux du rapport de l'enquête de 2010 [26], ils sont statistiquement plus faibles dans le groupe prise en charge en plateau technique. Ceci en contradiction des recommandations de pratiques cliniques émises par le Collège des Gynécologues-Obstétriciens Français en 2004, dont les études ont montré un bénéfice dans la réalisation systématique d'une délivrance dirigée, y compris pour les grossesses physiologiques [45].

Cette différence concernant le mode de délivrance en fonction du type de prise en charge s'explique par le fait, qu'à la maternité de type III, la délivrance soit régie par un protocole, alors que la nécessité d'une prévention de l'hémorragie de la délivrance par une délivrance dirigée est laissée à l'appréciation de la sage-femme libérale dans le cadre du plateau technique (par exemple en cas de travail très long, avec ocytociques...).

Or, ces taux inférieurs de délivrance dirigée sont à rapprocher des taux non augmentés de complications de la délivrance, ainsi que de pertes sanguines totales sensiblement comparables.

Il ne s'agit en aucun cas de remettre en questions les recommandations du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français, les recommandations qui sont incontournables car elles seules permettent de réduire la première cause de décès maternels. Toutefois, la sage-femme libérale ne se consacrant qu'à une seule patiente a plus de possibilités de prise en charge d'une éventuelle atonie par exemple. L'on

remarque d'ailleurs que le taux de rétention est moindre dans ce groupe. Et par ailleurs, elles ont la responsabilité de la prise en charge (c'est un octroi du plateau, des locaux…). Mais l'équipe hospitalière surveillons et elles sont réactives.

9. L'état néonatal

En ce qui concerne le bien-être néonatal, aucune différence n'a pu être mise en évidence dans les deux types de prise en charge. Les scores d'Apgar étaient comparables, de même que les taux de transferts.

Cependant, il manquait un critère important pour compléter notre étude : le pH au cordon. Cette variable, bien que relevée lors du recueil de données, n'a tout simplement pas pu être analysée puisque trop fréquemment absente des dossiers du plateau technique. En effet, si la recherche d'une acidose fœtale sur sang de cordon est systématique à la maternité de type III, elle n'est pratiquée qu'en cas de situation à risque ou suspectée de l'être dans la prise en charge en plateau technique.

Nous souhaitions également comparer les rythmes cardiaques fœtaux enregistrés lors de l'expulsion, au moyen de la classification de Melchior. Mais là encore, nous avons rencontré quelques difficultés : d'abord une contrainte de temps, puisqu'il fallait réaliser l'analyse du rythme en même temps que le recueil de données (cette analyse n'étant pas systématique), ensuite, parce qu'une majorité des enregistrements ne se trouvaient pas dans les dossiers médicaux du plateau technique, mais dans les archives des sages-femmes libérales et nous manquions de temps pour tous les récupérer.

10. Allaitement maternel

L'enquête périnatale de 2010 retrouvait 60,2% d'allaitement maternel exclusif en maternité, ce taux est comparable à celui retrouvé dans le groupe prise en charge classique de notre étude [26]. Le pourcentage d'allaitement au sein retrouvé chez les patientes du plateau technique est significativement supérieur, ainsi nous pourrions conclure que l'accompagnement global à la naissance semble favoriser cette pratique.

11. Durée du séjour et suivi à domicile

La durée moyenne du séjour à la maternité dans le groupe prise en charge classique est comparable à celle retrouvée lors de l'enquête périnatale de 2010 [26]. Les tests statistiques ont permis de mettre en évidence une différence significative avec la durée moyenne du séjour dans le groupe prise en charge en plateau technique : les patientes quittent la maternité plus précocement. Ce phénomène est à rapproché du suivi à domicile organisé avec la sage-femme libérale, toujours dans le cadre de l'accompagnement global.

Les patientes, si elles le souhaitent, rentrent donc plus tôt chez elles. Peut-être parce que cet accouchement est souvent mieux vécu, elles se sentent en meilleure santé et ont comme « *l'impression de récupérer de l'accouchement plus rapidement »* [75].

IV. Projet d'action

Actuellement en France, la physiologie est relativement peu prise en compte en obstétrique. En effet, en dépit de l'ouverture d'une salle physiologique dans certains services, force est de constater que celle-ci est plus souvent utilisée dans le cadre du pré-travail que de l'accouchement.

Or, face à la demande croissante des couples, d'une prise en charge différente qui rendrait à la naissance sa dimension humaine et affective, tout en assurant la qualité et la sécurité des soins, et au vu des résultats rassurants de cette étude, il apparaît nécessaire que les centres hospitaliers satisfassent cette demande.

Alors pourquoi pas par l'intermédiaire de l'ouverture de leurs plateaux techniques aux sages-femmes libérales ?

Développer l'offre de soin, notamment en matière d'accompagnement global a permis à la maternité de Thiers d'accroître son quota d'accouchement, avec une augmentation de 10% de son activité obstétricale en 2015, ceci sans recrutement de sages-femmes hospitalières supplémentaires. L'ouverture du plateau technique s'est

donc révélée être une offre de soin efficiente qui a répondu aux exigences budgétaire de la politique d'établissement de la maternité auvergnate.

Mais oserions nous envisager que cet accès au plateau technique de Thiers ne se limite pas qu'à la pratique des accouchements ?

En effet, nous pourrions imaginer que les sages-femmes libérales, au même titre que d'autres professionnels libéraux, puissent assurer des consultations, médicales ou de préparation à la naissance, d'échographie ou d'acupuncture etc...

Parce que permettre cette offre de soin ne suffit pas...Il faut également en informer les couples, et c'est notamment lors de l'entretien prénatal précoce (également appelé entretien du quatrième mois) que toutes les possibilités devraient être exposées, et expliquées aux patientes.

Il ne s'agit pas là d'en faire la promotion, mais de renseigner les couples sur l'ensemble des offres de soins, ceci de façon objective et exhaustive.

Et il faut être honnête, actuellement peu de professionnels présentent réellement toutes les alternatives à leurs patientes...car cela sous-entend de les réorienter vers le ou les confrères/consœurs qui pourraient mieux les accompagner, et tous ne sont pas disposés à faire cette concession.

Conclusion

À l'issue de notre étude, nous pouvons conclure que, pour des patientes à bas risque obstétrical, une prise en charge physiologique du travail et de l'accouchement dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique n'induit pas plus de risque pour la mère et l'enfant.

Au contraire, ce type de prise en charge donne de meilleurs résultats obstétricaux globaux, notamment en terme de voie d'accouchement et d'état périnéal. Les résultats néonataux, quant à eux, ne semblent pas modifiés.

Les craintes des professionnels, et parfois des couples, quant au respect de la physiologie au moment de la naissance ne sont donc pas justifiées puisque cette étude a pu mettre en évidence ses bénéfices pour la mère et le nouveau-né.

Enfin, alors que l'encadrement des dépenses hospitalières est au cœur de la politique des établissements hospitaliers français, l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales apparaît comme une offre de soin efficiente, adaptée aux besoins et qui permet l'optimisation médico-économique de l'activité obstétricale.

Références bibliographiques

1. Collège de la Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007 [cited 2015 Oct 8]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire.pdf

2. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins liés à un accouchement : guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. [Internet]. who.int. 1997 [cited 2015 Oct 8]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65958/1/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf

3. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman [Internet]. London: RCOG Press; 2008 [cited 2016 Jan 24]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/

4. National health insurance board of the Netherlands. Obstetric Manual: Final Report of the Obstetric Working Group of the National Health Insurance Board of the Netherlands : (abridged Version). 2000. 52 p.

5. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, et al. Recommandation nationale relative aux soins prénatals : une base pour un itinéraire clinique de suivi des grossesses. Bruxelles; 2004.

6. Réseau National d'Information sur la Naissance, Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés, en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie (AUDIPOG). La Santé Périnatale en 2002-2003 : Évaluation des pratiques médicales, [Internet]. 2004. Available from: http://www.audipog.net/pdf/cahier_2002_2003.pdf

7. Soni BL. Effets de l'utilisation du partogramme sur les résultats en cas de travail spontané à terme : Commentaire de la BSG [Internet]. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. 2009 [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/cd005461_sonibl_com/fr/

8. Haute Autorité de Santé, Evaluation des pratiques professionnelles. Audit clinique ciblé appliquée à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme [Internet]. 2006 [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf

9. Saint-Léger S. Le partogramme : principes et méthodes [Internet]. Ledamed. 2000 [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://www.ledamed.org/IMG/html/doc-10889.html

10. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, évaluation de la tenue du partogramme [Internet]. 2000 [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/partogramme.pdf

11. Lansac J, Carbonne B, Pierre F. Le partogramme: un outil toujours actuel pour évaluer la qualité des soins en obstétrique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2007 Feb;36(1):2–7.

12. WHO. World Health Organization partograph in management of labour. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Lancet Lond Engl. 1994 Jun 4;343(8910):1399–404.

13. Lavender T ML. Is the partogram a help or a hindrance? An exploratory study of midwives' views. [Internet]. Pract Midwife. 1999;2(8):23-7. 1999 [cited 2016 Feb 19]. Available from: https://www.escholar.manchester.ac.uk/uk-ac-man-scw:1d32320

14. Organisation mondiale de la santé. Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale. Guide de pratiques essentielles. World Health Organization; 2010. 185 p.

15. Vayssière C. Contre le toucher vaginal systématique en obstétrique. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005 Jan;33(1-2):69–74.

16. Tissot F. Infections nosocomiales en maternité : les outils de la prévention. /data/revues/16340760/20050033/12/ [Internet]. 2008 Jun 19 [cited 2016 Feb 19]; Available from: http://www.em-consulte.com/en/article/173005

17. Mambourg F, Gailly J, Zhang W-H. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque [Internet]. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. 2010 [cited 2016 Feb 19]. Available from: http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/national-guidelines/kce_139b_recommandations_accouchement___bas_risque.pdf

18. Lansac J, Descamps P, Oury J-F, Andiet E, Bertrand J, Blanchet G, et al. Pratique de l'accouchement. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.

19. Broadmore J, Carr-Gregg M, Hutton JD. Vaginal examinations: women's experiences and preferences. N Z Med J. 1986 Jan 22;99(794):8–10.

20. Marpeau L, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Collège national des Sages-femmes, Association française des sages-femmes enseignantes

françaises. Traité d'obstétrique [Internet]. Elsevier Masson; 2010 [cited 2016 Feb 21]. 496 p. Available from: http://www.elsevier-masson.fr/traite-dobstetrique-9782294071430.html

21. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de surveillance foetale pendant le travail. In Paris; 2007 [cited 2016 Feb 21]. p. 371–90. Available from: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_surv-foet_2007.pdf

22. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database Syst Rev. 2013;5:CD006066.

23. Pinas A, Chandraharan E. Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Jan;30:33–47.

24. Intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque foetal au cours de l'accouchement normal. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2008 Sep 3;33(2):183–6.

25. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Francais. 31eme journées nationales : Analgésie obstétricale : alternatives a la péridurale [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 14]. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_057_mignon.pdf

26. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Enquête nationale périnatale 2010 : Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. 2011 [cited 2016 Feb 14]. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

27. Thorp JA, Hu DH, Albin RM, McNitt J, Meyer BA, Cohen GR, et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. Am J Obstet Gynecol. 1993 Oct;169(4):851–8.

28. Anwar S, Anwar MW, Ahmad S. Effect of epidural analgesia on labor and its outcomes. J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC. 2015 Mar;27(1):146–50.

29. Sieńko J, Czajkowski K, Swiatek-Zdzienicka M, Krawczyńska-Wichrzycka R. Epidural analgesia and the course of delivery in term primiparas. Ginekol Pol. 2005 Oct;76(10):806–11.

30. Racinet C, Brement S, Lucas C. Analyse objective des différentes positions maternelle pour l'accouchement [Internet]. Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique - 32ème journées nationales du CNGOF; 2008 [cited

2016 Feb 20] p. 83–100. Report No.: Tome XXXII. Available from: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf

31. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. Women Birth J Aust Coll Midwives. 2012 Sep;25(3):100–6.

32. Reid AJ, Harris NL. Alternative birth positions. Can Fam Physician Médecin Fam Can. 1988 Sep;34:1993–8.

33. Vendittelli F. Position allongée ou verticale durant le 2ème stade du travail : revue des méta-analyses. Pointe-à Pitre: Communication aux XXVIIIe Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale; 1998 p. 167–76.

34. Lepleux F, Hue B, Dugué AE, Six T, Riou C, Dreyfus M. Obstetric data in a population with postural changes during labor and delivery. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2014 Sep;43(7):504–13.

35. De Gasquet B. Accouchement : la methode de Gasquet. Marabout. 2012. 160 p.

36. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:206.

37. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : L'épisiotomie. In Paris; 2005. p. 301–16. Available from: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf

38. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique : Extractions instrumentales. In Paris; 2008. p. 577–86. Available from: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf

39. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. L'épisiotomie. Rev Sage-Femme. 2006;(5):42–5.

40. Bouvier-Colle M-H. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, fréquence et caractéristiques. Réanimation. 2007 Sep;16(5):358–65.

41. Subtil D, Sommé A, Ardiet E, Depret-Mosser S. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004 décembre;33(8, Supplement 1):9–16.

42. Lévy G. Hémorragies du post-partum immédiat : introduction. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004 Nov;33(8, Supplement 1):4S6.

43. Teissier V, Pieere F. Hémorragies du post-partum : Facteurs de risques au cours du travail et prévention clinique et pharmacologique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004 Dec;33(8, Supplement 1):4S29–4S56.

44. Goffinet F. Hémorragies du post-partum : méthodes utilisées et questions abordées. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod [Internet]. 2004 Nov;33(8, Supplement 1). Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HPP_recos.pdf

45. Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Etches D. Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum. In 2000. p. 1–13. Available from: http://www.requa.fr/documents/projets/sogc-prevention-et-prise-en-charge-de-l-hemorragie-postpartum-2000-1314892874.pdf

46. Wolomby J, Tozin R. Amniotomie pour raccourcir la durée du travail spontané : Commentaire de la BSG. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS. 2009.

47. Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. In: Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2016 Feb 21]. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub3/abstract

48. Guide professionnel de la sage-femme. Paris, France: OVP-Éd. du Vidal; 2000. 560 p.

49. Verspyck É, Sentilhes L. Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail. Rev Sage-Femme. 2008 mai;7(2):99–107.

50. Code de la santé publique. article L4151-4, modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 134.

51. Haute Autorité de Santé. Commission de la transparence : Syntocinon® [Internet]. Direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique; 2009 Jul [cited 2016 Feb 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon_-_ct-5833.pdf

52. Haute Autorité de Santé. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée : recommandations professionnelles [Internet]. 2008 avril [cited 2016 Feb 27]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf

53. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2012 avril;41(2):151–66.

54. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. La situation périnatale en France en 2010 [Internet]. 2011 Oct [cited 2016 Feb 27]. Available from: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/enquete_nationale/enquete_perinatale_2010_premiers_resultats_situation.pdf

55. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD004907.

56. .E. Nohuz, E. Tarraga, M. Albaut, L. De Simone, L. Gerbaud. « Accouchement sur un plateau » : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2015 avril;43(5):338–41.

57. Collectif. Dictionnaire Le Petit Robert 2016. Desk ed. Paris: Le Robert; 2015. 2880 p.

58. Verrier C. Jacques Ardoino, pédagogue au fil du temps. Paris: Téraèdre; 2010.

59. Ardoino J. De l'"accompagnement ", en tant que paradigme à René Lourau [Internet]. 2000 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.barbier-rd.nom.fr/accompagntJA.html

60. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. L'accompagnement global [Internet]. [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/laccompagnement-global/

61. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. Haute Autorité de santé. 2007 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

62. Knibiehler Y. Accoucher : Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XXe siècle. ENSP. ENSP; 188 p.

63. Vuille M. Les sages-femmes face à l'accompagnement global : quels enjeux professionnels et sociaux ? Perspect Soignante. 2000 Jan;(7):p125–43.

64. Code de la santé publique. article L4151-1 modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 127.

65. Moyroud M. Accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. In Paris; 2010 [cited 2016 Feb 20]. Available from: http://www.ansfl.org/media/old_website/medias/doc/100621-acces.sagesfemmesliberales.au.PT.pdf

66. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

67. Code de la santé publique. article L6146-10 abrogé par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 13.

68. Code de la santé publique. article R714-31 créé par Décret n°97-371 du 18 avril 1997 - art. 1 JORF 20 avril 1997.

69. Association Nationale des Sages-Femmes Libérales. Convention [Internet]. [cited 2015 Sep 23]. Available from: http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/convention/

70. Code de la santé publique. article R714-30 créé par Décret n°97-371 du 18 avril 1997 - art. 1 JORF 20 avril 1997.

71. Code de la santé publique. article R714-34 modifié par Décret n°2001-367 du 25 avril 2001 - art. 1 JORF 28 avril 2001.

72. Code de la santé publique. article R6146-14 transféré par Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 - art. 1 JORF 28 décembre 2005.

73. M Rossignol, J-M Moutquin, F Boughrassa. Mesures prometteuses pour diminuer le recours aux Interventions obstétricales évitables pour les femmes à faible risque. ETMIS. 2012;8(12):1–126.

74. C. Racinet, A. Alexandre, C. Lucas, J.-C. Pons. Efforts expulsifs maternels : inspiration bloquée ou expirations freinée ? (essai randomisé). J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2004 juin;34(4)

Annexes

Annexe I

Facteurs de risque obstétrical selon le NICE

Antécédents familiaux Antécédents génétiques Maladies génétiques Malformation Maladie	Antécédents personnels DNID, DID HTA Obésité > IMC > 30 Âge maternel avancé Maladie thromboembolique Épilepsie Néphropathie, uropathie Maladies auto-immunes Cardiopathie
Antécédents personnels gynécologiques Facteur de risque de GEU DES syndrome Malformations utérovaginales Chirurgie cervico-utérine (conisation)	Antécédents personnels obstétricaux IU récidivantes Mort fœtale inexpliquée Avortement tardif Accouchement prématuré HTA, pré-éclampsie RCIU Malformations congénitales Incompatibilité fœtomaternelle Diabète gestationnel
Facteurs de risque Environnement socio-économique défavorable, pratique de métiers à risque avec une exposition à des agents avérés toxiques pour la reproduction (sérigraphies, peintres, vernis, contact avec des solvants, glycol, etc.) Toxicomanie, tabagisme, alcoolisme	

Annexe II

Facteurs de risque obstétrical selon le « Verloskundig Vademecum »

La colonne de droite précise le professionnel de santé le plus adapté pour la prise en charge :

(A) : correspond aux pathologies en cours de grossesse qui peuvent relever du professionnel dit de 1ère ligne (sage-femme ou médecin généraliste).
(B) : correspond aux pathologies nécessitant une concertation, entre la sage-femme ou le médecin généraliste de 1ère ligne et l'obstétricien de 2ème ligne, dont découlera une décision
consensuelle commune quant aux modalités de prise en charge.
(C) : correspond à la nécessité d'une prise en charge par un obstétricien de 2ème ligne.
(D) : correspond à des grossesses dont les soins obstétricaux en cours de grossesse peuvent être de 1ère ligne, mais où l'accouchement doit avoir lieu en milieu spécialisé (grossesse normale et accouchement avec facteurs de risque ou potentiellement pathologique)

1. Pathologie préexistante – non gynécologique	
Épilepsie non traitée	A
Épilepsie traitée	B
Hémorragie sub-arachnoïdienne, anévrisme	C
Sclérose en plaques	B
Hernie discale	A/C
Pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B
Asthme	A/C
Tuberculose traitée	C
Antécédent de tuberculose	A
Infection par le VIH	C
Hépatite B : portage antigène HBs	A
Hépatite C	B
Pathologie cardiaque avec retentissement hémodynamique	C
Thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire	B
Anomalies de la coagulation	C
Anomalies rénales (avec incidence sur la fonction rénale)	C
Hypertension artérielle	C
Diabète	C
Affections thyroïdiennes (hyper ou hypothyroïdie)	
– hyperthyroïdie, selon la pathologie	A/C

– hypothyroïdie, selon la pathologie	A/C
Hémoglobinopathie	B
Maladie inflammatoire digestive	C
Maladie de système et maladies rares (Addison, Cushing, LEAD, SAPL, sclérodermie, arthrite rhumatoïde, Marfan, etc.)	C
Usage de drogues dures (héroïne, méthadone, cocaïne, XTC et autres)	C
Alcoolisme	C
Maladies psychiatriques	B
2. Pathologies gynécologiques préexistantes	
Reconstruction pelvienne	C/A
Amputation cervicale	C
Conisation	B
Cryothérapie et résection à l'anse	A
Myomectomie	C/A
Cytologie cervicale anormale	B/A
DES syndrome	B
DIU en place	B
Grossesse survenue après élimination DIU	A
Grossesse après traitement de l'infertilité	A
Anomalie pelvienne (traumatisme, disjonction symphysaire, rachitisme)	B
Excision/grave anomalie anatomique	A/B
3. Antécédents obstétricaux	
Incompatibilité foetomaternelle	C
Incompatibilité ABO	A
Hypertension gravidique au cours de la grossesse précédente	A
(Pré)éclampsie/syndrome de HELLP au cours de la grossesse précédente	B
Fausses couches répétées	A
Accouchement prématuré (< 37 semaines) grossesse précédente	C
Accouchement prématuré (< 33 semaines) grossesse précédente	A
Accouchement prématuré (> 33 semaines) grossesse précédente	C/A
Béance cervicale et/ou cerclage, selon la pathologie	C
Décollement prématuré du placenta	A
Forceps ou ventouses	A/C
Césarienne, selon le terme	C
Dysmaturité (retard de croissance intra-utérine)	B
Asphyxie	B

Mort périnatale	B
Enfant précédent présentant une anomalie congénitale et/ou génétique	A
Hémorragie post-partum à la suite d'une épisiotomie	D
Hémorragie post-partum à la suite d'une rupture cervicale (constatée cliniquement)	D
Hémorragie post-partum sévère (> 1 000 cc), autres causes	D/C
Antécédent de délivrance artificielle, selon la pathologie	A/C
Déchirure complète (rétablissement fonctionnel/pas de rétablissement fonctionnel)	A
Disjonction symphysaire	A
Dépression postnatale	A
Psychose postnatale	A
Grande multipare	A
Terme dépassé	A
4. Pathologie apparue/constatée pendant la grossesse	
Datation incertaine en cas de grossesse à partir de 22 semaines	A/B
Anémie, Hb < 5,6 mmol/l	B
Infection urinaire pendant la grossesse	A
Infections urinaires récidivantes pendant la grossesse	B
Pyélonéphrite	C
Toxoplasmose, diagnostic et thérapie	C
Rubéole	C
Infection à cytomégalovirus	C
Herpès génital (primo-infection)	C
Herpès génital (récidive) selon la pathologie	A/C
Herpès labial	A
Infection à parvovirus	C
Varicelle/zona	B
Hépatite B – portage antigène HBs	A
Hépatite virale A, B, C, D ou E	B
Tuberculose	C
Infection VIH	C
Syphilis :	
- sérologie positive et traitée	A
- sérologie positive pas encore traitée	B
- primo-infection	C
Hernie discale apparue pendant la grossesse	B
Cytologie cervicale PAP III ou plus élevée	C/A
Laparotomie pendant la grossesse	B

Prise de médicaments	A/B
Toxicomanie drogues dures (héroïne, méthadone, XTC et autres)	C
Alcoolisme	C
Maladies psychiatriques (névroses/psychoses)	A/C
Vomissements gravidiques	C
Grossesse extra-utérine	C
Diagnostic prénatal	C
Perte de liquide amniotique (< 37 SA)	C
Diabète	C
Diabète gestationnel	A
Hypertension artérielle gravidique, selon les chiffres tensionnels	A/B/C
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	C
Incompatibilité fœtomaternelle	C
Thrombose veineuse profonde	C
Troubles de la coagulation	C
Pertes de sang persistantes avant 16 semaines	B
Pertes de sang après 16 semaines	C
Décollement prématuré du placenta	C
Suspicion de retard de croissance fœtale	B
Suspicion de dystocie (disproportion fœtopelvienne)	B
Dépassement de terme	C
Menace d'accouchement prématuré	C/A
Béance cervicale	C
Instabilité pelvienne	A
Grossesse multiple	C
Présentation anormale à terme (dont présentation par le siège)	C
Présentation non engagée à terme, présentation haute	B
Grossesse non suivie (± à terme)	A
Nouveau-né prévu pour l'adoption	A
Mort fœtale	C
Utérus myomateux	B
5. Pathologie apparue pendant l'accouchement	
Présentation anormale de l'enfant	C
Signes de détresse fœtale	C
Mort fœtale pendant l'accouchement	C
Non-déclenchement de l'accouchement après rupture de la poche	C
Stagnation de la dilatation	B
Stagnation à la phase d'expulsion	C
Perte de sang excessive pendant l'accouchement	C

Décollement prématuré du placenta Vaisseaux prævia Rétention complète (ou partielle) du placenta Déchirure complète Liquide amniotique contenant du méconium Fièvre Médication contre la douleur/sédation Hématome vulvaire Symphysiolyse Grossesse non suivie avant l'accouchement	C C C C C C B C B C
6. Pathologie de la période postnatale	
Pré-éclampsie, (suspicion de) syndrome de HELLP Thrombose veineuse profonde Psychose Saignements vaginaux anormaux Indication d'hospitalisation pour le nouveau-né	C C B C C

Annexe III

Liste non limitative des facteurs de risque selon le CFESS

Facteurs généraux de risque :

L'âge : < 16 ou > 40 ans ; Poids : IMC (P/T^2) < 18 kg/m² ou > 35 kg/m² ; appartenance à un milieu socio-économique défavorisé ; assuétudes : tabagisme, consommation d'alcool et de drogues, consommation de médicaments ; comportement à risques pour des affections sexuellement transmissibles ; risques au travail ; facteurs familiaux et génétiques de risque.

Anamnèse et examen clinique :

- Facteurs médicaux de risque
Affections cardiovasculaires (hypertension, thrombose, embolie pulmonaire), maladies rénales, affections métaboliques (diabète), troubles de la coagulation, affections neurologiques, affections pulmonaires, affections hématologiques, maladies auto-immunes, cancers, infections graves, affections psychiatriques et toute autre pathologie préexistante qui peut avoir une répercussion sur la grossesse.

- Facteurs gynécologiques de risque
Pathologie utérine (anomalie congénitale, chirurgie de l'utérus, cytologie anormale du col), pathologie ou chirurgie du bassin, présence de DIU, excision.

- Facteurs obstétricaux de risque
Antécédents obstétricaux difficiles, groupes sanguins antagonistes, immunisation rhésus, fausses, couches répétées, cerclage du col utérin ou insuffisance du col (béance cervico-isthmique), pré-éclampsie, (syndrome HELLP), hémorragies fœtomaternelles, prématurité, dysmaturité, césarienne, grande multiparité, morbidité périnatale grave ou mort périnatale, accouchement difficile, psychose ou dépression du post-partum.

Facteurs développés de risque durant la grossesse en cours :

- Facteurs généraux de risque
Début des soins prénatals à proximité du terme, troubles psychiatriques, souhait d'abandonner l'enfant.

- Facteurs médicaux de risque
Hyperemesis gravidarum, diabète gestationnel, hypertension artérielle au cours de la grossesse, trouble de coagulation, thromboembolie, cancers et maladies infectieuses.

- Facteurs obstétricaux de risque

Amniocentèse et ponction des villosités choriales, grossesse multiple, menace d'accouchement prématuré, perte du liquide amniotique, saignements vaginaux persistants, béance cervicoishmique (HSILi), dysmaturité, décollement placentaire, anomalie de l'utérus ou du col, dépassement du terme (> 41 s.), immunisation rhésus.

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).

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.

Types de structure requises

- **Unité d'obstétrique :** telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.* »
- **À adapter** en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

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**	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	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	A2	À adapter en fonction de la récidive
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
Fausses couches répétées au cours du 1er trimestre :		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
- avec étiologie SAPL	B	
Fausses couches tardives au cours du 2e trimestre	B	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)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	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) (< 3^{e} percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale *in utero* (MFIU) d'origine vasculaire	B	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	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	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)	A2	À adapter
Cannabis	A1	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	B	À adapter
Irradiation	A2	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	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	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	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	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)

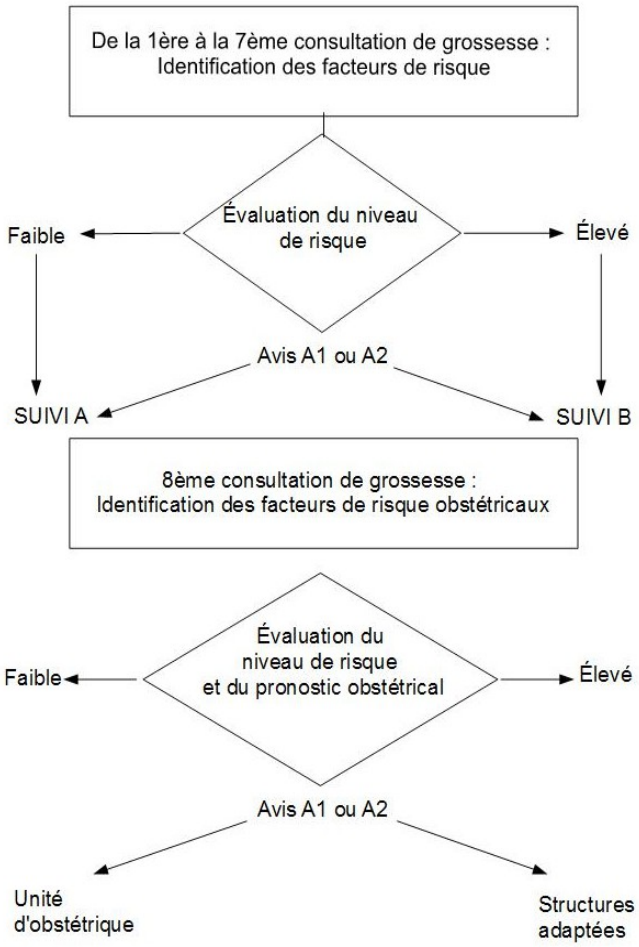
Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À 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 V

Procédures et 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 VI

Charte du plateau technique

Cette charte est le fruit d'une réflexion et d'une concertation entre de l'équipe de la Maternité de Thiers et les sages-femmes libérales afin de :

- définir les conditions d'exclusion à l'accès au plateau technique,
- définir les modalités de suivi de la grossesse, du travail et de l'accouchement afin que la coordination entre l'équipe du centre hospitalier et les sages-femmes libérales soit la plus efficace possible,
- définir les critères et modalités d'un transfert de responsabilité en cas de pathologie pendant le travail,
- d'organiser la prise en charge en suites de couches et le suivi en cas de sortie précoce.

1. Toute patiente admissible en plateau technique doit avoir eu :
    - la consultation du 7ème ou 8ème mois par un obstétricien du Centre hospitalier, un compte-rendu de cette consultation sera fait soit sur dossier ICOS, soit par courrier (remis à la patiente ou envoyé à la sage-femme libérale) ;
    - la consultation avec un médecin anesthésiste du Centre hospitalier ;
    - le bilan sanguin pré-opératoire à jour : NFS, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, RAI, Carte de groupe sanguin.

2. Les critères d'exclusion sont les suivants :
    - ATCD médicaux nécessitant une surveillance médicale spécialisée (SEP, lupus, néphropathie, thrombophilie, cardiopathie...).
    - Grossesse gémellaire.
    - Pathologie obstétricale : HTA, diabète insulino-dépendant ou de type I préexistant, cholestase, RCIU, placenta bas inséré….
    - Accouchement prématuré avant 36 SA.
    - Présentation du siège.

3. Le déclenchement artificiel pour terme > 41 SA+6j ou RSM entre 24h et 48h est un critère d'exclusion relative ; il sera évalué avec l'obstétricien de garde selon le niveau de risque réel, les conditions plus ou moins favorables au déclenchement.

4. La patiente doit être en possession de son dossier papier Audipog ou de sa carte d'accès ICOS lors de toute consultation. A cette fin, le Centre hospitalier, fournira des dossiers papier Audipog vierge aux sages-femmes libérales.

5. Un projet d'accès au plateau technique de naissance est présenté au Staff le plus tôt possible. L'accord du staff sera fait par mail OU par courrier postal à la sage-femme concernée.

6. La sage-femme libérale avertira par téléphone la maternité de son arrivée.

7. En l'absence de pathologie, elle prendra en charge sa patiente en toute autonomie pour le travail, l'accouchement et la surveillance des 2 premières heures.

8. La sage-femme pourra si la patiente le souhaite faire appel au médecin anesthésiste pour mettre en place une péridurale. Elle assurera alors la surveillance de la péridurale et restera responsable de l'accouchement et du post parfum immédiat (2h).

9. Elle assurera le remplissage du dossier, l'admission administrative et fera une relève avec la sage-femme de garde avant le transfert en suites de couches.

10. En dehors de transfert de responsabilité, elle sera en charge de la déclaration de naissance. Elle informera la patiente sur les modalités de celle-ci. Elle renseignera l'état journalier.

11. En présence de pathologie, elle pourra prendre l'avis de l'obstétricien de garde ou du pédiatre qui jugera s'il y a lieu de procéder à un transfert de responsabilité.

12. La patiente devra être conditionnée lors de tout transfert pour cause maternelle : perfusion, monitoring, scope.

13. La décision de césarienne, entraînera automatiquement le transfert de responsabilité sur l'équipe hospitalière.

14. La sage-femme libérale pourra rester auprès du couple après un transfert de responsabilité.

15. La sage-femme libérale s'assurera que l'admission de la patiente soit faite au moment du transfert de responsabilité (2h après l'accouchement ou en cas de pathologie), ou au moment de l'appel de l'anesthésiste si décision de péridurale.

16. Toute patiente aura été informée de la durée d'hospitalisation minimale qui est de 48 heures.

17. En cas de sortie précoce, la sage-femme :

    - s'engage à prendre en charge la surveillance des suites de couches maternelles et la surveillance du bébé ;

    - surveillera l'apparition d'un éventuel ictère, ré adressera le nouveau-né pour surveillance par flash+/- traitement de l'ictère par photothérapie ;

    - pratiquera le test de Guthrie, le Centre hospitalier ayant remis à la patiente le matériel nécessaire à sa réalisation (carton, lancette et enveloppe) ;

    - s'assurera de la programmation de l'examen du 8ème jour par un médecin de ville.

18. De même, le Centre Hospitalier :

    - avertira, par téléphone, la sage-femme libérale si une pathologie survenait au cours du séjour ou retardait la sortie ;

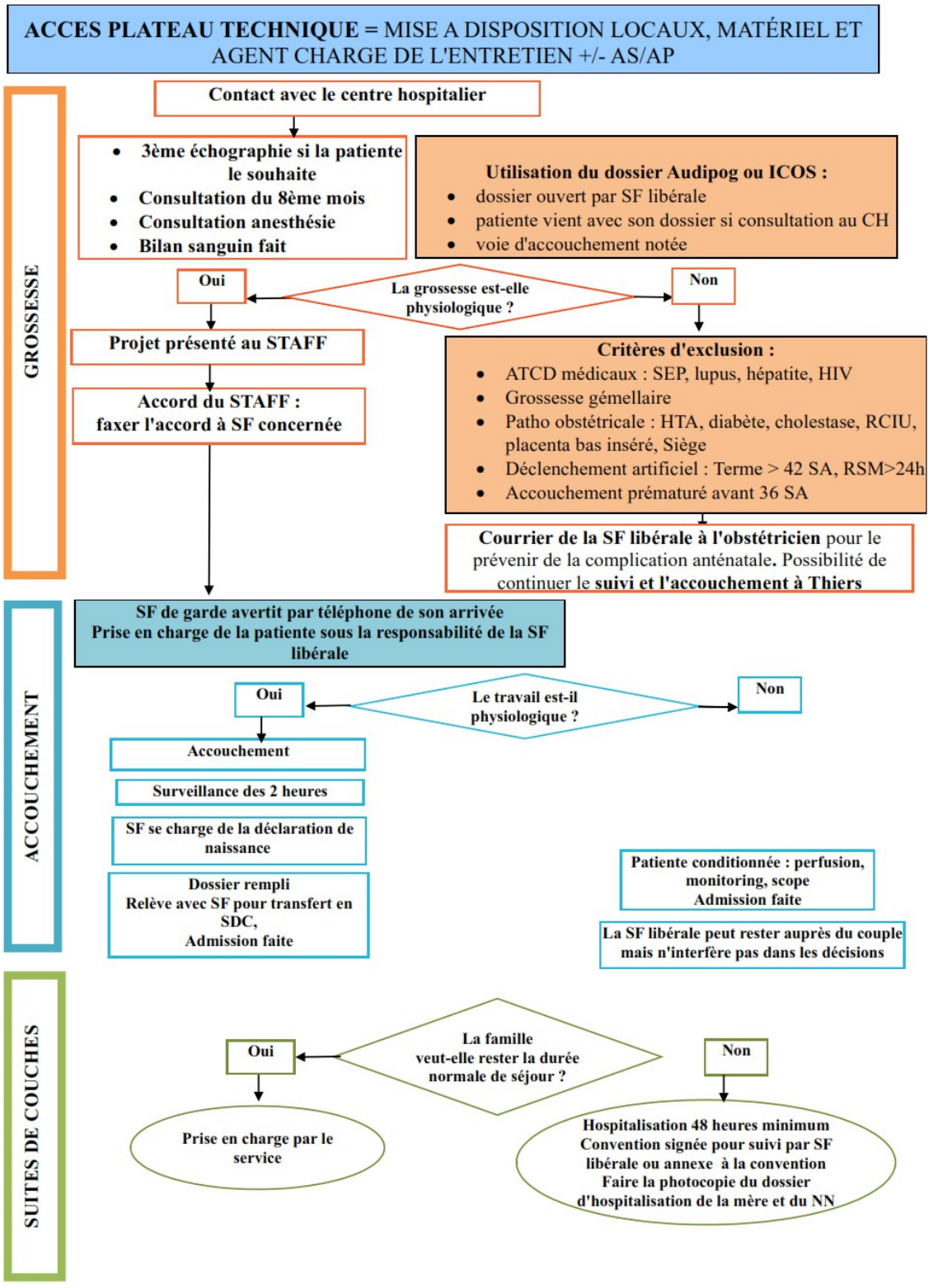
- remettra à la patiente un dossier de transmission, contenant les éléments médicaux pour la mère et l'enfant, relatifs au séjour en maternité ;
- s'engage à recevoir la patiente et/ou son bébé en consultation d'urgence après sa sortie, si la sage-femme libérale le juge nécessaire.

Signature Nom et Signature sage-femme libérale

Dr Nohuz Erdogan

Annexe VII

Logigramme récapitulatif



Annexe VIII

Caractéristiques socio-économiques :	Caractéristiques obstétricales :
• date de naissance • origine ◦ Française ◦ Afrique du nord ◦ Afrique ◦ Europe de l'Est ◦ autre • situation familiale ◦ célibataire ◦ en couple ◦ mariée • niveau d'étude ◦ collège – BEP – CAP ◦ seconde – terminale ◦ enseignement supérieur • profession (d'après INSEE) ◦ agriculteur exploitant ◦ artisan, commerçant, chef d'entreprise ◦ cadre et profession intellectuelle supérieure ◦ profession intermédiaire ◦ employés ◦ ouvriers ◦ autres : sans • emploi ◦ oui ◦ non • couverture sociale ▪ CMU ▪ AME ▪ sécurité sociale + mutuelle	• Gestité : Parité : ◦ I 0 ◦ II I ◦ III II ◦ IV et + III et + • IMC : ◦ < 18 ◦ $18 \leq x \leq 25$ ◦ $25 < x < 30$ ◦ ≥ 30 • PNP : ◦ oui ◦ non • date d'accouchement • terme d'accouchement : en SA • déclenchement : ◦ oui ◦ non • dilatation à l'arrivée : ◦ 0 cm ◦ $1 \leq x < 3$ ◦ $3 \leq x < 5$ ◦ ≥ 5 • durée du travail actif : en heure • nombre de TV pendant le travail • RPdE : ◦ avant travail ◦ pendant travail • modalité de RPdE : ◦ spontanée ◦ artificielle

Caractéristiques obstétricales suite :

- DOO (h)
- aspect LA
  - clair
  - teinté
  - méconial
  - sanglant
- APD
  - oui
  - non
- OCT
  - oui
  - non
- indication des OCT
  - hypocinésie
  - stagnation de la dilatation
  - déclenchement
  - non engagement de la présentation à Δc
- complications pendant le W
  - hypotension maternelle
  - hyperthermie maternelle
  - dystocie cervicale en phase de latence
  - stagnation de la Δ ou Δ lente (> 5h de 5 à 10cm, ou <1cm/h)
  - non engagement de la présentation à Δc
- positions d'accouchement
  - décubitus dorsal
  - décubitus latéral
  - quatre pattes
  - accroupie
  - suspendue ou ½ assise
- durée des efforts expulsifs
  - ≤ 15 min
  - 15 < x < 30 min
  - ≥ 30 min
- mode d'accouchement
  - VBs
  - VBi
  - césarienne
- indication césarienne/extraction
  - fatigue maternelle
  - non progression de la présentation
  - EE insuffisants
  - ARCF
  - rotation incomplète de la tête
  - stagnation de la Δ
  - échec de l'épreuve de W ou dystocie de démarrage
  - échec extraction instrumentale
- état périnéal
  - périnée intact
  - éraillure
  - déchirure degré 1(superficielle)
  - déchirure degré 2 (simple)
  - déchirure degré 3-4 (complètes)
  - épisiotomie
  - déchirure du col
- mode de délivrance
  - naturelle
  - dirigée
  - artificielle
- total des pertes (ml)
- complications de la délivrance :
  - rétention placentaire complète
  - rétention placentaire partielle
  - atonie utérine
  - hémorragie

Caractéristiques fœtales et néonatales :	Autres :
• Score d'Apgar (1, 5, 10 min) ◦ ≤ 3 ◦ 3 – 7 ◦ ≥ 7 • RCF d'expulsion ◦ Melchior 0 ◦ Melchior 1 ◦ Melchior 2 ◦ Melchior 3 ◦ Melchior 4 • pH artériel ◦ ≥ 7,25 ◦ 7,20 < x < 7,25 ◦ ≤ 7,20 • monitorage ◦ FC ◦ SpO2 ◦ glycémie ◦ incubateur • réanimation ◦ oxygénation ◦ intubation ◦ MCE ◦ Adrénaline ◦ autre • transfert néonatal ◦ oui ◦ non • poids de naissance (g) • Allaitement ◦ maternel exclusif ◦ artificiel ◦ mixte	• Durée du séjour • suivi à domicile ◦ oui ◦ non

Résumé :

Introduction. - De nos jours, en réponse à une médicalisation de la naissance de plus en plus précoce et systématique, un certain nombre de couples aspirent à une prise en charge différente, plus physiologique.

L'objectif principal de cette étude sera de tester l'hypothèse selon laquelle l'accouchement en plateau technique comporte plus de chance d'accouchement spontané voie basse, comparativement à une prise en charge classique. L'objectif secondaire sera de savoir s'il existe moins de complications maternelles et néonatales par rapport à la prise en charge classique.

Patientes et méthodes. - Cette étude de cohorte a inclus 162 patientes à bas risque obstétrical, le critère de jugement principal était le taux d'accouchement spontané voie basse, les autres critères de jugement recherchés concernaient d'autres données périnatales.

Résultats.- Toute parité confondue, il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant le mode d'accouchement (80,2% de voie basse spontanée en plateau technique versus 69,1% en prise en charge classique). Dans le groupe prise en charge en plateau technique, il était retrouvé un taux significativement inférieur : d'analgésie péridurale (29,6% versus 86,4% $p < 0,01$), de délivrance dirigée (18,7% versus 86,2% $p < 0,001$) mais sans différence significative concernant le taux d'hémorragie de la délivrance (10% dans les deux groupes). Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant l'état néonatal, ni le taux de transfert néonatal (3,7% en plateau technique versus 4,9% en prise en charge classique).

S'agissant des primipares, dans le groupe prise en charge en plateau technique : le taux de voie basse spontanée était significativement plus élevé (78,5% versus 46,1% $p < 0,01$), le taux d'intervention voie basse était significativement inférieur (9,5% versus 38,8% $p < 0,01$), de même que le taux d'épisiotomie (13,9% versus 53,3% $p < 0,01$).

Conclusion.- Pour des patientes à bas risque obstétrical, une prise en charge physiologique du travail et de l'accouchement dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique n'induit pas plus de risque pour la mère et l'enfant.

Au contraire, ce type de prise en charge donne de meilleurs résultats obstétricaux globaux, notamment en terme de voie d'accouchement et d'état périnéal. Les résultats néonataux, quant à eux, ne semblent pas modifiés.

Mots clés : Maternité, plateau technique, sage-femme libérale, accompagnement global, accouchement, grossesse à bas risque

Abstract :

Introduction. - The first aim of this study was to confirm the hypothesis that a natural childbirth, with an independent midwife on a technical support, involves more probabilitiy of vaginal delivery without intervention compared to a classic care. The second aim was to compared the maternal and neonatal complications betwenn the two kind of nursing.

Patients and method. - This cohot study included 162 patients in obstétrical low-risk.

Results. - All parity aside, there is no significant difference regarding the delivery's outcome, (80,2% of spontaneous vaginal delivery in natural childbirth versus 69,1% in classic care). In naturel birth, there were signicant low rates of epidural analgesia (29,6% versus 86,4% $p < 0,01$), of systematic controlled placenta birth (18,7% versus 86,2% $p < 0,001$) but without any signicant difference related to the rate of ante partum hemorrhage (10% in both groups). There was no significant difference concerning neonatal state and neonatal transfer (3,7% in natural childbirth versus 4,9% in classic care).

As regards primiparous women, in the natural childbirth groups, the rate of spontaneous vaginal delivery was signicantly higher (78,5% versus 46,1% $p < 0,01$), the rate of vaginal delivery with intervention was signicantly lower (9,5% versus 38,8% $p < 0,01$), as same as the episiotomy's rate (13,9% versus 53,3% $p< 0,01$).

Conclusion. - For low-risk pregancy, a natural care during labour and delivery, with an independent midwife on a technical support does not involve more risk for the mother and the child.Quite the opposite, this kind of nursing brings best osbtétrical results, particularly concerning the delivery's outcome and the state of the perineum. As for the neonatal results, they seem to be not modified.

Key words : Maternity hospital, technical support, independent midwife, global caring, childbirth, low-risk pregancy