

L'accompagnement global à la naissance en plateau technique : étude descriptive et comparative des issues périnatales au sein du Groupe Naissances

Raja Ouahbi

▶ **To cite this version:**

Raja Ouahbi. L'accompagnement global à la naissance en plateau technique : étude descriptive et comparative des issues périnatales au sein du Groupe Naissances . Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01586913

HAL Id: dumas-01586913

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01586913

Submitted on 13 Sep 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

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

le : 22 mai 2017

par

Raja OUAHBI

Née le 10/10/1994

L'accompagnement global à la naissance en plateau technique

Etude descriptive et comparative des issues périnatales au sein du Groupe Naissances

DIRECTEUR DU MEMOIRE :
Mme BATTAH Nadia Sage-femme libérale

JURY :
Madame COULM Bénédicte Sage-femme chercheur épidémiologie, Inserm U1153
Madame MAREST Cécile Sage-femme enseignante, Baudelocque
Madame SALOMÉ Marina Sage-femme CIC, Port Royal et planning familial

Mémoire N° 2017PA05MA24

© Université Paris Descartes – ESF Baudelocque.

Remerciements

J’adresse mes remerciements aux personnes qui m’ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à Charlotte Benzitoun, sage-femme, qui m’a guidée dans mon travail à la fois dans la méthodologie, la relecture, la correction de mon mémoire mais également pour le véritable soutien qu’elle m’a apporté.

Je remercie aussi Camille Bonnet, statisticienne à l’INSERM, pour sa précieuse aide à la relecture et à la correction de mon mémoire.

Je remercie ma directrice de mémoire et les membres du Groupe Naissances pour m’avoir permis de réaliser cette étude.

Et enfin, je remercie ma famille et mes amies pour leur soutien inconditionnel et leurs encouragements.

Table des matières

Liste des tableaux I
Liste des figures II
Liste des annexes III
Lexique IV
Introduction 2
I. Cadre conceptuel 4
1.1 Législation *4*
1.2 Recommandations *5*
1.3 L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques en France : état des lieux *6*
1.4 À l'étranger, des prises en charges semblables existent déjà *7*
1.5 Une demande des usagers *8*
1.6 Description du Groupe Naissances *9*
II. Matériel et méthodes 11
2.1 Problématique *11*
2.2 Hypothèses et objectifs *11*
2.2.1 Hypothèses 11
2.2.2 Objectifs 11
2.3 Type d'étude, dispositif de recherche *12*
2.4 Déroulement de l'étude, outils méthodologiques *12*
2.5 Population de l'étude *12*
2.5.1 Principaux critères d'inclusion 12
2.5.2 Principaux critères d'exclusion 12
2.5.3 Principaux critères de non inclusion 13
2.6 Recueil de données *13*
2.7 Stratégie d'analyse *16*
2.7 Considérations éthiques et réglementaires *16*
III. Les résultats 17
Analyses descriptives de la population d'étude sélectionnée 17
3.1 Analyse descriptive de la population d'étude *19*
3.1.1 Description des caractéristiques médicales 19
3.1.2 Description de la grossesse 20
3.1.3 Description du travail et de l'accouchement 20
3.1.4 Description de la délivrance et du post partum immédiat 22
3.1.4 Description des lésions périnéales 23
3.1.5 Description des suites de couches 24

3.1.6 Les issues néonatales 24
3.1.7 Description des issues favorables et défavorables 25
Analyses comparatives de la population d'étude sélectionnée 26
3.2 Facteurs associés aux issues maternelles défavorables 26
3.3 Impact de la médicalisation du travail 28
3.4 Principaux résultats 32
IV. Analyse et discussions 34
L'accompagnement global en plateau technique : intérêts et limites 34
4.1 Validation des hypothèses et discussion des résultats 34
4.2 L'AGN en plateau technique : une place majeure dans le système de soin en périnatalité ? 37
4.3 Critique de l'étude 39
4.3.1 Points faibles 39
4.3.2 Points forts 41
4.4 Implication et perspectives 41
4.5 Propositions 42
4.6 Le rôle de la sage-femme 43
Conclusion 45
Bibliographie 46
Annexes 51

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES MEDICALES DES PARTURIENTES (N=668)_____ 19
TABLEAU 2 : DESCRIPTION DU TRAVAIL (N=668) _____ 20
TABLEAU 3 : DESCRIPTION DE L'ACCOUCHEMENT (N=668)_____ 22
TABLEAU 4 : DESCRIPTION DE LA DELIVRANCE ET DU POST PARTUM IMMEDIAT (N=668) _____ 22
TABLEAU 5 : DESCRIPTION DES SUITES DE COUCHES (N=668)_____ 24
TABLEAU 6 : DESCRIPTION DES ISSUES NEONATALES (N=668) _____ 24
TABLEAU 7 : FACTEURS ASSOCIES AUX HEMORRAGIES DU POST-PARTUM _____ 26
TABLEAU 8 : FACTEURS ASSOCIES A UN AVBI_____ 26
TABLEAU 9 : FACTEURS ASSOCIES A UNE CESARIENNE _____ 27
TABLEAU 10 : FACTEURS ASSOCIES AUX LESIONS PERINEALES _____ 28
TABLEAU 11 : INFLUENCE D'UNE APD SUR LES ISSUES MATERNELLES _____ 28
TABLEAU 12 : INFLUENCE DE L'UTILISATION D'OXYTOCINE SUR LES ISSUES MATERNELLES _____ 29
TABLEAU 13 : COMPARAISON AUX ENQUETES EN POPULATION (ENP 2010 ET PYTHAGORE 6) _____ 30

Liste des figures

FIGURE 1 : FLOW CHART DE L'ETUDE _____ 18
FIGURE 2 : TYPES DE PATHOLOGIES PENDANT LA GROSSESSE ET NOMBRE DE PATIENTES ATTEINTES (N=11) _ 20
FIGURE 3 : DESCRIPTION DU TAUX DE LESIONS PERINEALES LORS D'UN ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE (N=602) _____ 23

Liste des annexes

ANNEXE I : MOTIF ET DESCRIPTION DES DECLENCHEMENTS DU TRAVAIL 52
ANNEXE II : DESCRIPTION DES INDICATIONS MEDICALES DE POSE D'UNE ANALGESIE ET DU MODE D'ACCOUCHEMENT 53
ANNEXE III : MOTIFS D'INDICATIONS D'ACCOUCHEMENT INSTRUMENTAL ET DE CESARIENNE 54
ANNEXE IV : TABLEAU DES DONNEES DONT LES TAUX DE NR SONT SUPERIEURS A 5% 55
ANNEXE V : FACTEURS ASSOCIES AUX HPP 57
ANNEXE VI : FACTEURS ASSOCIES A UN ACCOUCHEMENT PAR VBI 59
ANNEXE VII : FACTEURS ASSOCIES A UNE CESARIENNE 60
ANNEXE VIII : FACTEURS ASSOCIES AUX LESIONS PERINEALES 62
ANNEXE IX : IMPACT DE L'UTILISATION D'OXYTOCINE 63
ANNEXE X : IMPACT DE L'APD SUR LES ISSUES MATERNELLES 64

Lexique

ACOG: American Congress of Obstetricians and Gynecologists

AG : Anesthésie générale

AGN : Accompagnement global à la naissance

ANSFL : Association Nationale des Sages-femmes Libérales

APD : Analgésie péridurale

ARCF : Anomalie du rythme cardiaque fœtal

ATCD : Antécédent

AVBI : Accouchement par voie basse instrumentale

AVBS : accouchement par voie basse spontanée

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

CNOSF : Collège national de l'Ordre des sages-femmes

CRA : Compte rendu d'accouchement

DA/RU : Délivrance artificielle / Révision utérine

DDC : Délivrance dirigée complète

DNC : Délivrance naturelle complète

DNI : Délivrance naturelle incomplète

ELD : Episiotomie latérale droite

ENP : Enquête nationale périnatale

GO : Gynécologue-obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HPP : Hémorragie du post partum

IMF : Infection maternelle fœtale

MAP : Menace d'accouchement prématuré

MFIU : Mort fœtale in utero

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

NR : Non renseigné

OMS : Organisation mondiale de la Santé

OP : Occipito pubien

OS : Occipito sacré

RCIU : Retard de croissance intra utérin

RSM : Rupture spontanée des membranes

SA : Semaine d'aménorrhée

SDC : Suites de couches

Introduction

En 2017, les patientes accouchant en France, ont à leur disposition un panel diversifié d'offre de soin en matière d'accouchement. En effet, il est possible d'accoucher en maternité, en maison de naissance ou encore en plateau technique avec une sage-femme libérale, alternative moins répandue. L'ANSFL donne la définition suivante de cette dernière : « Un seul praticien, la sage-femme libérale, 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, effectue les soins postnataux de la mère et de l'enfant. » [1]. Le plateau technique représente une opportunité pour les couples aspirant à une naissance personnalisée, mais également pour les sages-femmes libérales souhaitant une prise en charge globale de leurs patientes en assurant le suivi de grossesse, l'accouchement et la surveillance du post-partum en toute autonomie. Cette prise en charge basée sur « une femme - une sage-femme » est une alternative intéressante se plaçant entre l'accouchement classique en maternité et l'accouchement à domicile, et permet d'allier un suivi personnalisé dans un environnement hospitalier.

Néanmoins, l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes libérales est encore marginale en France, rendant difficile une généralisation de cette prise en charge. Seulement 54 plateaux techniques ont été recensés par l'ANSFL en 2017. [2]. Ce petit effectif est peut-être le fruit d'un manque de données et d'études concernant les issues maternelles et néonatales des prises en charge alternative.
Le sujet des accouchements en plateau technique étant peu représenté dans la littérature, il nous a semblé pertinent d'effectuer une étude descriptive des issues obstétricales et néonatales des femmes y accouchant.
Ce mémoire, dans une première partie rappelle le cadre législatif de l'ouverture d'un plateau technique, les recommandations concernant la prise en charge globale, l'organisation de ces plateaux techniques et enfin présente un état des lieux en France.
Dans une deuxième partie, nous exposerons nos résultats, recueillis par une étude rétrospective sur 668 accouchements accompagnés par les membres du Groupe Naissances.

Enfin notre troisième partie nous permettra d'évaluer nos hypothèses et les perspectives du suivi global en plateau technique.

I. Cadre conceptuel

1.1 Législation

Depuis la loi hospitalière du 21 décembre 1941, les hôpitaux étaient autorisés à créer des structures dites « cliniques ouvertes » permettant aux praticiens libéraux d'hospitaliser leurs patients dans des locaux mis à leur disposition en percevant directement les honoraires [3]. Les sages-femmes avaient également recours à ce dispositif. Pour la plupart d'entre elles, suivre la grossesse et pratiquer l'accouchement était au cœur même de leur métier, à domicile ou en « clinique ouverte ». Au XXème siècle, une succession de révolutions sociales et de progrès scientifiques ont changé considérablement la maternité des femmes et ont bouleversé la profession de sage-femme. La mortalité maternelle et la mortalité infantile importantes et préoccupent les pouvoirs publics, ainsi l'accouchement devient une affaire de santé publique. Les femmes sont incitées à accoucher dans les maternités. Les sages-femmes sont donc devenues, en majorité, salariées à l'hôpital ou en clinique privée. La naissance physiologique s'est progressivement médicalisée et l'approche technique a été placée au centre de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés [4] [5].

La pratique des cliniques ouvertes est tombée en désuétude et l'ouverture de plateaux techniques aux sages-femmes furent très timides jusqu'en 2013 [2]. Pourtant, en 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires a revu la législation, permettant l'accès aux plateaux techniques par les professionnels libéraux [6] [7] [8]. Ce principe a ensuite été renforcé par une ordonnance, parue en juin 2010, qui modifie le Code de la santé publique avec l'article L. 6146-10 [9] [10]. Celle-ci indique que « les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux 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 autre que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement ». Il y est déjà prévu que « par dérogation aux dispositions de l'article L.162-2 du Code de la Sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. »

Les conditions d'accès, les modalités de paiement des honoraires ainsi que l'obligation de contrat, son contenu et sa durée sont précisés par l'article L. 6146-2 modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 [11] et les articles R. 6146-17 à R. 6146-22 instaurés par le décret n°2011-345 du 28 mars 2011 [12].

La sage-femme libérale intervenant sur un plateau technique est personnellement responsable de ses actes tant qu'elle n'a pas sollicité l'équipe médicale hospitalière. L'établissement est quant à lui responsable des moyens et du matériel qu'il met à sa disposition.

Le décret du 28 mars 2011 prévoit que les professionnels libéraux doivent transmettre au directeur de l'établissement un état mensuel comportant la liste des actes dispensés à chaque patient [12].

1.2 Recommandations

La HAS recommande que le suivi des femmes enceintes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Ce suivi individuel s'intègre dans la notion appelée « accompagnement global » [13]. Les premières recommandations du CNOSF de 2016 encouragent un soutien continu pendant le travail (grade B) en précisant que cette pratique semble améliorer les issues maternelles et néonatales (NP2) [14]. Selon ces recommandations, ce soutien continu peut-être effectué par un professionnel de santé ou non. Concernant le professionnel de santé, il nous semble que cette prise en charge ne peut être proposée dans un parcours de soins classique. En effet, les décrets de périnatalité de 1998 précisant les moyens nécessaires à la prise en charge des accouchements en maternité, fixent le nombre de sages-femmes en fonction du nombre annuel d'accouchements [15]. Ces décrets n'intègrent à aucun moment la pratique du « one-to-one » dans les maternités classiques comme un objectif à atteindre. Néanmoins, elle est proposée en maison de naissance et par les sages-femmes assurant les accouchements en plateaux techniques.

Les recommandations internationales vont dans le même sens. En effet l'OMS recommande le soutien continu durant le travail afin d'améliorer les issues obstétricales, tout comme l'ACOG et la société des obstétriciens et gynécologues du Canada [16] [17] [18]. Selon ces sociétés savantes, ce soutien peut être apporté par des professionnels de santé ou plus simplement par un compagnon, un membre

de la famille ou encore une doula. Il faut souligner que la NICE recommande la mise en œuvre de ce soutien par une sage-femme quel que soit le lieu de prise en charge de l'accouchement [19].

1.3 L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques en France : état des lieux

D'après l'étude réalisé par le CNOSF [20] fin 2008 auprès des sages-femmes libérales, 5 % des participantes ont déclaré avoir accès à un plateau technique en 2007 contre 4,4 % en 2008. Cette même enquête note qu'entre 2007 et 2008, une augmentation significative (+ 30 %) de la demande de suivi global par les femmes a été observée auprès de sages-femmes libérales n'ayant pas accès à un plateau technique, ce qui illustre le paradoxe entre une diminution de l'offre et une demande qui ne cesse d'augmenter [4] [21].

D'après le site de l'Association nationale des sages-femmes libérales, 34 sages-femmes libérales pratiquant des accouchements en plateau techniques ont été recensées en 2014. Toutefois, cette liste n'est pas exhaustive puisque seules les professionnelles adhérentes à l'ANSFL y sont répertoriées [4] [22]. Une nouvelle publication de l'ANSFL en février 2017 recense 54 plateaux techniques en activités et 8 en cours d'ouverture. La majorité des plateaux techniques sont en hôpital public, seuls 4 établissements privés sont représentés [2].

Pour l'ANSFL, il est important de préciser que l'accès au plateau technique ne concerne pas que la pratique des accouchements puisque, dans certains établissements publics et privés, des sages-femmes libérales viennent assurer les séances de préparation à la naissance, les consultations prénatales et postnatales [2].

Le CNOSF souligne le potentiel gain économique [23] [24]. En effet, ce dispositif représente pour l'établissement un moyen d'optimiser l'utilisation de ses infrastructures médicotechniques puisque le recrutement génère un surcroît d'activité et donc de recette financière [25]. C'est notamment pour ces raisons, que le CNOSF insiste sur la nécessité de trouver une alternative à la prise en charge actuellement proposée en maternité, en ouvrant des plateaux techniques aux sages-femmes libérales, en créant des pôles physiologiques au sein des maternités, mais aussi en expérimentant les maisons de naissance [23] [24].

D'après l'enquête réalisée par l'ANSFL en 2017, les sages-femmes proposant un accompagnement global à la naissance en plateau technique ont rarement été salariées au sein de la structure où se situe leur plateau technique [2]. Par ailleurs, un tiers travaillent seules, le reste fonctionne en groupe. On remarque que la collaboration entre une sage-femme libérale et un établissement est fonction du contrat établi au préalable, rendant ainsi les pratiques multiples. Lorsque le travail est dit physiologique la sage-femme accompagne le couple sous sa seule responsabilité. Dans un tiers des cas, lorsque la parturiente demande une analgésie péridurale et quand bien même le travail est physiologique, la parturiente est alors totalement transférée à l'établissement. Par ailleurs, le temps d'hospitalisation est variable. Néanmoins, une majorité d'accouchées sort entre 2 et 6 heures après un accouchement, parfois en signant une décharge.

1.4 À l'étranger, des prises en charges semblables existent déjà

L'accompagnement global à la naissance est proposé selon différents schémas en Europe : du « one to one midwives » en passant par le « Belegsystem ». Au sein de plusieurs pays d'Europe, les femmes ont la possibilité d'accoucher à domicile, en maison de naissance, en plateau technique ou encore, au sein de pôle physiologique en maternité. Ces alternatives sont courantes et connues des parturientes.

En Angleterre, par exemple, les sages-femmes libérales ont la possibilité d'accompagner les naissances à domicile, en maison de naissance et à l'hôpital dans le cadre d'un accompagnement global en plateau technique. Il est même stipulé dans la charte du Collège Royal des Sages-femmes Anglaises « la continuité de soins et de prise en charge d'une patiente par la même sage-femme ou la même équipe est un objectif prioritaire d'organisation des services de maternité ».

En Allemagne, il existe le « Belegsystem » qui est l'équivalent des accouchements en plateau technique en France. Il concerne près de 20% des sages-femmes libérales du pays.

Au Pays-Bas, 35% des accouchements ont lieu à domicile suite à un accompagnement global par des sages-femmes libérales. Un suivi en maison de naissance est également répandu [26].

1.5 Une demande des usagers

Un rapport de la DRESS en 2006 sur la satisfaction des usagères en maternité a montré que les femmes souhaitaient un suivi plus personnalisé, différent d'une prise en charge standardisée [27] [28]. Parmi les attentes principales des femmes, figuraient au premier plan : l'écoute, l'accompagnement, le dialogue avec les soignants, avant même la qualité technique de la prise en charge. Dans cette étude, il est également apparu que 6% des femmes n'étaient pas du tout ou plutôt insatisfaites du déroulement de l'accouchement.

D'autre part, l'enquête nationale périnatale de 2010 a fait plusieurs constats [39] :

- Les accouchements ont le plus souvent lieu dans des maternités de plus de 2000 accouchements par an (35,8% en 2003 contre 48,0% en 2010).
- Les interventions médicales pendant la grossesse et lors de l'accouchement ont augmenté par rapport à 2003. En effet, le recours au déclenchement du travail est passé de 19,7% à 22,7% ; une rupture artificielle des membranes et des ocytociques se retrouvent chez plus de 50% des femmes ; les accouchements avec péridurale ou rachianesthésie sont passées de 74,9% à 81,4% ; et enfin, les accouchements par voie basse spontanée ont légèrement tendance à diminuer tandis que ceux par voie basse instrumentale ou césarienne ont légèrement tendance à augmenter.

Selon l'enquête ISOS de décembre 2010, le lieu d'accouchement privilégié des femmes enceintes était l'hôpital (64%), puis la clinique (25%), et 2% d'entre elles émettaient le souhait d'accoucher chez elles [29]. La grande majorité des femmes était globalement satisfaite des maternités françaises aujourd'hui, mais il ne faut pas négliger la minorité de femmes souhaitant une prise en charge différente [30].

Une enquête menée par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) en 2010 a révélé que 15% des femmes interrogées estimaient que leur projet de naissance n'avait pas été respecté et 36% assuraient ne pas avoir pu se mouvoir librement au cours de l'accouchement [31]. De même, d'après une enquête du CIANE, 10 à 15% des femmes demandaient une prise en charge différente [32].

1.6 Description du Groupe Naissances

En Ile-de-France, les couples souhaitant une prise en charge globale de la naissance en plateau technique peuvent solliciter le « Groupe Naissances ». Il s'agit d'une équipe de praticiens libéraux composée de 7 sages-femmes, de 3 gynécologues-obstétriciens et de 2 psychologues, proposant un accompagnement global. Leur philosophie est de défendre et de respecter la physiologie de l'accouchement. L'accouchement des femmes du Groupe Naissances se déroule pour la majorité sur des plateaux techniques de la région parisienne, avec lesquels les professionnels signent des conventions. L'originalité du Groupe Naissances réside dans le fait qu'il intègre des gynécologues obstétriciens dans l'équipe de professionnels participants au suivi global. Cela permet ainsi à des femmes ayant une grossesse pathologique d'accéder à un tel suivi. L'intérêt est ici de contourner le biais de sélection des patientes classiquement concernées par l'accompagnement global, qui sont nécessairement des patientes présentant des grossesses à bas risque puisque suivies uniquement par des sages-femmes. En cas de pathologie, l'obstétricien de garde du Groupe Naissances, rencontré par la patiente durant la grossesse, intervient. En revanche l'analgésie péridurale est réalisée par l'anesthésiste de l'établissement. La sage-femme réalise la surveillance du post-partum immédiat. Le post-partum et la sortie se déroulent quant à eux selon les habitudes du service de suite de naissance [34].

L'accompagnement global étant très souvent associé à des pratiques respectant la physiologie, il semblerait logique que les issues maternelles et néonatales soient très majoritairement favorables. En effet, une revue de la littérature de Hodnett [35], publiée dans la Cochrane en 2012, a recensé dix essais (11 795 femmes) comparant les issues d'accouchements effectués dans des salles de naissance alternatives au sein d'unités physiologiques intégrés dans les hôpitaux ou en maisons de naissance autonomes, et dans des salles conventionnelles.

Cette étude a distingué deux types de résultats :

- En salle alternative, il y a une augmentation de la probabilité de ne pas avoir d'analgésie/anesthésie pendant l'accouchement (RR=1,18 ; IC95=[1,05-1,33]) ; d'accoucher par voie basse spontanée (RR=1,03 ; IC95%=[1,01-1,05]) ; d'allaiter de six à huit semaines (RR=1,04 ; IC95%=[1,02-1,06]) ; d'avis positifs concernant les soins (RR=1,96 ; IC95%=[1,78-2,15]).

- En salle alternative, il y a une diminution de la probabilité : d'avoir une analgésie péridurale (RR=0,80 ; $IC_{95\%}$=[0,74-0,87]) ; de voir le travail accélérer par ocytocine (RR=0,77 ; $IC_{95\%}$=[0,67-0,88]) ; d'accoucher par voie basse avec manœuvres instrumentales (RR 0,89 IC95%=[0,79-0,99]) ; d'épisiotomie (RR=0,83 ; $IC_{95\%}$=[0,77-0,90]).

Cependant, nous remarquons que dans la revue de Hodnett [35], persistent l'occurrence de situations pathologiques, en dépit d'une prise en charge respectant le plus possible la physiologie en salle d'accouchement alternative ; notamment des extractions instrumentales, justifiant ainsi le choix du Groupe Naissances d'intégrer des GO dans le parcours de soin des femmes souhaitant bénéficier d'un accompagnement global.

II. Matériel et méthodes

2.1 Problématique

Devant le manque d'études s'intéressant aux accouchements en plateau technique, nous avons cherché à répondre à la question suivante : Quelles sont les issues maternelles et néonatales des parturientes ayant bénéficié d'un accompagnement global au sein du Groupe Naissances ?

2.2 Hypothèses et objectifs

2.2.1 Hypothèses

Après une étude de la littérature, nous avons émis plusieurs hypothèses pour répondre à notre question de recherche :

- Après un accompagnement global à la naissance, les femmes accouchant en plateau technique, ainsi que leurs nouveau-nés ont des issues majoritairement favorables ;
- Au sein des femmes accouchant en plateau technique, les issues maternelles sont moins favorables chez les femmes ayant eu un travail médicalisé.

Pour évaluer ces hypothèses nous avons défini les objectifs de l'étude.

2.2.2 Objectifs

L'objectif principal était de décrire les issues maternelles et néonatales des patientes ayant bénéficié d'un accompagnement global au sein du Groupe Naissances.

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- Décrire les caractéristiques médicales des femmes et des nouveau-nés ayant bénéficié de cet accompagnement global ;
- Décrire dans cette population, les déterminants de certaines issues défavorables telles que les hémorragies du post-partum, la voie d'accouchement et les lésions périnéales ;

- Comparer les issues périnatales des femmes ayant eu un travail médicalisé, comme la pose d'une analgésie péridurale et l'utilisation de l'oxytocine, à celles ayant eu un travail non médicalisé.

2.3 Type d'étude, dispositif de recherche

Pour répondre à la problématique posée, nous avons choisi de réaliser une étude rétrospective, multicentrique, quantitative, observationnelle et comparative.

2.4 Déroulement de l'étude, outils méthodologiques

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché dans l'un des plateaux techniques du Groupe Naissances entre 2012 et 2014. Le recueil de données a été effectué entre Août et Novembre 2016.

2.5 Population de l'étude

2.5.1 Principaux critères d'inclusion

- Parturientes suivies en accompagnement global à la naissance par un praticien du Groupe Naissances ;
- Parturientes ayant accouché dans un des plateaux techniques du Groupe Naissances entre le premier janvier 2012 et le 31 décembre 2014 ;
- Terme d'accouchement ≥ 22 SA.

Les accouchements des patientes incluses au sein de l'étude ont eu lieu dans un des plateaux techniques du Groupe Naissances, au sein d'une des cliniques privées suivantes :

- Ambroise Paré
- Jeanne d'Arc
- Léonard de Vinci
- Sainte Thérèse

2.5.2 Principaux critères d'exclusion

- Parturientes ayant eu un accouchement inopiné à domicile ;
- Parturientes ayant été transférées vers un suivi classique pendant le suivi de leur grossesse ou pendant le travail ;

- Terme d'accouchement < 22 SA ;
- Grossesses gémellaires.

2.5.3 Principaux critères de non inclusion

- Les parturientes ayant accouchées avant janvier 2012 et après décembre 2014

2.6 Recueil de données

Dans un premier temps, nous avons obtenu l'accord du Groupe Naissances pour la réalisation de ce mémoire.

Chaque praticien tient un partogramme lors du travail et rempli un compte rendu suite à un accouchement. Ces données permettent ensuite de faire des statistiques par année. Ces statistiques contiennent différentes variables présentées en tableur Excel. Nous avons reçu les statistiques sur Excel pour l'année 2012 et en ce qui concerne les années 2013 et 2014, nous avons eu accès aux comptes rendus d'accouchement sous format papier.

Nous avons dans un premier temps rassemblé les données à l'aide du logiciel Microsoft Excel nous permettant de décrire les issues obstétricales et néonatales. Pour cela, nous avons créé des codes pour les différentes variables et rendu anonymes les parturientes.

Les paramètres étudiés étaient :

Pour les caractéristiques médicales maternelles : l'âge de la parturiente, les antécédents médicaux personnels, la parité, les antécédents obstétricaux (antécédent de césarienne, d'hémorragie du post partum, de périnée complet, de mort fœtale in-utero).

Pour la description de la grossesse : spontanée ou induite, pathologie de la grossesse et l'hospitalisation pendant la grossesse.

Pour la description du travail et de l'accouchement : le terme d'accouchement en SA, le mode d'entrée en travail (spontané ou déclenché), le mode de déclenchement (oxytocine ou prostaglandine), le type de rupture des membranes (artificiel ou non), l'utilisation d'oxytocine pendant le travail, la durée du travail, l'utilisation ou non d'une baignoire de dilatation, le type d'analgésie mis en place (aucune, analgésie péridurale, rachi anesthésie, anesthésie générale ou autre) et s'il existe une raison médicale à la pose d'une analgésie, la variété de présentation fœtale à l'expulsion (OS, OP siège, autre), la voie d'accouchement (voie basse sans aide, voie basse instrumentale ou césarienne) ainsi que la position d'accouchement (verticale ou horizontale décrit par Atwood [36] [37]).

Dans notre étude, nous avons classés parmi les positions verticales, les positions écrites de la manière suivante par les praticiens : ½ assise, assise, à genoux, accroupie, chat (quatre pattes en étirement du dos), debout et quatre pattes.

Ensuite, nous avons classé les positions horizontales, les positions écrites de la manière suivante : décubitus latéral (« DD », « allongée », « sur chaise d'accouchement »), rosa (position en lithotomie), position gynécologique (« Gynéco », « sur les étriers ») et décubitus latéral droit ou gauche (DL, DLG, DLD).

Pour les lésions périnéales : le périnée intact, les déchirures simples, la réalisation d'une épisiotomie et les déchirures compliquées.

Pour la description de la délivrance et du post partum : le type de délivrance (naturelle, dirigée, complète, incomplète, artificielle), la réalisation d'une révision utérine et la présence d'hémorragie du post-partum immédiat ou non.

En ce qui concerne l'HPP, elle est définie dans cette étude par la case « HPP » cochée dans le compte rendu d'accouchement (CRA). Elle est donc une variable dépendante de l'évaluation du praticien et n'est pas définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml.

Pour les suites de couches : normales (simple surveillance, sans intervention particulière), pathologique et transfert maternel.

Pour le type d'allaitement : allaitement maternel, allaitement artificiel et allaitement mixte.

Enfin, lorsque la donnée n'est pas précisée, celle-ci est stipulée par « NR » pour « non renseignée ». Lorsque le pourcentage de « NR » est égal ou supérieur à 5%, il a été décidé de recalculer le pourcentage avec la donnée précisée afin de minimiser les biais.

Pour décrire les issues maternelles, on relevait : le mode d'accouchement, l'hémorragie du post-partum, les infections maternelles, les lésions périnéales, les suites de couches pathologiques et les décès maternels.

Pour décrire les issues néonatales, on relevait : le poids du nouveau-né, la trophicité, l'Apgar estimé à 5 min, les transferts en néonatologie ou en réanimation et les pathologies.

Nous avons ensuite défini les différentes issues :

- Issue favorable par l'association exhaustive des éléments suivants : voie basse spontanée, périnée intact ou déchirure simple, post-partum immédiat et suites de couches physiologiques, naissance d'un nouveau-né d'Apgar ≥ 7 à 5 minute et/ou non transféré en réanimation ;
- Issue défavorable par la présence d'au moins un des éléments suivants : accouchement instrumental ou césarienne, anesthésie générale, hémorragie du post partum, déchirure compliquée ou épisiotomie, infection maternelle ou suites de couches pathologiques, naissance d'un nouveau-né d'Apgar < 7 à 5 minute et/ou transféré en réanimation.

Dans notre étude, le travail médicalisé est défini par au moins une de ces interventions : déclenchement du travail, rupture artificielle des membranes, mise en place d'une analgésie péridurale et utilisation d'oxytocine.

2.7 Stratégie d'analyse

Une base de données informatisée a été créée à partir des informations recueillis sur les comptes rendus. Une analyse statistique a été effectuée pour les différentes variables qualitatives étudiées.

Dans le but de décrire les caractéristiques de la population d'étude puis de décrire les différentes issues, nous avons réalisé des calculs d'effectifs n(%), de moyennes (m), d'écart-types (sd) et de médianes ; le nombre et le pourcentage de données manquantes a été précisé pour chaque variable étudiée. Les analyses ont été effectuées à partir des logiciels Excel et BiostaTGV.

Les tests statistiques du Chi2 ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour les variables qualitatives, catégorielles. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les conditions d'utilisation du test de Chi2 n'étaient pas respectées. Le seuil de significativité était fixé à 0,05 (p value < 0,05 ; risque α à 5%).

2.7 Considérations éthiques et réglementaires

Dans le cadre de la réalisation de l'étude, un accord a été demandé auprès des différents praticiens du Groupe Naissances pour la consultation des comptes rendus d'accouchements. Une présentation du projet d'étude a été effectuée.

Cet accord a été obtenu en avril 2016.

La base de données informatisée constituée des informations recueillies a été anonymisée : il a été attribué à chaque patiente de l'étude un numéro d'anonymat. La correspondance entre le numéro d'anonymat et le nom de la parturiente a été conservé sur une feuille Excel protégée par un code, non accessible à une personne extérieure à l'étude. Cette feuille doit être détruite à la fin de l'étude.

III. Les résultats

Analyses descriptives de la population d'étude sélectionnée

Sur les trois années étudiées, 686 femmes ont choisi d'accoucher en plateau technique avec le Groupe Naissances. Parmi elles, 18 femmes ont été exclues de l'étude : 7 femmes ont été transférées, 3 ont eu une fausse couche tardive et 8 grossesses gémellaires. Du fait de l'augmentation du risque de morbi-mortalité [29] et d'un faible effectif, il a été décidé d'exclure les grossesses gémellaires afin de ne pas biaiser les résultats.

Au total, 668 femmes remplissaient les critères d'inclusions de l'étude.
Les résultats sont exposés en deux parties : l'une présentant les analyses descriptives de la population d'étude et une autre présentant des analyses comparatives avec une comparaison de nos résultats à ceux de certaines études.

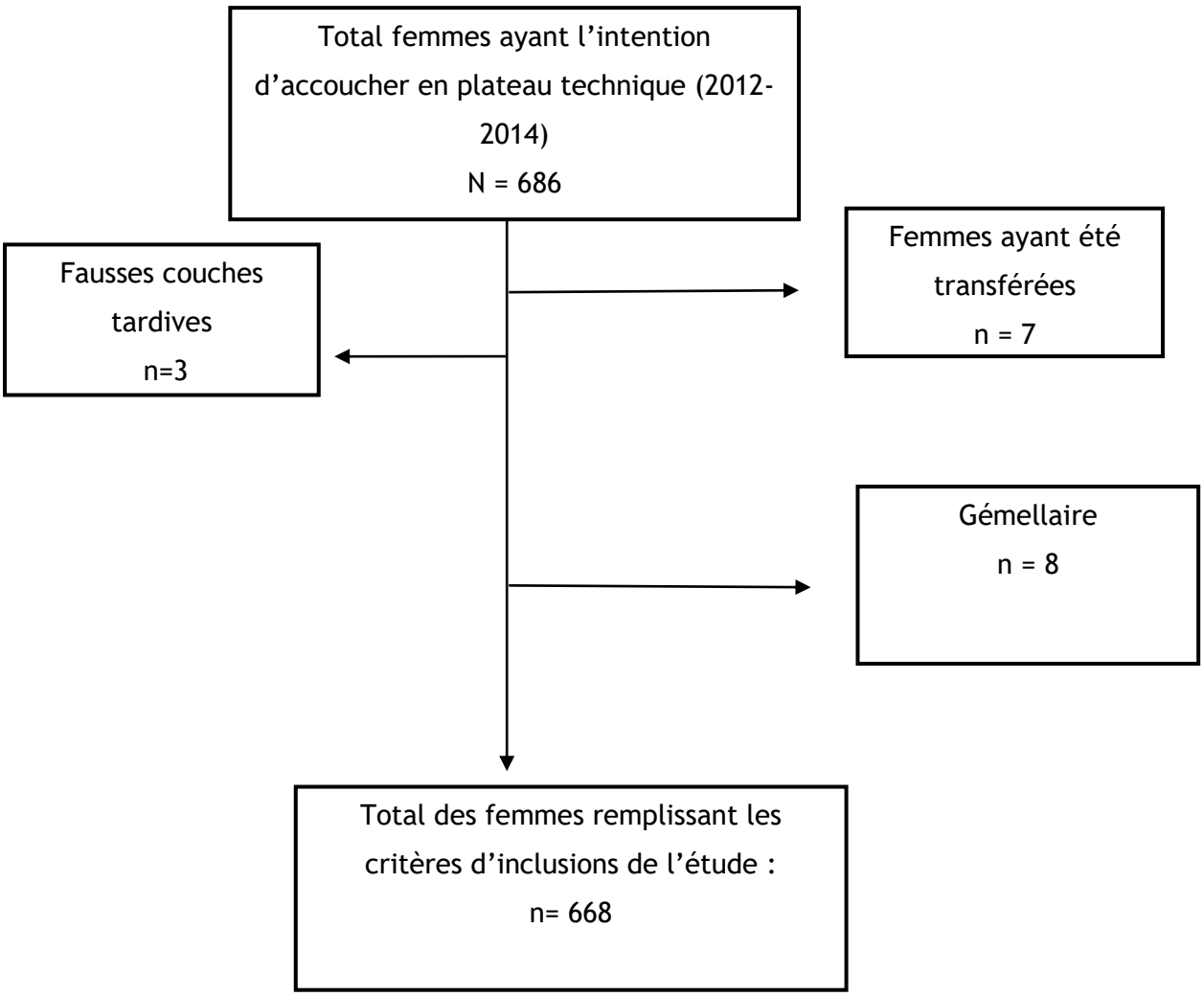


Figure 1 : Flow chart de l'étude

3.1 Analyse descriptive de la population d'étude

3.1.1 Description des caractéristiques médicales

Tableau 1 : Description des caractéristiques médicales des parturientes (n=668)

	n(%) m +/- σ
Âge maternel (année)	
< 24	10 (1,5)
25-29	99 (14,8)
30-34	188 (28,1)
35-39	139 (20,8)
≥ 40	59 (8,8)
Âge moyen	33,4 ± 4,7
NR	173 (25,9)
Parité	
Ip	302 (45,2)
IIp	242 (36,2)
≥ IIIp	108 (16,2)
NR	16 (2,4)
Antécédents obstétricaux	
Sans antécédent	610 (91,3)
Utérus cicatriciel	53 (7,9)
ATCD HPP	2 (0,3)
ATCD Périnée complet	1 (0,1)
ATCD MFIU	2 (0,3)
Antécédents médicaux	
Sans antécédent	648 (97,0)
ATCD Accident thromboembolique	3 (0,4)
Pathologie endocrinienne	5 (0,7)
ATCD transfusion	1 (0,1)
Hémoglobinopathie	1 (0,1)
ATCD Herpès génital	4 (0,6)
Traumatisme osseux	2 (0,3)
Autre	3 (0,4)

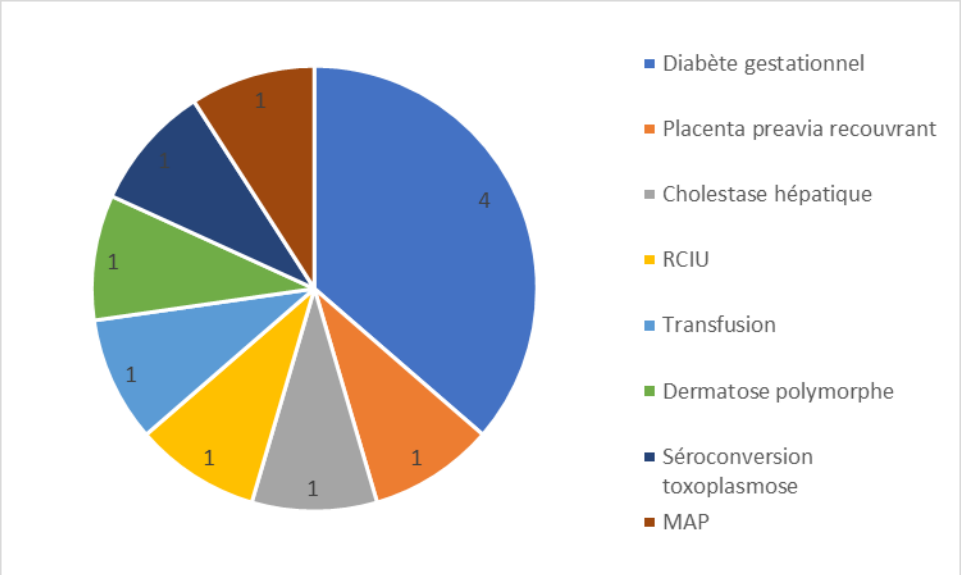
La proportion de femmes âgées de 35 ans ou plus est de 29,6% et un peu plus de la moitié des femmes étaient multipares (52,4%). Au total, plus de neuf femmes sur dix n'avaient pas d'antécédents particuliers. Un antécédent de césarienne est constaté chez 53 femmes.

Dans la catégorie « Autre » nous avons relevé un antécédent de cancer du sein et deux antécédents de dépression.

3.1.2 Description de la grossesse

Dans ce groupe d'étude, deux femmes avaient suivi un parcours de procréation médicalement assistée avec une insémination artificielle pour une femme et un don d'ovocyte pour l'autre femme. Une femme avait été hospitalisée suite à une menace d'accouchement prématuré. Onze femmes avaient connu des pathologies liées à la grossesse, neuf pour causes maternelles et 2 pour causes foeto-annexielles. Ces dernières sont détaillées dans le graphique ci-dessous.

Figure 2 : Types de pathologies pendant la grossesse et nombre de patientes atteintes (n=11)



3.1.3 Description du travail et de l'accouchement

Tableau 2 : Description du travail (n=668)

	n(%) m +/- σ
Terme d'accouchement (SA + j)	
< 37 SA	10 (1,5)
37 - 40 + 6j	566 (84,7)
41 - 41 + 6j	82 (12,3)
≥ 42	10 (1,5)
Terme moyen	39 + 2 ± 1 + 2
Début du travail	
Spontané	578 (86,5)
Déclenché	53 (7,9)
Césarienne	16 (2,4)
NR	21 (3,1)

Utilisation de la baignoire[1]	
Oui	278 (44,1)
Non	353 (55,9)
Oxytocine pendant le travail (n=378)[1 2]	
Oui	34 (9,0)
Non	344 (91,0)
Rupture artificielle des membranes (n=589)[2]	
Oui	139 (23,6)
Non	448 (76,1)
Né coiffé	2 (0,3)
Méthode d'analgésie	
Aucune	324 (48,5)
Protoxyde d'azote	8 (1,2)
Nerfs honteux	7 (1,0)
APD	277 (41,5)
Rachianesthésie	52 (7,8)
AG	0 (0,0)
Indication médicale parmi celles ayant eu une analgésie (n= 344)	59 (17,1)

La grande majorité des femmes de l'étude présentait une grossesse menée à terme (97,0 %), cependant dix femmes ont accouché prématurément.

Dans notre population, 7,9% de femmes ont été déclenchées et 2,4% ont eu une césarienne programmée. Leurs motifs et modalités sont détaillés en annexes I et III.

On constate que des ocytociques ont été adminitrés chez 9,0% des femmes durant le travail et 48,5% des femmes ont accouché sans analgésie. Parmi les méthodes d'analgésies utilisées, 17,1% ont été posées suite à une indication médicale. Leurs indications sont détaillées en annexe II.

Dans un soucis de lisibilité, le tableau présent en annnexe IV indique les données avec les NR.

[1] Chez celle ayant eu une tentative voie basse (n=631)

[2] Données obtenues suite à un taux de NR > 5%

Tableau 3 : Description de l'accouchement (n=668)

	n(%) m +/- σ
Mode d'accouchement	
AVB spontané	464 (69,5)
Accouchement instrumentale	138 (20,7)
Césarienne	66 (9,8)
Durée du travail [3](en heures)	
< 7	215 (32,2)
≥ 7	217 (32,5)
NR	199 (29,7)
Durée moyenne	7,6 + 4,3
Position d'accouchement [4]	
Verticale	168 (31,9)
Horizontale	359 (68,1)
Présentation :	
OP	598 (89,5)
OS	27 (4,0)
Siège	12 (1,8)
Autre	3 (0,4)
	NR = 28 (4,2)

D'après le tableau 3, 138 femmes sont concernées par un accouchement par voie basse instrumentale et 94 d'entre elles étaient primipares. Dans l'annexe III est détaillé l'ensemble des motifs d'accouchements instrumentaux et de césarienne.

3.1.4 Description de la délivrance et du post partum immédiat

Tableau 4 : Description de la délivrance et du post partum immédiat (n=668)

	n(%)
Type de délivrance [4]	
DNC	399 (70,2)
DDC	156 (24,5)
DNI	2 (0,3)
Autre	11 (1,9)

[3] Chez celles ayant eu une tentative de voie basse (n=631)

[4] Chez celles ayant eu un accouchement par voie basse (n=602)

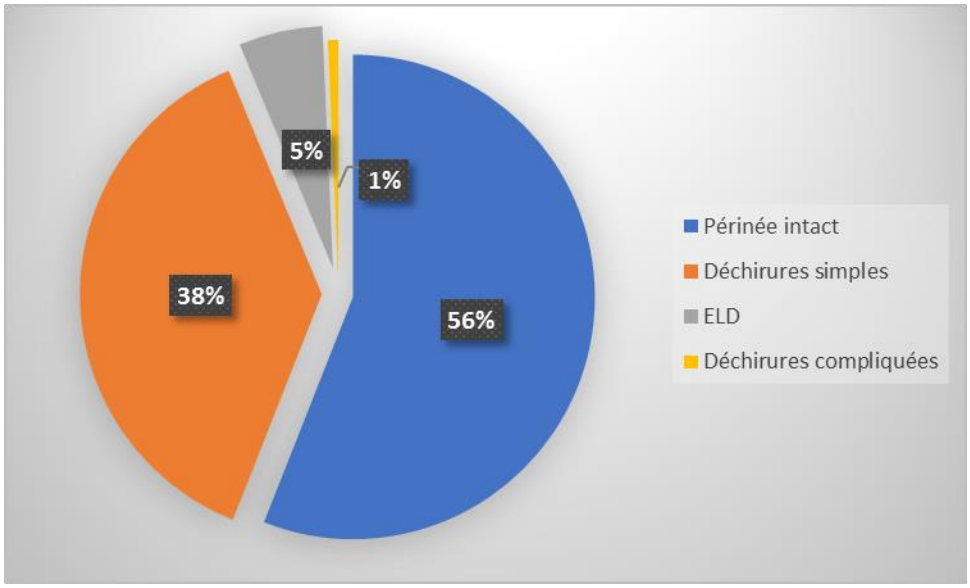
HPP	
Oui	10 (1,5)
Non	658 (98,5)
DA/RU[5]	
Oui	27 (4,5)
Non	575 (95,5)

Des ocytociques ont été administrés dans 24,5% des femmes pour prévenir le risque d'hémorragie du post-partum.

Dix hémorragies du post-partum ont été décrites. Les pertes sanguines n'ont été précisées que dans 3 cas avec notamment une perte de 600 ml corrigée par oxytocine et deux pertes estimées à 800 ml sans précision de la prise en charge effectuée. Par ailleurs, deux tiers de notre population a eu une délivrance naturelle complète.

3.1.4 Description des lésions périnéales

Figure 3 : Description du taux de lésions périnéales lors d'un accouchement par voie basse (n=602)



Plus de neuf femmes sur dix ayant accouché par voie basse ont eu soit un périnée intact soit une déchirure simple.

[5] Chez celles ayant eu un accouchement par voie basse (n=602)

3.1.5 Description des suites de couches

Tableau 5 : Description des suites de couches (n=668)

	n(%)
SDC	
Normales	663 (99,2)
Pathologiques	5 (0,8)
Transfert maternel	0 (0,0)
Type d'allaitement (n=622) [6]	
Maternel	572 (92,0)
Artificiel	46 (7,4)
Mixte	4 (0,6)

En post partum, aucune femme n'a été transférée dans un autre établissement. Dans les suites de couches pathologiques, il a été recensé 4 femmes ayant présenté une anémie. La cinquième n'a pas été précisée. On note que 92 % des femmes ont opté pour un allaitement maternel.

Par ailleurs aucune infection maternelle ni décès maternel n'ont été décrit dans notre population.

3.1.6 Les issues néonatales

Tableau 6 : Description des issues néonatales (n=668)

	n(%)
Prématurité	
Oui	10 (1,5)
Non	658 (98,5)
Poids de naissance (grammes)	
[2000-2500[	10 (1,5)
[2500-3000[	86 (12,8)
[3000 – 3500[	279 (42,4)
[3500-4000[	206 (31,3)
≥ 4000	79 (12,0)
NR	8 (1,2)
Trophicité	
Hypotrophe	6 (0,6)
Eutrophe	583 (87,4)
Macrosome	79 (12,0)

[6] Donnes obtenues après réajustement après un taux de NR > 5%

Apgar à 5 min	
≤ 5	1 (0,1)
6-7	2 (0,3)
≥ 8	644 (96,4)
NR	21 (3,2)
Transfert	
Aucun	659 (98,6)
Néonatologie	7 (1,1)
Réanimation	2 (0,3)
Pathologies	
Aucune	656 (98,2)
IMF Streptocoque B	2 (0,3)
IMF E. coli K1	1 (0,1)
CMV	1 (0,1)
Ictère	6 (0,9)
Autre	2 (0,3)

Dans notre étude, 10 enfants sont nés prématurément (< 37 SA). Aucun de ces enfants n'a été hospitalisé en néonatologie ou réanimation.

Plus de neuf nouveau-nés sur dix ont eu une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Néanmoins, on note pour l'un d'entre eux un Apgar coté à 1 à 5 minute. Un transfert ou une hospitalisation a été effectuée pour 1,4% des enfants.

3.1.7 Description des issues favorables et défavorables

Selon la définition des issues que nous avons données dans la partie « Matériel et méthodes », il y a dans notre population d'étude 431 issues favorables soit 64,5% et 35,5% d'issues défavorables. Parmi eux, on note 20,7% d'accouchement par voie basse instrumentale, 9,8% de césarienne, 1,5% d'hémorragie du post-partum.

Analyses comparatives de la population d'étude sélectionnée

Nous avons constaté qu'il existe un pourcentage non négligeable d'issue maternelle défavorable malgré une prise en charge personnalisée. Nous avons donc souhaité déterminer si nous pouvions identifier les facteurs associés aux issues maternelles défavorables et connaitre l'influence de la médicalisation du travail.

3.2 Facteurs associés aux issues maternelles défavorables

Dans le tableau ci-dessous, sont présentés les facteurs associés aux hémorragies du post-partum. Il a été choisi de ne présenter ci-dessous uniquement les associations significatives. L'ensemble des résultats sont détaillés en annexe.

Tableau 7 : Facteurs associés aux hémorragies du post-partum

	HPP n(%)	**Absence d'HPP n(%)**	**p**
	10 (100,0)	658 (100,0)	
Poids de naissance (g)			0,02
< 3500	1 (10,0)	374 (56,9)	
≥ 3500	9 (90,0)	276 (41,9)	
NR	0 (0,0)	8 (1,2)	

Dans notre étude, un poids de naissance supérieur ou égal à 3500 grammes (p=0,02) est significativement associé aux hémorragies du post-partum. L'âge de la mère, la parité, l'utérus cicatriciel, le déclenchement, l'utilisation d'oxytocine durant le travail, la durée totale du travail, le type de délivrance ainsi que la voie d'accouchement ne sont pas associés aux HPP (cf. annexe V)

Tableau 8 : Facteurs associés à un AVBI

	AVBS n(%)	**AVBI n(%)**	**p**
	464 (100,0)	138 (100,0)	
Parité			<0,01
Primipares	177 (38,2)	94 (68,1)	
Multipares	286 (61,6)	44 (31,9)	
NR	1 (0,2)	0 (0,0)	

Oxytocine pendant le travail[7]	297 (100,0)	62 (100,0)	<0,01
Oui	13 (4,4)	11 (17,7)	
Non	284 (95,6)	51 (82,3)	
Durée totale du travail Error! Bookmark not defined. **Error! Bookmark not defined.**	332 (100,0)	77 (100,0)	<0,01
< 7 heures	195 (58,2)	17 (22,1)	
≥ 7 heures	137 (41,8)	60 (77,9)	

Dans notre étude, la primiparité (p<0,01), l'utilisation d'oxytocine (p<0,1) et une durée du travail supérieure à 7 heures (p<0,01) sont significativement associées à un accouchement par voie par instrumentale. Par ailleurs, l'âge, le déclenchement du travail et le poids de naissance ne sont pas associés à un AVBI (annexe VI).

Tableau 9 : Facteurs associés à une césarienne

	AVBS n(%)	**Césarienne n(%)**	**p**
	464 (100,0)	66 (100,0)	
Parité	464 (100,0)	51 (100,0)	<0,01
Primipares	177 (38,2)	31 (60,8)	
Multipares	286 (61,6)	20 (39,2)	
NR	1 (0,2)	0 (0,0)	
Utérus cicatriciel			<0,01
Oui	23 (5,0)	20 (30,3)	
Non	438 (94,4)	43 (65,1)	
NR	3 (0,6)	3 (4,6)	
Oxytocine pendant le travail [7]	297 (100,0)	35 (100,0)	<0,01
Oui	13 (4,4)	10 (28,6)	
Non	284 (95,6)	25 (71,4)	
Durée totale du travail[7]	332 (100,0)	23 (100,0)	<0,01
< 7 heures	195 (58,2)	3 (13,0)	
≥ 7 heures	137 (41,8)	20 (87,0)	

Dans notre étude, la primiparité (p<0,01), l'utérus cicatriciel (p<0,01), l'utilisation d'oxytocine pendant le travail (p<0,01), une durée du travail supérieure à 7 heures (p<0,01) sont significativement associées à une césarienne. L'âge, le

[7] Données obtenues après réajustement suite à un taux de NR > 5%

déclenchement du travail et le poids de naissance ne sont pas associé à une césarienne (annexe VII).

Tableau 10 : Facteurs associés aux lésions périnéales

	Lésions n(%)	Pas de lésion n(%)	p
	266 (100,0)	385 (100,0)	
Parité			<0,01
Primipares	166 (62,4)	132 (34,3)	
Multipares	98 (36,8)	247 (64,2)	
NR	2 (0,8)	6 (1,5)	
Durée totale du travail[8]	176 (100,0)	253 (100,0)	<0,01
< 7 heures	72 (40,9)	143 (56,5)	
≥ 7 heures	104 (59,1)	110 (43,5)	

La primiparité (p<0,01) et une durée du travail supérieure à 7 heures (p<0,01) sont associées significativement à plus de lésions périnéales. Quant à la présentation fœtale et au poids de naissance, ils ne sont pas associés aux lésions périnéales (annexe VIII).

3.3 Impact de la médicalisation du travail

Dans le tableau ci-dessous, nous avons souhaité décrire les issues maternelles selon l'utilisation ou non d'une analgésie péridurale.

Tableau 11 : Influence d'une APD sur les issues maternelles

	APD n(%)	Absence d'analgésie [9] n(%)	p
	277 (100,0)	338 (100,0)	
Voie d'accouchement			<0,01
AVBS	152 (54,9)	307 (90,8)	
AVBI	97 (35,0)	31 (9,2)	
Césarienne	28 (10,1)	0 (0,0)	
Lésions périnéales[8]	248 (100,0)	338 (100,0)	0,01
Intact	124 (50,0)	210 (62,1)	
Déchirure simple	102 (41,1)	115 (34,1)	
ELD	20 (8,1)	11 (3,2)	
Déchirure compliquée	2 (0,8)	2 (0,6)	

[8] Données obtenues après réajustement suite à un taux de NR > 5%

[9] Protoxyde d'azote et nerfs honteux compris dans « absence d'analgésie »

On constate que les lésions périnéales sont plus fréquentes chez les femmes ayant eu une analgésie péridurale par rapport aux femmes qui n'en n'ont pas eu (p=0,01).
L'analgésie péridurale est également associée aux accouchements par voie basse instrumentale et aux césarienne (p<0,01). L'HPP n'est pas associée à une pose d'APD (annexe X)

Dans le tableau ci-dessous nous avons souhaité décrire les issues maternelles suite à une utilisation ou non d'oxytocine.

Tableau 12 : Influence de l'utilisation d'oxytocine sur les issues maternelles

	Oxytocine n(%)	**Absence d'ocytoxine n(%)**	**p**
	34 (100,0)	360 (100,0)	
Voie d'accouchement			<0,01
AVBS	13 (38,2)	284 (78,9)	
AVBI	11 (32,4)	51 (14,2)	
Césarienne	10 (29,4)	25 (6,9)	

On constate qu'un accouchement par voie basse instrumentale ou par césarienne (p<0,01) est associé à une utilisation d'oxytocine pendant le travail. Dans notre étude, l'HPP n'est pas associée à l'utilisation d'oxytocine pendant le travail (annexe IX).

Tableau 13 : Comparaison aux enquêtes en population (ENP 2010 et Pythagore 6)

	Notre étude	ENP 2010	p
	N (%)	N (%)	
Age			<0,01
< 25	10 (2,0)	2444 (16,1)	
25 – 34	287 (58,0)	9196 (63,9)	
≥ 35 ans	198 (40,0)	2761 (19,2)	
Total	495 (100,0)	14401 (100,0)	
Parité			0,01
1	302 (46,3)	6396 (43,4)	
2	242 (37,1)	5004 (34,5)	
3	108 (16,6)	3199 (22,1)	
Total	652 (100,0)	14599 (100,0)	
Hospitalisation pdt la grossesse			<0,01
Oui	1 (0,1)	2680 (18,8)	
Mode de début du travail			<0,01
Spontané	578 (89,3)	9720 (66,5)	
Déclenché	53 (8,2)	3312 (22,6)	
Césarienne avant travail	16 (2,5)	1592 (10,9)	
Total	647 (100,0)	14624 (100,0)	
Âge gestationnel (SA)			<0,01
≤ 34	2 (0,3)	328 (2,2)	
35 – 36	8 (1,2)	631 (4,3)	
37 – 40	566 (84,7)	10928 (75,1)	
41	82 (12,3)	2614 (18,0)	
≥ 42	10 (1,5)	49 (0,4)	
Total	668 (100,0)	14560 (100,0)	
RAM	139 (20,8)	4906 (51,0)	<0,01
Ocytocine pendant le travail	34 (8,6)	8192 (63,9)	<0,01
Voie d'accouchement			<0,01
VBS	464 (69,5)	9857 (66,9)	
VBI	138 (20,6)	1783 (12,1)	
Césarienne	66 (9,9)	3089 (21,0)	
Total	668 (100,0)	14729 (100,0)	
Episiotomie			
Primipares	31 (11,4)	2121 (44,4)	<0,01
Total Primipares AVB	271 (100,0)	4777 (100,0)	<0,01
Multipares	3 (0,9)	935 (14,3)	
Total Multipares AVB	330 (100,0)	6538 (100,0)	

Déchirure			0,74
Non	337 (59,4)	6503 (57,4)	
1er degré ou périnée simple	226 (39,9)	4742 (41,8)	
Périnée complet	4 (0,7)	88 (0,8)	
Total	567 (100,0)	11333 (100,0)	
Analgésie, anesthésie			<0,01
Aucune	323 (48,3)	2283 (15,7)	
Péridurale	277 (41,5)	10183 (70,0)	
Rachianalgésie	52 (7,8)	1666 (11,5)	
AG	0 (0,0)	179 (1,2)	
Autre	16 (2,4)	236 (1,6)	
Prématurité (AG < 37 SA)			<0,01
Oui	10 (1,5)	1092 (7,4)	
Apgar à 5 min			0,14
≤ 5	1 (0,1)	72 (0,5)	
6-7	2 (0,3)	168 (1,2)	
≥ 8	644 (99,6)	14362 (98,3)	
Mode d'alimentation			<0,01
Allaitement maternel	572 (92,0)	8535 (60,2)	
Mixte	4 (0,6)	1198 (8,5)	
Artificiel	46 (7,4)	4443 (31,3)	
Transfert ou H° de l'enfant	9 (1,3)	942 (6,6)	<0,01
Décès en maternité	0 (0,0)	14 (0,1)	NA

// Pythagore 6	**Notre étude**	**Pythagore 6**	
HPP	10 (1,5)	9349 (6,7)	<0,01
Total	668	139537	

L'ENP est une enquête réalisée dans toutes les maternités de France afin de fournir des données sur les principaux indicateurs de la santé périnatale, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et les facteurs de risque [39]. L'étude Pythagore, est quant à elle, une étude épidémiologique en population sur l'hémorragie de la délivrance réalisée dans 106 maternités en 2005 sur plus de 146 000 accouchements [40].

3.4 Principaux résultats

Dans notre population, neuf femmes sur dix n'avaient pas d'antécédent médical ou obstétrical particulier. Néanmoins, un antécédent de césarienne est constaté chez 7,9% des femmes. Dans la population générale, selon l'ENP 2010 [39], ce chiffre est estimé à 18,9% des femmes. La proportion de femmes à bas risque est plus importante dans notre population. Néanmoins, les facteurs de risques présentés par les femmes dans le Groupe Naissances font qu'elles ne sont pas exclusivement à bas risque.

En comparaison à l'enquête nationale périnatale [39] de 2010, les femmes de notre étude sont plus âgées ($p<0,01$) et ont été moins souvent hospitalisées pendant la grossesse ($p<0,01$).
Concernant le début de travail, il a été significativement plus fréquemment spontané chez les parturientes de notre étude et il y a eu moins souvent de césarienne programmée ($p<0,01$). Le recours à l'amniotomie ($p<0,01$) et à l'oxytocine ($p<0,01$) était significativement moins importante dans notre population d'étude. Le type d'anesthésie était significativement différents ($p<0,01$) avec plus de femmes n'ayant aucune anesthésie dans notre population d'étude comparé à l'ENP (48,3% versus 15,7%) et avec moins de femmes ayant eu recours à l'APD (48,5% versus 70,0%).

Concernant les issues maternelles, les femmes ayant accouché en plateau technique au sein du Groupe Naissances ont eu des modes d'accouchements différents, dans le sens où il y a eu plus fréquemment d'accouchements par voie basse instrumentale et moins fréquemment de césariennes ($p<0,01$) en comparaison avec l'ENP 2010. Par ailleurs, elles présentent moins souvent d'épisiotomies ($p<0,01$) et la proportion de déchirure est comparable dans les deux groupes ($p=0,74$). En comparaison, à l'étude Pythagore [40], la fréquence de l'hémorragie de la délivrance est significativement plus faible dans notre étude ($p<0,01$). Les femmes ayant accouché au sein du Groupe Naissances ont donc moins fréquemment d'hémorragie de la délivrance que celles de la population générale.

Concernant le versant néonatal, il n'y a pas plus de nouveau-nés ayant un score d'Apgar supérieure ou égale à 8 dans notre étude (94,6% versus 92,9%). L'Apgar à 5

min ne montre pas de différence significative (p=0,14). Le transfert ou l'hospitalisation ont concerné moins d'enfant de notre étude que ceux issues de la population générale (p<0,01), avec 1,3 % dans notre population versus 6,6%.

Enfin, le type d'allaitement était significativement différent dans les deux groupes (p<0,01) ; 92% des enfants de notre étude ont bénéficié d'un allaitement maternel contre 60,2% dans la population générale.

IV. Analyse et discussions

L'accompagnement global en plateau technique : intérêts et limites

4.1 Validation des hypothèses et discussion des résultats

Après un accompagnement global à la naissance, les femmes accouchant en plateau technique, ainsi que leurs nouveau-nés ont des issues majoritairement favorables

Dans notre étude, l'association d'une voie basse spontanée, d'un périnée intact ou d'une déchire simple, d'un post-partum immédiat et des suites de couches physiologiques et la naissance d'un nouveau-né d'Apgar supérieure ou égale à 7 et/ou non transféré en réanimation concerne 64,5% soit près de 2/3 de notre population. Notre première hypothèse est donc validée.

Il aurait été intéressant de connaitre l'association de ces issues dans la population générale afin de déterminer si les issues périnatales de notre étude sont proportionnellement plus favorables qu'en population générale.

Afin de décrire les facteurs déterminants d'issues défavorables, nous nous sommes intéressés aux modes d'accouchements, aux hémorragies du post partum et aux lésions périnéales. Seulement 1,4% de nouveau-nés ayant été transférés, nous nous sommes intéressés exclusivement aux issues défavorables maternelles.

Du fait d'une prise en charge personnalisée, on serait amené à penser que les femmes accouchent principalement par voie basse. Dans notre étude, 69,5% des femmes accouchent par voie basse spontanée.

Nos résultats rejoignent une partie de ceux de l'étude de Hodnett [35]. Lors d'une prise en charge alternative, il existe une diminution du recours à une analgésie péridurale, de voir le travail accéléré par oxytocine et d'épisiotomie.

Cependant, on remarque que la proportion d'accouchement par voie basse instrumentale est plus importante que dans la population générale.
En effet, dans notre étude, 138 femmes ont eu un accouchement par voie basse instrumentale soit 20,7% de la population ce qui est supérieur à la population générale (12,1%). Par ailleurs, le taux de césarienne n'est pas négligeable puisqu'il concerne 9,8% de notre population.

Nous avons donc souhaité décrire les déterminants de ces issues. La primiparité, l'utilisation d'oxytocine pendant le travail ainsi qu'une durée du travail supérieure à 7 heures sont dans notre étude, des facteurs associés à l'accouchement par voie basse instrumentale. En cas de césarienne, ces facteurs de risques sont retrouvés ainsi qu'un utérus cicatriciel.

Une étude rétrospective de Xie et al. [41], analysant les facteurs prédictifs de l'utilisation de forceps et de ventouse, a montré que la primiparité fait partie des principaux facteurs prédictifs d'un accouchement instrumental. Une étude de Roberts et al. [42] a comparé les accouchements opératoires (ventouses, forceps, césarienne) aux accouchements spontanés afin d'identifier des facteurs prédictifs. Dans cette étude, la primiparité et un travail long font partis des facteurs associés aux accouchements instrumentaux ainsi qu'aux césariennes. Nos résultats sont donc en accord avec la littérature.

Nous nous sommes également intéressés à l'hémorragie du post partum. Elle concerne seulement 1,5% des femmes de notre population, soit au total 10 femmes. Elle est associée dans notre étude à un poids de naissance supérieur ou égal à 3500 grammes. Ce résultat est en accord avec les résultats publiés par Dupont et al. [43], qui ont mis en évidence qu'un poids de naissance supérieur ou égal à 4000g a été décrit comme un facteur d'hémorragie de la délivrance.

Dans notre étude, les lésions périnéales concernent 6% des femmes ayant accouché par voie basse. Nous avons souhaité décrire les déterminants de ces lésions. Ils sont associés à la primiparité ainsi qu'à une durée du travail supérieure ou égale à 7 heures. Dans une étude de Barbier et al. [44], ces facteurs de risques sont non seulement prédictifs de lésions périnéales mais plus précisément décrit comme étant des facteurs de risques de lésions périnéales sévères.

Au sein des femmes accouchant en plateau technique, les issues maternelles sont moins favorables chez les femmes ayant eu un travail médicalisé.

Au regard d'un pourcentage non négligeable d'issue défavorable et de la possibilité au sein du Groupe Naissances de recourir à une médicalisation du travail sans transfert de la patiente à la maternité où se situe le plateau technique, il serait amené à penser que la médicalisation du travail à une influence défavorable sur les issues.

Nous nous sommes donc intéressés à l'influence de l'utilisation d'oxytocine et de l'analgésie péridurale sur le travail et avons souhaité décrire les issues maternelles selon la médicalisation du travail.

Dans notre étude, l'utilisation de l'oxytocine est davantage associée à un accouchement par voie basse instrumentale ainsi qu'à une césarienne. Cependant, les données de notre étude ne permettent pas d'établir une relation de causalité entre son utilisation et la voie d'accouchement. Il est plus probable de penser que l'administration d'oxytocine a été réalisée lorsque le travail présentait déjà des signes d'une issue défavorable. Une hypothèse peut être évoquée reposant sur le fait que le praticien ait utilisé l'oxytocine suite à une dystocie du travail donnant des signes d'une issue défavorable. Le praticien aurait alors utilisé le produit pour donner toutes les chances à la femme d'avoir une meilleure issue. Par ailleurs, l'administration d'oxytocine n'a pas été décrite dans notre étude comme étant un facteur de risque d'HPP contrairement aux nombreuses études sur le sujet [45] [46]. La taille de notre échantillon ne nous permet pas dans cette étude de disposer d'une puissance statistique suffisante pour mettre cette association en évidence.

Dans notre étude, l'analgésie péridurale est associée aux accouchements par voie basse instrumentale, aux césariennes ainsi qu'aux lésions périnéales. Cependant, il n'est pas possible d'en tirer une relation de causalité du fait d'une absence de temporalité. Le recours à la péridurale aurait pu être fait lors du travail dystocique. Par ailleurs, les lésions périnéales peuvent s'expliquer notamment par des AVBI plus importantes. Dans une étude de Stalla et al. [47] analysant les effets

de l'analgésie péridurale sur la mécanique obstétricale, il est décrit que l'APD et ses différentes modalités n'augmentent pas le taux de césarienne et n'augmente pas ou peu le taux d'extraction instrumentale. Il est décrit dans plusieurs études [48] [49] [50], que l'APD n'augmente pas le taux de césarienne et qu'il est difficile de tirer des conclusions quant aux taux d'accouchement instrumental.

Dans notre étude, les issues maternelles sont certes moins favorables chez les femmes ayant eu un travail médicalisé, mais on ne peut conclure à la causalité du travail médical sur ces issues.

4.2 L'AGN en plateau technique : une place majeure dans le système de soin en périnatalité ?

Comme évoqué en introduction, 6% des femmes ne sont pas satisfaites du déroulement de l'accouchement [27] [28]. L'AGN en plateau technique représenterait une alternative intéressante pour ces femmes. On serait amené à penser que les multipares se tourneraient davantage vers une prise en charge alternative suite à une mauvaise expérience d'une précédente grossesse et/ou d'un accouchement.
Cependant, on remarque que 45,2% des femmes de notre étude sont primipares soit près d'une femme sur deux. Cela en dit long sur la remise en question des institutions hospitalières par les usagers avant même une éventuelle contrariété lors d'une première grossesse. Cela suggère qu'il existe un certain renoncement et/ou une méfiance à se tourner vers une prise en charge classique, qui amène les femmes à s'informer sur les choix qui s'offrent à elles ou à militer dans leur extension. Cette volonté des femmes a permis une diversité de l'offre de soins notamment par l'ouverture des maisons de naissances.

Néanmoins, on serait amené à croire que l'ouverture des maisons de naissances est l'unique alternative à l'AGN en plateau technique. Hors, ces deux alternatives sont complémentaires, et l'une ne peut substituer l'autre.
En effet, le cahier des charges imposés aux maisons de naissances ne permettent pas, par exemple, un recours à l'analgésie péridurale sans transfert de la parturiente [29].

De plus, le lieu d'accouchement privilégié des femmes enceintes est l'hôpital dans 64% puis en clinique dans 25% des cas [29]. Aussi, 15% des femmes estiment que leur projet de naissance n'a pas été respecté, 36% assurent ne pas avoir pu se mouvoir librement au cours de l'accouchement [31] et 10 % à 15% demandent une prise en charge différente.

En mettant en parallèle ces chiffres, il semblerait que l'AGN en plateau technique puisse être indispensable dans la réorganisation du système de soin français en termes de périnatalité. En effet, les plateaux techniques bénéficient de la structure hospitalière vers lesquelles la majorité des femmes se tournent. Cela permettrait à une proportion importante de femmes d'accéder à l'AGN.

De plus, du fait de la disponibilité du praticien et de la personnalisation de l'offre de soin, les projets de naissance ainsi que les souhaits des couples se verraient davantage respectés.
Enfin, un gain économique peut être souligné par l'utilisation de structures existantes, évitant ainsi toute nouvelle construction.

L'AGN en plateau technique allierait à la fois des issues périnatales favorables et une satisfaction des usagers.

Toutefois, certains freins à l'émergence de cette prise en charge doivent être cités, notamment la très grande disponibilité attendue des praticiens. Ce frein engendre quelques réticences auprès des libéraux. Il parait raisonnable que les praticiens libéraux proposant la PEC en plateau technique se limite à un petit effectif de femme dont le terme de grossesse est proche afin de pouvoir construire un planning adéquat. Par ailleurs, il nous semble pertinent l'idée d'un groupe de professionnel libéraux avec un tuteur référent par couple afin d'éviter des astreintes en continue. Chaque couple aurait rencontré au préalable l'ensemble de ces professionnels.

Aussi, il est possible d'envisager des filières physiologiques à l'hôpital proposant un accompagnement global par les sages-femmes hospitalières. Cependant, pour ce faire il est impératif de revoir les décrets de périnatalité [51].

4.3 Critique de l'étude

4.3.1 Points faibles

La première limite pouvant être évoquée dans notre étude est son caractère rétrospectif. De plus, il s'agit d'une étude descriptive sur compte rendu d'accouchement. Malgré un recueil de données concernant 668 femmes ayant accouchées en plateau technique au sein du Groupes Naissances, notre population d'étude reste limitée.

Ce choix de design d'étude a limité le recueil d'informations que nous aurions voulu exploiter. Effectivement, à l'inverse des études prospectives spécifiquement conçues pour une étude avec des recueils de données ad hoc ; dans notre cas, ne pouvaient être recueillies uniquement les informations déjà documentées dans les comptes rendus d'accouchement. Ainsi, certaines données ont fait défauts et certaines hypothèses n'ont pu être traitées.

Par exemple, l'absence de précision sur la catégorie socio professionnelle des couples, ne nous permet pas d'identifier si ce type de prise en charge concerne une catégorie socio professionnelle particulière. Par ailleurs, les motifs de choix de cette prise en charge n'ont pas été décrite ce qui ne nous permet pas d'identifier ce à quoi aspirent les couples se tournant vers une prise en charge alternative. De plus, il aurait été intéressant de déterminer comment les couples ont eu accès à l'information concernant l'existence de ces pratiques, ce qui aurait permis ainsi d'identifier les freins à l'information des différentes prises en charges existantes.

Certaines données sont difficiles à interprétées du fait d'un nombre important de données manquantes. En effet, il existe un pourcentage non négligeable de données non renseignées notamment pour certaines variables par exemple l'utilisation d'oxytocine. Des données plus importantes auraient été utile pour étudier l'effet de cette utilisation sur les issues maternelles et de réaliser des analyses statistiques plus poussées.

De même, l'absence de temporalité concernant certaines interventions notamment la pose d'une analgésie durant le travail ou encore une rupture artificielle des membranes ne permettent pas d'analyser l'effet de la médicalisation du travail sur les issues maternelles. En effet, en l'absence de ces informations, il ne peut être conclu une relation de cause à effet entre le travail médicalisé et les issues maternelles et néonatales.

L'absence de terminologie commune écrite par le Groupe Naissances constitue une limite dans l'interprétation des résultats. En effets, il existe certaines définitions inter-opérateurs notamment sur les positions d'accouchements ou encore l'hémorragie du post-partum. L'absence de sac de recueil constitue une limite pour nos résultats. Il aurait été intéressant que l'ensemble des membres du Groupe Naissances puissent statuer sur certaines définitions afin de limiter les biais d'interprétations des résultats.

Du coté néonatal, il aurait été intéressant d'analyser le pH artériel. Cette donnée n'a pas été récupérée du fait d'un manque de donnée très important. Par ailleurs, le pH artériel n'a été réalisé uniquement lors de situations à risques pour le nouveau-né. S'il avait été récupéré, il n'aurait pas pu être exploité. Cependant, il constitue une réelle information sur l'état néonatal. La décision de réalisation systématique du pH aurait permis une analyse plus poussée sur l'état néonatal à la naissance.

Le design d'étude choisi en fonction du temps imparti pour la réalisation du travail, nous a permis uniquement de décrire les pratiques au sein du Groupe Naissances et ses issues. Le manque de description des pratiques et des issues périnatales aux seins de différents plateaux techniques proposant un accompagnement global à la naissance ne nous permet pas d'évaluer sur le sur-risque ou non associé à cette prise en charge au regard d'une prise en charge plus classique. Il aurait été intéressant de faire une étude sur l'accompagnement global à la naissance en plateau technique dans la France entière afin d'évaluer les pratiques et les issues périnatales. Nos résultats ne sont pas extrapolables sur la France entière suite à un manque de représentativité. Il se peut que les pratiques et les patientes soient différentes entre les différents plateaux techniques en France. Par ailleurs, l'absence de donnée sur les issues périnatales des femmes accouchant en plateau technique de province peut laisser envisager que les issues soient différentes entre les différentes régions de France. Un plus gros échantillon réparti sur la France permettrait d'avoir une meilleure puissance statistique.

Du côté du praticien, il aurait été intéressant de récupérer les données concernant le statut de ce dernier lors de l'accouchement afin d'identifier la proportion

d'accouchements réalisés par une sage-femme. Enfin, il aurait été intéressant de récupérer le nom du praticien et de créer un code pour respecter l'anonymat afin de déterminer s'il existe une différence inter opérateur.

4.3.2 Points forts

Suite à l'expansion de la médecine fondée sur les preuves « Evidence-Based Medicine », il devient primordial d'évaluer une pratique avant de se positionner sur son maintien et sa généralisation. C'est dans cette démarche que nous nous inscrivons en souhaitant décrire les issues périnatales des femmes ayant bénéficié d'un accompagnement global à la naissance en plateau technique.

Il s'agit d'un travail original puisqu'il existe très peu de littérature sur le sujet.
Cette étude exploratoire permet de répondre aux interrogations et méfiances qui existent sur les accouchements en plateau technique car l'étude s'intéresse à la fois au déroulement global de l'accouchement en analysant le travail mais aussi les issues périnatales.

Aussi les données sont issues d'un même groupe où les pratiques sont homogènes avec des praticiens revendiquant une même philosophie. Cela a permis d'étudier des pratiques à priori homogènes par une équipe qui a été peu modifiée. Cela limite le biais d'effet centre. L'équipe a certes eu 4 plateaux techniques différents mais leur pratique n'est pas différente d'un centre à un autre.

Enfin, nos analyses n'indiquent pas de sur-risques de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique comparés à des résultats représentatifs de la population issues d'enquêtes nationales ou en population. Ces résultats vont dans le sens d'un argument favorable à un plus grand accès à cette pratique aux usagers mais également aux sages-femmes.

4.4 Implication et perspectives

Il est possible d'envisager des propositions dans le but de continuer l'analyse.
Il serait intéressant d'effectuer une étude prospective au sein des différents plateaux techniques proposant un accompagnement global à la naissance.

Les praticiens seraient informés de la possibilité de participer à l'étude afin d'évaluer leurs pratiques. Si une étude de ce type est mise en place, il serait également intéressant de demander une plus grande précision dans la rédaction des comptes rendus d'accouchement de la part des sages-femmes et gynécologues-obstétriciens de façon à obtenir une meilleure exhaustivité des données avec moins de données manquantes et donc une évaluation de la qualité.
Pour limiter les définitions inter-opérateurs, il faudrait réaliser un protocole de définition de différentes variables notamment l'hémorragie du post partum afin d'évaluer une même issue.

De plus, il serait intéressant de faire des entretiens auprès des couples afin de recueillir différentes informations d'ordre socio-psychologiques utiles à l'analyse de cette pratique. Par exemple, les raisons pour lesquelles ils se sont tournés vers cette prise en charge, ainsi que la manière dont ils ont été informés d'une telle prise en charge. Enfin, la satisfaction des parturientes devrait être recueillie après l'accouchement car l'élargissement de cette pratique émane avant tout d'une demande d'usagers.

4.5 Propositions

Notre travail et nos lectures nous ont permis de décrire et d'évaluer les issues périnatales au sein du Groupe Naissances. Les publications françaises peu nombreuses soulèvent des points d'interrogations. Certaines observations nous amènent à faire quelques propositions afin que cette pratique puisse se développer en France et répondre à la demande de certains couples.

Afin de répondre aux questionnements de certains praticiens quant à l'inclusion de patientes dans la prise en charge globale en plateau technique, il est important de connaitre les limites de chaque praticien.
Si le groupe de praticien est composé uniquement de sages-femmes alors des critères d'exclusions doivent être définis afin de leur permettre de travailler en autonomie dans leurs champs de compétence. Ainsi, la femme désirant accoucher en plateau technique avec une sage-femme libérale ou un groupe de sages-femmes libérales doit présenter une grossesse sans complications. Aucune pathologie personnelle pouvant venir compliquer l'accouchement ne doit exister.

Réfléchir à la prise en charge des accouchements physiologiques est pertinent. Il est primordial de pouvoir réorganiser la physiologie, et d'envisager l'ouverture des filières physiologiques au sein des maternités laissant un accès plus large aux sages-femmes libérales.

Si le groupe de praticien est également composé de gynécologues-obstétriciens, comme le Groupe Naissances, alors certaines femmes exclues du groupe précédent et souhaitant une prise en charge personnalisée par un même praticien, pourra éventuellement être suivie par un groupe de praticien composé par au moins un gynécologue-obstétricien. Néanmoins, les antécédents ou pathologies devront être restreintes et définies.

En effet, au sein du groupe Naissances sont admises certaines femmes qui ne pourront pas accoucher par voie basse suite à certains antécédents. Ces femmes ne faisant pas partie d'une population à bas risques se tournent vers cette prise en charge pour l'accompagnement global qu'elle propose. Ainsi, elles se verraient offrir un accouchement alternatif malgré certains antécédents. La collaboration entre maternité et praticien proposant l'AGN permet un transfert des responsabilités sans transferts physiques de la femme limitant ainsi les temps de transports.

L'accompagnement global à la naissance par une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien apparait comme une alternative intéressante pour les couples. Leur expansion serait l'occasion de réfléchir sur l'ensemble des pratiques et des organisations en périnatalité.

4.6 Le rôle de la sage-femme

Le rôle de la sage-femme concernant l'accompagnement global à la naissance en plateau technique doit concerner chaque sage-femme qu'elle soit hospitalière ou libérale.
En effet, l'information concernant les différentes alternatives pour la naissance de leur enfant, devrait être donnée à chaque femmes afin qu'elles puissent faire un choix éclairé sur le type de prise en charge vers lequel elles s'orientent.

La sage-femme possède plusieurs rôles. Parmi eux, elle doit proposer une prise en charge personnalisée, adaptée et ajuster son accompagnement en fonction des projets de naissances. Il est communément admis que cette mission d'accompagnement est profondément modifiée par la prise en charge actuelle de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Le suivi des femmes est ainsi distribué à différents professionnels ne permettant pas un accompagnement de la femme tel qu'il est recommandé.

La pratique de l'accompagnement global à la naissance en plateau technique demande une grande disponibilité aux praticiens la proposant. La rigueur est primordiale à chaque étape de la surveillance afin de dépister d'éventuelle complication pouvant l'amener à la diriger vers le suivi classique de la maternité.

Conclusion

Le suivi des femmes enceintes est le plus souvent partagé entre plusieurs professionnels de santé ne permettant pas de se conformer aux recommandations actuelles de la HAS. Cependant, les femmes souhaitent de plus en plus un suivi personnalisé, différent d'une prise en charge standardisée. L'accompagnement global à la naissance assure un suivi par un nombre restreint de professionnels. Cette prise en charge est proposée en maison de naissances et également en plateau technique. Cette pratique reste marginale malgré une demande croissante de la population. Par ailleurs, les issues périnatales n'ont été que très peu évaluées ; ne permettant pas d'avoir un regard critique sur cette pratique. Notre étude descriptive révèle que les issues périnatales au sein du Groupe Naissances sont majoritairement favorables. Les femmes accouchent majoritairement par voie basse spontanée (69,5%) et 48,5 % sans analgésie. 6% des femmes ont des lésions périnéales à type d'épisiotomie ou de déchirures compliquées, et 1,5% présentent une hémorragie du post-partum. Les nouveau-nés présentent une bonne adaptation à la vie extra-utérine et seulement 1,4% d'entre eux ont été transférés. Le taux d'hémorragie est plus faible que la population générale ($p<0,01$) ainsi que l'administration d'oxytocine durant le travail ($p<0,01$) et la pratique de l'épisiotomie ($p<0,01$). Certains facteurs de risques ont été décrits concernant ces issues défavorables.

À la vue des résultats encourageants, mêmes s'ils nécessiteraient d'être appuyés par d'autres études, il n'apparait aucune raison de nature à restreindre l'ouverture d'autres plateaux techniques.

Bibliographie

[1] ANSFL. L'accompagnement global [en ligne] disponible sur http://www.ansfl.org/fr/doc/article/lire/définition/

[2] Les plateaux techniques en France, Partie 1 : enquête auprès des sages-femmes libérales, Emilie Cruvelier, La Lettre #113 printemps 2017

[3] Vichard P. La loi hospitalière du 21 décembre 1941 : origines, conséquences. Histoire des sciences médicales. 2007 ; 41(1) : 61-70

[4] Tarraga É. Accès au plateau technique : un nouveau mode d'exercice ? Vocation Sage-femme. Mars 2015 ; 14(113) :15-9.

[5] CNOSF. Histoire de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 15 avr 2017]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/histoire-de-la-profession-3/

[6] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République française n°0167 du 22 juillet 2009. Http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

[7] Décret n°91-779 du 8 aout 1991 portant Code de déontologie des sages-femmes. Journal Officiel de la République française n°189 du 14 aout 1991. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000571498

[8] Circulaire DGS/SDO/OA n°38 du 29 juillet 1992 relative au Code de déontologie des sages-femmes. Bulletin officiel du ministère chargé de la Santé n°92/35. P. 207-10.

[9] Code de la santé publique. Article L. 6146-10, abrogé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 13. Https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id

[10] Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel de la République française n°0047 du 25 février 2010. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021868310&categorieLien=id

[11] Code de la santé publique. Article L. 6146-2, modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 – art. 13. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691051&dateTexte=&categorieLien=cid

[12] Code de la santé publique. Articles R. 6146-17 à 22 instaurés par décret n°2011-345 du 28 mars 2011 – art. 1. République Française. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000023785140&dateTexte=&categorieLien=cid

[13] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandations professionnelles. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pd

[14] CNSF RPC 2017, Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 3 : interventions associées à l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané

[15] Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 98-900 oct 9, 1998.

[16] WHO, Recommendations for augmentation of labour. World Health Organization, Geneva (2014)

[17] American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine, Obstetric care consensus no. 1, safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol, 123 (2014), pp. 693–711

[18] Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Déclaration de principe commune sur l'accouchement normal. J Obstet Gynaecol Can, 30 (12) (2008), pp. 1166–1168 http://doi.org.frodon.univ-paris5.fr/10.1016/S1701-2163(16)34030-0

[19] National Institute for Health and Care Excellence, Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical guideline: CG190 [serial online] (2014) [cited 2016 Oct 26. Available from: URL: http://www.nice.org.uk/guidance/cg190]

[20] Moulinier C. Synthèse des résultats de l'enquête auprès des sages-femmes libérales. Contact sages-femmes. 2009 ; 20 : 8.

[21] LAFONT Bénédicte, accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques. 2010. [Mémoire]
[22] Association nationale des sages-femmes libérales. Annuaire des adhérents ayant signé la charte de l'ANSFL. www.ansfl.org/fr
[23] FRANCILLON F., L'expérimentation des maisons de naissance en question, Elsevier Masson, Vocation Sage-femme, mai 2008, 62, p.4
[24] FRANCILLON F., Les instances de la profession pour les maisons de naissance, Elsevier Masson, Vocation Sage-femme, novembre-décembre 2010, 86-87, p.4
[25] Accouchement sur un plateau : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son PT aux SFL, Gynécologie obstétrique & fertilité 43 (2015)
[26] Marton C. Les sages-femmes libérales et l'accompagnement global ... pourquoi pas ? [Internet]. [Metz] : Henri Poincaré, Nancy I ; 2009 [cité 16 févr. 2016]. Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_MESF_2009_MARTON_CORALIE.pdf
[27] COLLET M., Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement, DREES, Etudes et résultats, Septembre 2008, n°660, 6p.
[28] DUTRIAUX N., CHEVALIER I., MURAY JM., DRAN C., Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne, Elsevier Masson, La Revue Sage-femme, 2008, 7, p.177-186
[29] Haute Autorité de Santé, Maisons de naissance, cahier des charges de l'expérimentation, Note de cadrage, Mars 2014, 17p.
[30] IVORRA-DELEUZE D., Les maisons de naissance : synonyme de progrès ? Elsevier Masson, Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2009, 37, p.366
[31] DINI M., Rapport n°368 fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance, enregistré à la Présidence du Sénat le 20 Février 2013
[32] CIANE, Enquête sur les accouchements. Dossier n°3 : Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Août 2012. http://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/09/EtudeSouhaits.pdf
[33] Scarfogliero Vanina, L'accompagnement global en maison de naissance : étude descriptive des issues maternelles et néonatales [Internet] [Mémoire]. Paris Descartes ; Disponible sur : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01195853/document
[34] DELINOTTE Agathe, Choisir son accouchement – l'accompagnement global : 10 témoignages au sein du Groupe naissances. Université Lille II ; 2015 [Mémoire]

http://www.cosf59.fr/wp-content/uploads/2015/09/M%C3%A9moire_Agathe_Delinotte1.pdf

[35] HODNETT ED., DOWNE S., WALSH D., Alternative versus conventional institutional settings for birth (Review), The Cochrane Library, 2012, p.1-3

[36] Atwood RJ. Parturitional posture and related birth behaviour. Acta Obstet Gynecol Scand 1976; suppl 57:6-25.

[37] CNGOF ; Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique – Tome XXXII publié le 3.12.2008. C Racinet, S. Brement, C. Lucas. Analyse objective des différentes positions maternelles pour l'accouchement. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GO_083_racinet.pdf

[38] CNGOF ; Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique – recommandations pour la pratique clinique ; Les grossesses gémellaires ; 2009. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC%20GEMELLAIRE_2009.pdf

[39] Enquête Nationale Périnatale 2010 [en ligne], disponible sur http://www.sante.gouv.fr/enquetenationale-perinatale-2010.html (consulté le 21/12/2016)

[40] Deneux-Tharaux C, Dupont C, Colin C, Rabilloud M, Touzet S, Lansac J, Harvey T, Tessier V, Chauleur C, Pennehouat G, Morin X, Bouvier-Colle MH, Rudigoz R. Multifaceted intervention to decrease the rate of severe postpartum haemorrhage: the PITHAGORE6 cluster-randomised controlled trial.BJOG. 2010 Sep;117(10):1278-87. Epub 2010 Jun 24.

[41] Xie R, Cao H, Hong B, Sprague AE, Walker M, Wu Wen S. Occurrence and Predictors of Vacuum and Forceps Used Sequentially for Vaginal Birth. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. avr 2013;35(4):317-22.

[42] Roberts CL, Algert CS, Carnegie M, Peat B. Operative delivery during labour: trends and predictive factors. Paediatric And Perinatal Epidemiology. avr 2002;16(2):115-23.

[43] Dupont C, Rudigoz R-C, Cortet M, Touzet S, Colin C, Rabilloud M, et al. Incidence, étiologies et facteurs de risque de l'hémorragie du post-partum : étude en population dans 106 maternités françaises. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. mars 2014;43(3):244-53.

[44] Barbier A, Poujade O, Fay R, Thiébaugeorges O, Levardon M, Deval B. La primiparité est-elle le seul facteur de risque des lésions du sphincter anal en cours d'accouchement ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. févr 2007;35(2):101-6

[45] Rousseau A, Burguet A. Recommandations pour la pratique clinique: Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 5 : risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. La Revue Sage-Femme. 1 févr 2017;16:63-82.

[46] Loscul C, Chantry A-A, Caubit L, Deneux-Tharaux C, Goffinet F, Le Ray C. Travail original: Association entre les intervalles d'augmentation de l'oxytocine pendant le travail et le risque d'hémorragie du post-partum. La Revue Sage-Femme. 1 nov 2016;15:238-45.

[47] Stalla et al. Mise au point: Influence de l'analgésie locorégionale sur la mécanique obstétricale. Elsevier Masson SAS. avr 2015;1(167-172).

[48] Fischer C. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 7 : analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané. La Revue Sage-Femme. févr 2017;16(1):99-110.

[49] S. Sharma, D. McIntire, J. Wiley, K. Leveno. Labor analgesia and cesarean delivery Anesthesiology, 100 (2004), pp. 142–148.

[50] B. Leighton, S. Halpern. The effects of epidural analgesia on labor, maternal and neonatal outcomes. A systematic review.

[51] DAUSSY, Claude. Les unités physiologiques : vers une nouvelle grammaire de la périnatalité ? *Profession sage-femme, n°231*, Décembre 2016/Janvier 2017, 50 p.

Annexes

Annexe I : Motif et description des déclenchements du travail

	n(%) m ± σ [min ; max]	Données manquantes n(%)
Total		
Déclenchement	53 (100)	
Motif		35 (66,0)
ARCF	1 (1,9)	
Convenance	4 (7,5)	
RSM > 12H et PV SB +	1 (1,9)	
RSM > 48H et PV SB -	3 (5,7)	
Terme	7 (13,2)	
Autre	2 (3,8)	
Terme d'accouchement (SA)	39 + 4 [36 ; 42+3]	
Méthode		47 (88,7)
Propess	6 (11,3)	
Utilisation Oxytocine	7 (13,2)	29 (54,7)
Analgésie		
Aucune	13 (24,5)	0 (0,0)
APD	34 (64,1)	
Rachianesthésie	6 (11,3)	
Indication médicale	8 (15,1)	
Voie d'accouchement		0 (0,0)
Voie basse spontanée	36 (67,9)	
Voie basse instrumentale	11 (20,7)	
Césarienne	6 (11,3)	
Durée du travail (heures)	6,3 ± 4,1 [2 ; 16]	32 (60,4)

Dans la catégorie « autre » nous retrouvons un déclenchement suite à une séroconversion et une augmentation des acides biliaires maternels chez une femme qui avait développé une cholestase hépatique. On peut noter que deux femmes ont été déclenchée avant terme, toutes les deux à 36SA. Néanmoins, le motif de leur déclenchement n'a pas été décrit.

Annexe II : Description des indications médicales de pose d'une analgésie et du mode d'accouchement

	n(%)	Données manquantes
Total		
Indication médicale d'analgésie	59 (100,0)	
Motif		1 (1,7)
Anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF)	3 (5,1)	
Accouchement instrumental	15 (25,4)	
Césarienne programmée	15 (25,4)	
Césarienne pendant travail	4 (6,8)	
Dystocie cervicale	14 (23,7)	
Réfection déchirures périnéales	1 (1,7)	
Stagnation + ARCF	3 (5,1)	
Révision utérine	1 (1,7)	
Méthode d'analgésie		
APD	24 (40,7)	0 (0,0)
Anesthésie locale	1 (1,7)	
Nerfs honteux	3 (5,1)	
Rachianesthésie	31 (52,5)	
Voie d'accouchement		
AVBS	3	
AVBI	17	
Césarienne	39	

Annexe III : Motifs d'indications d'accouchement instrumental et de césarienne

	n(%)	Données manquantes
Total		
Accouchement instrumental	138 (100,0)	
Motif		82 (59,4)
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	23 (16,7)	
Efforts expulsifs insuffisants	4 (2,9)	
Non progression de la présentation	24 (17,4)	
OS	4 (2,9)	
Autre (douleur maternelle)	1 (0,7)	
Césarienne	66 (100,0)	27 (40,9)
Programmée	16 (24,2)	
Durant travail	23 (34,8)	
Motif césarienne programmée	16 (24,2)	
ATCD périnée complet	1 (1,5)	
ATCD traumatique	2 (3,0)	
Disproportion foeto-pelvienne	4 (6,1)	
Placenta preavia recouvrant	1 (1,5)	
Siège	3 (4,5)	
Bi cicatriciel	3 (4,5)	
Autre	2 (3,0)	
Motif césarienne non programmée	23 (34,8)	
Anomalie du rythme cardiaque fœtal	8 (12,1)	
Echec déclenchement	1 (1,5)	
Stagnation	9 (13,6)	
Autre	5 (7,6)	

Dans la catégorie « autre » de césariennes programmées, nous décrivons une position transverse et condition défavorable de déclenchement chez deux femmes ayant un utérus cicatriciel. Quant aux disproportions foeto-pelvienne, nous décrivons principalement des macrosomies avec ou sans bassins rétrécis, un bassin traumatique avec double fracture du fémur ou encore une petite taille maternelle (1m49).

Parmi les femmes ayant eu une césarienne non programmée, nous avons noté dans la catégorie « autre » : une suspicion de rupture utérine, une rupture spontanée des membranes sur un utérus tri cicatriciel, une présentation de la face et une absence de mise en travail pour terme dépassé et souffrance fœtale. Une femme a été césarisée pour contexte infectieux avec hyperthermie maternelle, tachycardie fœtale et liquide amniotique teinté.

Annexe IV : Tableau des données dont les taux de NR sont supérieurs à 5%

	n(%) m +/- σ
Oxytocine pendant le travail[10]	
Oui	34 (5,6)
Non	344 (54,5)
NR	253 (40,1)
Avec la donnée renseignée (n=378)	
Oui	34 (9,0)
Non	344 (91,0)
Rupture artificielle des membranes	
Oui	139 (20,8)
Non	448 (67,1)
Né coiffé	2 (0,3)
NR	79 (11,8)
Avec la donnée renseignée (n=589)	
Oui	139 (23,6)
Non	448 (76,1)
Né coiffé	2 (0,3)
Position d'accouchement parmi les VB (n=602)	
Verticale	168 (25,1)
Horizontale	359 (53,7)
NR	75 (11,2)
Avec la donnée renseignée (n=527)	
Verticale	168 (31,9)
Horizontale	359 (68,1)

[10] Chez celles ayant eu une tentative de voie basse

Type de délivrance parmi les VB (n=602)	
DNC	399 (66,2)
DDC	156 (25,9)
DNI	2 (0,3)
Autre	11 (1,8)
NR	34 (5,6)
Avec la donnée renseignée (n=568)	
DNC	399 (70,2)
DDC	156 (24,5)
DNI	2 (0,3)
Autre	11 (1,9)
Type d'allaitement	572 (85,6)
Maternel	46 (6,8)
Artificiel	4 (6,0)
Mixte	46 (6,8)
NR	
Avec la donnée renseignée (n=622)	
Maternel	572 (92,0)
Artificiel	46 (7,4)
Mixte	4 (0,6)

Annexe V : Facteurs associés aux HPP

	HPP n(%)	Absence d'HPP n(%)	p
	10 (100,0)	658 (100,0)	
Age mère (années)			0,66
< 35	3 (30,0)	294 (44,7)	
≥ 35	4 (40,0)	194 (29,5)	
NR	3 (30,0)	170 (25,8)	
Avec la donnée renseignée	7 (100,0)	488 (100,0)	0,64
< 35	3 (42,9)	294 (60,2)	
≥ 35	4 (57,1)	194 (39,7)	
Parité			0,96
Primipares	5 (50,0)	297 (45,1)	
Multipares	5 (50,0)	345 (52,4)	
NR	0 (0,0)	16 (2,4)	
Utérus cicatriciel			0,69
Oui	1 (10,0)	52 (7,9)	
Non	8 (80,0)	601 (91,3)	
NR	1 (10,0)	5 (0,7)	
Déclenchement			0,33
Oui	2 (20,0)	51 (7,7)	
Non	8 (80,0)	570 (86,6)	
NR	0 (0,0)	37 (5,6)	
Oxytocine pendant le travail			0,12
Oui	2 (20,0)	32 (4,8)	
Non	8 (80,0)	352 (53,5)	
NR	0 (0,0)	274 (41,6)	
Avec la donnée renseignée	10 (100,0)	384 (100,0)	0,34
Oui	2 (20,0)	32 (8,3)	
Non	8 (80,0)	352 (91,7)	
Durée totale du travail			0,94
< 7 heures	3 (30,0)	212 (32,2)	
≥ 7 heures	4 (40,0)	213 (32,4)	
NR	3 (30,0)	233 (35,4)	
Avec la donnée renseignée	7 (100,0)	425 (100,0)	1,00
< 7 heures	3 (42,9)	212 (49,9)	
≥ 7 heures	4 (57,1)	213 (50,1)	
Type de délivrance			0,05
DNC	4 (40,0)	397 (60,3)	
DNI	1 (10,0)	15 (2,3)	
DDC	1 (10,0)	158 (24,0)	
Autre	4 (40,0)	88 (13,4)	
Voie d'accouchement			0,47
Accouchement instrumental	4 (40,0)	134 (20,4)	

Césarienne	0 (0,0)	66 (10,0)	
AVBS	6 (60,0)	458 (69,6)	
Poids de naissance (g)			0,02
< 3500	1 (10,0)	374 (56,8)	
≥ 3500	9 (90,0)	276 (41,9)	
NR	0 (0,0)	8 (1,2)	

Annexe VI : Facteurs associés à un accouchement par VBI

	AVBS n(%)	AVBI n(%)	p
	464 (100,0)	138 (100,0)	
Age mères (années)			0,02
< 35	228 (49,1)	50 (36,2)	
≥ 35	135 (29,1)	43 (31,2)	
NR	101 (21,7)	45 (32,6)	
Avec la donnée renseignée	363 (100,0)	93 (100,0)	0,28
< 35	228 (62,8)	50 (53,7)	
≥ 35	135 (37,2)	43 (46,2)	
Parité			<0,01
Primipares	177 (38,1)	94 (68,1)	
Multipares	286 (61,6)	44 (31,9)	
NR	1 (0,2)	0 (0,0)	
Déclenchement			0,99
Oui	36 (7,8)	11 (7,9)	
Non	422 (90,1)	126 (91,3)	
Oxytocine pendant le travail			<0,01
Oui	13 (2,8)	11 (7,9)	
Non	284 (61,2)	51 (37,0)	
NR	167 (35,9)	76 (55,1)	
Avec la donnée renseignée	297 (100,0)	62 (100,0)	<0,01
Oui	13 (4,4)	11 (17,7)	
Non	284 (95,6)	51 (82,3)	
Durée totale du travail			<0,01
< 7 heures	195 (42,0)	17 (12,3)	
≥ 7 heures	137 (29,5)	60 (43,5)	
NR	132 (28,4)	61 (44,2)	
Avec la donnée renseignée	332 (100,0)	77 (100,0)	<0,01
< 7 heures	195 (58,2)	17 (22,1)	
≥ 7 heures	137 (41,8)	60 (77,9)	
Poids de naissance (g)			0,75
< 3500	270 (58,2)	75 (54,3)	
≥ 3500	191 (41,2)	63 (45,6)	
NR	3 (0,6)	0 (0,0)	

Annexe VII : Facteurs associés à une césarienne

	AVBS n(%)	Césarienne n(%)	p
	464 (100,0)	66 (100,0)	
Age mères (années)			<0,01
< 35	228 (49,1)	19 (28,8)	
≥ 35	135 (29,1)	20 (30,3)	
NR	101 (21,7)	27 (40,9)	
Avec la donnée renseignée	363 (100,0)	39 (100,0)	0,22
< 35	228 (62,8)	19 (48,7)	
≥ 35	135 (37,2)	20 (51,3)	
Parité			<0,01
Primipares	177 (38,1)	31 (47,0)	
Multipares	286 (61,6)	20 (30,3)	
NR	1 (0,2)	15 (22,7)	
Avec la donnée renseignée	463 (100,0)	51 (100,0)	<0,01
Primipares	177 (38,2)	31 (60,8)	
Multipares	286 (61,8)	20 (39,2)	
Utérus cicatriciel			<0,01
Oui	23 (5,0)	20 (30,3)	
Non	438 (95,4)	43 (65,1)	
NR	3 (0,6)	3 (4,5)	
Déclenchement			<0,01
Oui	36 (7,8)	6 (9,1)	
Non	422 (90,1)	30 (45,4)	
NR	6 (1,3)	30 (45,4)	
Avec la donnée renseignée	458 (100,0)	36 (100,0)	0,20
Oui	36 (7,8)	6 (16,7)	
Non	422 (92,2)	30 (83,3)	
Oxytocine pendant le travail			<0,01
Oui	13 (2,8)	10 (15,1)	
Non	284 (61,2)	25 (37,9)	
NR	167 (36,0)	31 (47,0)	
Avec la donnée renseignée	297 (100,0)	35 (100,0)	<0,01
Oui	13 (4,4)	10 (28,6)	
Non	284 (95,6)	25 (71,4)	

Durée totale du travail			<0,01
< 7 heures	195 (42,0)	3 (4,5)	
≥ 7 heures	137 (29,5)	20 (30,3)	
NR	132 (28,4)	43 (65,2)	
Avec la donnée renseignée	332 (100,0)	23 (100,0)	<0,01
< 7 heures	195 (58,2)	3 (13,0)	
≥ 7 heures	137 (41,8)	20 (87,0)	
Poids de naissance (g)			0,36
< 3500	270 (58,2)	30 (45,4)	
≥ 3500	191 (41,2)	31 (47,0)	
NR	3 (0,6)	5 (7,6)	
Avec la donnée renseignée	461 (100,0)	61 (100,0)	0,38
< 3500	270 (58,6)	30 (49,2)	
≥ 3500	191 (41,4)	31 (50,8)	

Annexe VIII : Facteurs associés aux lésions périnéales

	Lésions n(%)	Pas de lésion n(%)	p
	266 (100,0)	385 (100,0)	
Parité			<0,01
Primipares	166 (62,4)	132 (34,3)	
Multipares	98 (36,8)	247 (64,2)	
NR	2 (0,7)	6 (1,5)	
Durée totale du travail			<0,01
< 7 heures	72 (27,1)	143 (37,1)	
≥ 7 heures	104 (39,1)	110 (28,6)	
NR	90 (33,8)	132 (34,8)	
Avec la donnée renseignée	176 (100,0)	253 (100,0)	<0,01
< 7 heures	72 (40,9)	143 (56,5)	
≥ 7 heures	104 (59,1)	110 (43,5)	
Présentation fœtale			0,41
OP	246 (92,5)	343 (89,1)	
OS	14 (5,3)	12 (3,1)	
Autre/NR	6 (2,2)	30 (7,7)	
Poids de naissance (g)			0,38
< 3500	143 (53,8)	226 (58,7)	
≥ 3500	122 (45,9)	154 (40,0)	
NR	1 (0,4)	5 (1,3)	

Annexe IX : Impact de l'utilisation d'oxytocine

	Oxytocine n(%)	Absence d'ocytoxine n(%)	p
	34 (100,0)	360 (100,0)	
Voie d'accouchement			<0,01
AVBS	13 (38,2)	284 (78,9)	
AVBI	11 (32,3)	51 (14,2)	
Césarienne	10 (29,4)	25 (6,9)	
HPP			0,34
Oui	2 (5,9)	8 (2,2)	
Non	32 (94,1)	352 (97,8)	

Annexe X : Impact de l'APD sur les issues maternelles

	APD n(%)	Absence d'analgésie [11] n(%)	p
	277 (100,0)	338 (100,0)	
Voie d'accouchement			<0,01
AVBS	152 (54,9)	307 (90,8)	
AVBI	97 (35,0)	31 (9,2)	
Césarienne	28 (10,1)	0 (0,0)	
HPP			0,87
Oui	5 (1,8)	4 (1,2)	
Non	272 (98,2)	334 (98,8)	
Lésions périnéales			<0,01
Intact	124 (44,8)	210 (62,1)	
Déchirure simple	102 (36,8)	115 (34,0)	
ELD	20 (7,2)	11 (3,2)	
Déchirure compliquée	2 (0,7)	2 (0,6)	
NR	29 (10,5)	0 (0,0)	
Avec la donnée renseignée	248	338	0,01
Intact	124 (50,0)	210 (62,1)	
Déchirure simple	102 (41,1)	115 (34,0)	
ELD	20 (8,1)	11 (3,2)	
Déchirure compliquée	2 (0,8)	2 (0,6)	

[11] Protoxyde d'azote et nerfs honteux compris dans « absence d'analgésie »

L'accompagnement global en plateau technique : étude descriptive des issues périnatales au sein du Groupe Naissances

Introduction : L'accompagnement global à la naissance en plateau technique est une alternative peu connue des femmes, peu d'études ont été publiées sur le sujet et l'ouverture de plateaux techniques reste restreinte. Pourtant les femmes aspirent à une prise en charge différentes avec notamment comme principales attentes : l'écoute et l'accompagnement. Nous avons donc réalisé une étude avec des objectifs précis sur les issues défavorables et l'influence du travail médicalisé.
Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, multicentrique réalisée sur dossier et incluant 668 femmes ayant accouchées au sein de quatre plateaux techniques différents du Groupe Naissances entre le premier Janvier 2012 et 31 décembre 2014.
Résultats : Au sein du Groupe Naissances, les femmes accouchent majoritairement par voie basse spontanée (69,5%) et 48,5 % sans analgésie. 6% des femmes ont des lésions périnéales à type d'épisiotomie ou de déchirures compliquées, et 1,5% présentent une hémorragie du post-partum. Les nouveau-nés présentent une bonne adaptation à la vie extra-utérine et 1,4% d'entre eux ont été transférés. Le taux d'hémorragie est plus faible que la population générale ($p<0,01$) ainsi que l'administration d'oxytocine durant le travail ($p<0,01$) et la pratique de l'épisiotomie ($p<0,01$).
Conclusion : Face aux résultats obtenus, l'accompagnement global à la naissance en plateau technique ne présente pas plus de risque qu'un accompagnement classique, permettant un suivi personnalisé et sécurisé. D'autres études comparatives, prospectives, à plus grande échelle sont nécessaires.
Mots-clés : plateau technique, accompagnement global à la naissance, issues périnatales

Global support in technical facilities: a descriptive study on perinatal outcomes within the Groupe Naissances

Introduction: Comprehensive support at birth in technical facilities is an alternative little known to women, few studies have been published on the subject and the opening of technical platforms remains restricted. Yet women aspire to a different care with in particular as main expectations: listening and accompaniment. We therefore carried out a study with precise objectives on the adverse outcomes and the influence of medical work.
Material and Method: This is a retrospective, multicentric study carried out on file and including 668 women who gave birth in four different technical platforms of the Groupe Naissances between January 1, 2012 and December 31, 2014.
Results: Within the Groupe Naissances, women give birth mainly by spontaneous low (69.5%) and 48.5% without analgesia. 6% of women have episiotomy or complicated tears, and 1.5% postpartum haemorrhage. Newborns were well adapted to ectopic life and 1.4% were transferred. The rate of haemorrhage was significantly lower than the general population ($p <0.01$) and oxytocin administration during labor ($p <0.01$) and episiotomy ($p <0, 01$).
Conclusion: Faced with the results obtained, the overall accompaniment at birth in a technical platform presents no more risk than a traditional accompaniment, allowing both a personalized and secure follow-up. More comparative, prospective, larger scale studies are needed.
Keywords: Technical plateform, global accompaniment at birth, perinatal outcomes